

Análisis de la violencia interpersonal en una Institución Pública de Salud en la ciudad de Bogotá, 2016.

Yuly Paola Nossa Caballero

Edgar Fernando Munar Jiménez

**Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública
Bogotá, 2018**

Análisis de la violencia interpersonal en una Institución Pública de Salud en la ciudad de Bogotá, 2016.

AUTOR: Yuly Paola Nossa Caballero
COAUTOR: Edgar Fernando Munar Jiménez

Trabajo de grado para optar el título de
Magister en salud pública

Tutor:
Edgar Fernando Munar Jiménez

Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública
Bogotá, 2018

Análisis de la violencia interpersonal en una Institución Pública de Salud en la ciudad de Bogotá, 2016.

Paola Nossa¹, Fernando Munar²

¹Estudiante Maestría Salud pública, Universidad El Bosque

²Profesor, Maestría Salud pública, Universidad El Bosque

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) la violencia es definida como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo, otra persona o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, trastornos del desarrollo o privaciones”. En el 2015, la OMS estimó que 152.000 personas murieron en guerras y conflictos, cifra que corresponde alrededor del 0.3% de todas las muertes a nivel mundial según el Instituto Nacional de Medicina Legal (INML, 2016).

El Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) reportó para el 2016 las lesiones de causa externa en Colombia son un gran problema de Salud Pública que tiene interés no solo desde el sector justicia, si no que cada día cobra mayor importancia en la salud y la economía del país por el impacto que sus consecuencias generan en la población colombiana (INML, 2017). Estas lesiones se encuentran catalogadas, dentro del grupo de lesiones de causa externa y son consideradas como enfermedades prevenibles.

Las lesiones de causa externa tienen un profundo impacto en la calidad de vida de la población, pues no solo afecta a las personas que se lesionan, sino también aquellas que se encargaran de su cuidado. Para el caso de las lesiones fatales, ese impacto puede ser medido por la esperanza de vida. De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año 2015, la esperanza de vida en Colombia fue de 71 años para los hombres y de 77 años para las mujeres.

En el caso de lesiones de causa externa no fatales, específicamente de violencia intrafamiliar, de pareja, interpersonal, sexual, lesiones en accidentes de transporte y lesiones accidentales, su importancia radica desde el punto de vista económico; por las consecuencias que dejan en la salud de la víctima como son las discapacidades y secuelas. Algunas víctimas de este tipo de lesiones adoptan conductas riesgosas, así como fumar, consumo de alcohol, uso indebido de drogas y relaciones sexuales sin protección, esto con el fin lidiar con el impacto psicológico de la violencia.

Se puede definir la violencia interpersonal como todo daño a la salud causado de manera intencional por un tercero, sin vínculos afectivos o familiares con la víctima y que no ocasiona la muerte de ésta. Son todas las lesiones ocasionadas en riñas, actos delincuenciales incluidos robos y atracos, actos contra grupos marginales o descalificados. (Forensis, 2015).

Debido al alto impacto social y económico, en la “49a Asamblea Mundial de la Salud-Prevención de la violencia: una prioridad de Salud Pública”, la OMS declara en 1996 que la violencia es un problema importante de salud pública en todo el mundo. El mismo informe refiere que anualmente mueren en el mundo 1,6 millones de personas por causa de la

violencia. Por cada persona que muere, otras resultan heridas con problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. Las muertes violentas son principalmente en la población entre los 15 y los 44 años.

Como lo refieren Ospina Plaza y Giménez Esteban:

“no sólo es importante establecer las causas de la violencia, también es necesario determinar sus efectos, debido a que estos pueden generar inestabilidad económica y social; (...) afectando negativamente el capital físico, capital humano y capital social; aumento de los costos de producción; dañando la infraestructura social” (Ospina Plaza y Giménez Esteban, 2009, p.2).

Un estudio que patrocinó el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el 1999, realizado en seis países de la región mostró alarmantes cifras en términos del gasto público ocasionado por la problemática de la violencia. Países como Venezuela, Brasil, México, El Salvador, Perú y Colombia gastan alrededor del 2,6%, 1,9%, 1,3%, 4,3%, 1,5% y 5% del Producto Interno Bruto (PIB) respectivamente en servicios de salud ocasionados por eventos violentos (Buvinic, Morrison, & Shifter, 1999). Esto quiere decir que no solo afecta la cartera de los Ministerios relacionados con Salud Pública sino todos los Ministerios dado que dependen directamente del PIB de un país (Munar, 2016).

Violencia: un camino sin aparente salida.

De acuerdo con un estudio descriptivo de factores asociados a violencia interpersonal en estudiantes de Tunja, realizado por Camargo y Guicha (2011) mencionan que entre un 30% y 40% de los hijos que han sido maltratados por sus padres, cometen actos similares con allegados y en futuras relaciones; pues estos patrones tienden a repetirse de generación en generación, a pesar de que en su momento se hayan corregido.

Los mismos autores afirman que después de la familia, la escuela es el contexto más importante para el desarrollo personal y social. No obstante, en algunas ocasiones, esta no promueve la asistencia académica. Dentro de las variables encontradas sobre la violencia escolar, se evidencia bajo rendimiento académico, dificultades de interacción, indisciplina, ausentismo. De esta manera, muy a pesar de su objetivo de formación, la escuela también puede ser un contexto para el aprendizaje de comportamientos violentos (Camargo y Guicha, 2011).

León (2005), en su artículo *Violencia interpersonal: salud pública y gobernabilidad*, menciona la incapacidad de la sociedad para incorporar a los jóvenes a una sociedad productiva. Toda vez que un buen porcentaje de ellos prefieren buscar un trabajo o desempeñarse en alguna actividad remunerada, en lugar de llevar una vida escolar. Esto sucede porque existe una alta tasa de desempleo juvenil y descomposición familiar que conlleva a los jóvenes a integrarse a pandillas y barras bravas; grupos en los que se convierten en actores violentos o en los que son víctimas fatales de la violencia.

A su vez, (Briceño-León, 2005) para explicar que varios estudios recientes, muestran la construcción de un concepto de masculinidad en niños y jóvenes asociada a la violencia, dado que, en las sociedades agresivas que valoran poco o nada la vida, ganarse el respeto es el primer paso hacia la sobrevivencia. Por su parte, (Buvinic, Morrison, & Shifter, 1999) resaltan que para un control efectivo de la violencia es necesario fortalecer el sistema judicial, porque

este tiene vacíos y debilidades que incentivan a la criminalidad; como consecuencia a la impunidad, muchas personas hacen justicia con sus propias manos.

(Ortiz, Sepúlveda, & Viano, 2005) plantean que para tener el control de la violencia es importante diseñar estrategias a largo plazo con el objetivo de combatir la desigualdad, el desempleo, mayor atención a madres en pobreza crítica, mejorar la educación, disminuir el consumo de drogas y divulgar mensajes para la resolución de conflictos sin violencia. Algunas estrategias exitosas observadas en Latinoamérica han empleado este *enfoque integral* con el fin de prevenir y controlar la violencia local. Esto incluye sistemas de información a nivel municipal, programas educativos y campañas informativas, mejoramiento de los espacios públicos y reformas en seguridad, empleando esquemas de policía comunitaria para la resolución de conflictos (Buvinic, Morrison, & Shifter, 1999).

Sumado a las anteriores alternativas, la inclusión social juega un papel muy importante cuando un niño o joven tiene un nivel educativo bajo, puesto que, en su vida adulta encontrará muchas dificultades para aplicar a un empleo que cubra las necesidades. Esta situación podría complicarse si se le suman los conflictos familiares y la falta de un lugar donde vivir; haciendo que el joven pueda integrarse a grupos violentos como única alternativa para sobrevivir. De igual manera, se manifiesta popularmente que la violencia se ve como una imagen de respeto y masculinidad en la sociedad siendo este un factor importante para pertenecer a grupos sociales (Ortiz, Sepúlveda, & Viano, 2005).

Por otra parte, y como medida para contrarrestar la problemática, se han planteado proyectos sociales como medida de intervención a factores como la pobreza y la desigualdad. Buvinic, Morrison y Orlando (2005) consideran que niveles elevados de violencia afecta el desarrollo económico y social de las regiones, generando costos directos y negativos a la salud. Estos podrías contrarrestarse con políticas públicas que aporten a mejorar la calidad de vida.

(Chaux E. , 2002) refiere que la mayor parte de la violencia que se presenta en Colombia no corresponde al conflicto armado ni de origen político, sino a la violencia interpersonal, que no ha recibido la atención que debería por parte de la academia, la institucionalidad y la misma sociedad. A pesar de las intervenciones sugeridas por organismos multilaterales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el fenómeno de la violencia interpersonal no parece disminuir lo suficiente, generando más incertidumbres que certezas para combatir este problema. Así lo demuestran las cifras que se han presentado en la ciudad de Bogotá en los últimos años (Gráfica 1).

Grafica 1: Violencia interpersonal en Bogotá comparativo de los años 2009 a 2016



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/ Forensis 2009 - 2016.

Los estudios de la violencia interpersonal se han enfocado en las variables de tiempo (horarios específicos en los cuales se presentan más los casos de violencia, incluye mes, día y hora); variables de modo (la manera como se agrede a la víctima); lugar (lugares en los que se presentan más frecuentemente los hechos violentos como calle, residencia, establecimientos educativos, entre otros). No obstante, aún no se termina de entender el fenómeno (Munar Jiménez, 2014, pág. 106).

Partiendo de la misma inquietud de la ineficacia de las acciones establecidas hasta el momento para combatir la violencia interpersonal, en el año 2014 Munar Jiménez realizó el estudio “Analizando y modelando la violencia interpersonal en la ciudad de Bogotá durante el año 2011, con apoyo en información geográfica”¹. El estudio realizado con metodología cuantitativa y técnicas de análisis de bases de datos concluyó que hay una correlación positiva moderada² entre los hechos de violencia interpersonal reportados en la ciudad de Bogotá para el año 2011 y los establecimientos comerciales ($p=0,38$); establecimientos educativos de básica primaria y secundaria ($p=0,29$); instituciones prestadoras de salud (IPS) ($p=0,24$). Por el contrario, y difiriendo de los hallazgos encontrados en la literatura nombrada anteriormente, se presentó una baja correlación con bares ($p=0,05$); puntos críticos de inseguridad ($p=0,08$); plazas de mercado ($p=0,14$), Centros comerciales, Juzgados y plazas (Munar Jiménez, 2014).

De acuerdo con los resultados anteriores, se parte de la inquietud del porqué existe una correlación positiva moderada entre los casos de violencia interpersonal presentados en el año 2011 y las IPS. Por ese motivo y partiendo de la respuesta inefectiva por parte de las autoridades responsables para contrarrestar el problema, se realizó el presente estudio de tipo cualitativo para indagar posibles causas de la violencia en sitios cercanos a la IPS.

¹ El trabajo de grado que fue presentado para optar al título de Magíster en Salud Pública, Universidad El Bosque, septiembre del 2014.

² Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Los valores pueden oscilar entre -1,0 (correlación negativa perfecta) y 1,0 (correlación positiva perfecta).

Violencia interpersonal en Instituciones de salud.

La violencia interpersonal no solo se presenta en espacios públicos, también se ha venido registrando casos en instituciones prestadoras de salud. Hasta el momento, el fenómeno se ha estudiado desde la violencia de género, resaltando cifras presentadas en estudios de Brasil, España y Canadá donde las agresiones corresponden en el ámbito laboral por colegas, pacientes o familiares de los pacientes. Por ser un servicio prestado mayoritariamente por población femenina, las enfermeras son las víctimas más frecuentes y tienen un alto riesgo de ser agredidas por los sujetos anteriormente descritos (Aguiar & Oliveira, 2011).

El estudio de (Martínez, Felipez, & Castro , 2014) encontró que el 68,3% del personal del área sanitaria de la Coruña, España, refiere haber sufrido algún tipo de una agresión, “siendo la violencia verbal el tipo de mayor frecuencia (37,2%); seguido por la combinación de agresión verbal y física (18,6%)”. Por el contrario, el estudio de (Poblete & Valenzuela, 2005) muestra que la enfermera ha sido identificada como agente agresor inmediatamente después de los pacientes o usuarios, generalmente se presenta en mayor frecuencia en horas de la mañana por el alto volumen de trabajo y los motivos que causan esta violencia son: “el tipo de personalidad del agresor, el abuso de poder de quienes están en posiciones directivas y demora en la atención de usuario” (p.5). No obstante, los casos de violencia al interior o cercano a las instituciones de salud persisten y requieren de mayores y mejores intervenciones para disminuir la incidencia de casos (AbuAlRub & Al-Asmar,, 2011).

La violencia interpersonal hacia los profesionales de la salud usualmente no se registra y no se informa a las autoridades. Un estudio de tipo cualitativo realizado en países latinoamericanos aplicó entrevistas a diversas profesiones de la salud, tales como, médicos, odontólogos, enfermeras y en menor porcentaje otras profesiones del área administrativa. De 19.967 encuestas analizadas, 13.323 personas (66,7%) informaron haber recibido algún tipo de agresión en el año 2015. Se observó mayor frecuencia de agresiones en los grupos etarios de 25–34 años y 35–44 años en relación con el resto. Los países que reportaron mayor frecuencia de agresiones son Argentina, Colombia y Paraguay. Por su parte, las profesiones que reportaron haber recibido algún tipo de agresión fueron los médicos y enfermeras en servicios del área de emergencias o cuidados críticos. Las instituciones públicas fueron el escenario de la mayoría de los episodios de agresión, en particular, las áreas de emergencias o atención ambulatoria (Travetto, Daciuk, Fernández, & Ortiz, 2015).

Desde hace muchos años, numerosas publicaciones dan cuenta de las agresiones al personal sanitario como un problema creciente y extendido. Si bien el fenómeno es prácticamente universal, sus causas estructurales, desencadenantes, modalidades, escenarios y circunstancias se ven influenciados por el contexto social. Al respecto, Travetto et al, (2015) afirman que *“los informes involucran a varios grupos de profesionales de la salud: médicos, enfermeros, farmacéuticos y personal administrativo, entre otros. La adopción de medidas preventivas debería adquirir racionalidad a través de un conocimiento pormenorizado de la situación”* (p.4).

Como conclusión de esa investigación, se encontró que las agresiones al personal de salud en países latinoamericanos de habla hispana constituyen un problema frecuente que genera secuelas emocionales y laborales, *“causando una percepción de inseguridad en el lugar de trabajo en los profesionales sanitarios”*. A su vez, *“el contexto atribuido a demoras en la atención y carencia de recursos resalta que las agresiones reflejan carencias profundas en el*

sistema de atención médica” (Travetto, et al, 2015, p.6). Por tanto, es crucial que las autoridades sanitarias orienten sus medidas preventivas en mejorar el sistema de atención de emergencias, con el apoyo de talento humano y los recursos necesarios para desempeñar sus labores.

(Galian, Llor-Esteban, & Ruiz Hernandez, 2014) afirman que teniendo en cuenta la alta incidencia de casos reportados de violencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) *“advierten del riesgo de considerar la violencia como una parte inevitable del trabajo, lo que se refleja en unas tasas de denuncia alarmantemente bajas”* (p.5). La frecuencia de los casos de agresión ha sido tan alta que un porcentaje de los enfermeros que han sido víctimas opta por no presentar denuncia alguna. Pareciese que se ha normalizado el comportamiento. De los enfermeros que han sufrido agresiones físicas, sólo entre un 5% ha presentado denuncias. Además, los que han sufrido agresiones verbales ninguno ha presentado algún tipo de denuncia ante las autoridades pertinentes. En esta investigación se puede observar que el *“41% de las agresiones se produce debido a la frustración que los pacientes sienten por no ver satisfechas sus expectativas de atención del personal sanitario en cuanto a tiempos y pruebas diagnósticas”*; un 27% refiere que existe un desacuerdo en valoraciones o diagnósticos; el 12% corresponde a la no aceptación por parte del personal sanitario de demandas específicas de otros pacientes y otras causas forman un 20%.

La investigación de (Galian, Llor-Esteban, & Ruiz Hernandez, 2014) concluye que la violencia contra los profesionales sanitarios se ha convertido en un problema de salud pública, afectando de forma creciente no solo al personal de salud sino al propio sistema y, por consiguiente, a los pacientes y usuarios de los servicios sanitarios. La propuesta que hace el autor es mejorar las formas de afrontar esas conductas mediante el diálogo, partiendo de la idea que es mucho más fácil prevenir que curar.

Frente a la violencia en instituciones de Salud, (Tuya-Figueroa, y otros, 2014) afirman que:

“A nivel mundial la cuarta parte de los casos de violencia laboral sucede en el área de salud y uno de cada dos profesionales de salud es víctima de violencia. La explicación de este fenómeno considera que trabajar en los servicios de salud involucra enfrentar situaciones particulares y usualmente críticas que le demandan al trabajador gran esfuerzo profesional y emocional; además, de lidiar con los defectos del sistema de salud” (p.9).

La investigación realizada por (Tuya-Figueroa, y otros, 2014), tuvo en cuenta el testimonio de 406 médicos, quienes trabajaban en los turnos de la mañana y la tarde. Se encontró que el turno donde más se presentaban agresiones es el de la mañana. El servicio donde ocurren con más frecuencias los encuentros violentos es en urgencias y salas de cirugías. Cerca de tres de cada cuatro casos de violencia fueron realizados por los familiares de los pacientes; más de la mitad por varones y cerca de un 10% de los agresores estuvo bajo el efecto del alcohol u otras sustancias. El 65,4% de hechos estuvo vinculado a pacientes estables. Este estudio mostró que los médicos que trabajan en instituciones públicas tiene más probabilidad de haber sufrido hechos violentos en los últimos 12 meses que los médicos que trabajan en instituciones privadas. La explicación de este fenómeno se relaciona con la insatisfacción del paciente frente a los servicios prestados, los mínimos recursos con los que cuenta la institución y las comodidades ausentes en las instituciones públicas. Además de esto, se relacionan el bajo nivel educativo de las personas que se atiende y la forma en que hicieron el reclamo (tono violento o llegando a la agresión física).

Según (Chagoyen Borroso, 2016):

“En centros sanitarios, la violencia procede generalmente de usuarios y, en algunas ocasiones, de sus familiares. Asimismo, estas agresiones van dirigidas a los profesionales de la Sanidad, cuyas principales funciones son la prevención y promoción de la salud de todos los ciudadanos. Señalan que las agresiones verbales y físicas se desencadenan en urgencias y emergencias por los usuarios y/o sus acompañantes” (p.3).

Este estudio arrojó que el servicio de urgencias es donde más se presentan agresiones a los profesionales de la salud; la mayoría de los profesionales tienen experiencia laboral mayor de 5 años y muchas de las agresiones suele ser causadas por hombres. Los trabajadores tienen la percepción del aumento de la violencia laboral, solicitando realizar campañas para la prevención de la violencia hacia los profesionales de la salud (Chagoyen Borroso, 2016).

La universidad de Coruña en España en una de sus investigaciones describe:

“La violencia en el sector de la salud va en aumento desde hace años y concretamente sobre el personal de enfermería. La violencia sobre los profesionales de la salud tiene importantes repercusiones sobre la salud de los trabajadores y directamente supone un coste económico por un descenso de la productividad y un mayor absentismo laboral. La propia OMS denuncia que casi el 25% de los incidentes de violencia en el trabajo se producen en el sector sanitario (Martínez, Felipez, & Castro, 2014, pág. 4)

Este estudio plantea algunas de las causas por las que se presenta la violencia hacia los profesionales de la salud, dentro de las cuales se encuentran la congestión en salas de espera, mínimo personal que atiende en los servicios, necesidad de atención oportuna y de calidad, limitantes en la medida de seguridad, dificultades en la relación médico - paciente en el momento de comunicarse, discrepancias en la priorización de la atención, entre otros (Martínez, García, Felipez, & Castro, 2015).

Como se puede observar, la violencia hacia los profesionales de salud es un problema que ha venido en aumento. Al respecto, la Organización Internacional para el Trabajo, el Consejo Internacional de Enfermeras, la Organización Mundial de la Salud e Internacional de Servicios Públicos han estado muy interesados en la profundización del tema por la incidencia, prevalencia, determinantes causales y efectos de estos actos violentos sobre el personal sanitario, liderando programas de prevención en las instituciones hospitalarias para la protección del personal de salud (Ochoa, 2016). No obstante, al parecer las medidas son insuficientes por que las cifras no parecen disminuir. Se requieren de otros abordajes teóricos para la comprensión del fenómeno. Para el presente estudio, se acude a la teoría de juegos. La teoría de juegos no solo ha sido de gran aporte en disciplinas como la economía, biología o ciencias sociales, puesto que *“ayuda en el proceso de toma de decisiones en circunstancias más complejas”* (Davis, 1998, pág. 24). Los elementos constitutivos de la teoría de juegos son:

- a. *Jugadores.* los individuos que toman las decisiones tratando de obtener el mejor resultado posible, es decir maximizar su utilidad y minimizar el riesgo. Autores como Nowak establece algunos rasgos de jugador con comportamiento cooperador. Estos rasgos son: Reputación (Imagen que se tiene del jugador. No solamente depende de las experiencias propias sino también de las de los demás); No ser el primero en desertar (Propiedad de ser bueno, cooperar en la primera vuelta siempre); No ser ventajoso (Seguir las reglas establecidas de

manera correcta); Posibilidad de reencuentro (posibilidad de repetición del juego, en estos casos suele surgir la cooperación pacífica); Reciprocidad (principio de dar y recibir, es decir, recompensar un acto de buena voluntad con otro) (Nowak, 2012).

- b. *Estrategias*: determinan la acción que el jugador realizará en cada etapa para cada posible historia del juego hasta la etapa anterior. Por lo general son de dos tipos: estrategias puras (bajo ciertas circunstancias del contexto donde se encuentre, el jugador opta por la misma en todo momento) y estrategias mixtas (el jugador asigna probabilidades a las opciones que tiene a su disposición, la que más le convenga será utilizada para jugar) (Mérö L. , 2001, pág. 35).
- c. *Reglas*: es una de las opciones que el jugador tiene disponible para alcanzar el objetivo buscado. Pueden ser de dos tipos: Reglas Regulativas (regulan formas de comportamiento existente de manera independiente a los jugadores); Reglas Constitutivas (crean o definen nuevas formas de comportamiento de los jugadores) (Searle, 1994, pág. 42).
- d. *Premios o recompensa*: es la utilidad que reciben los jugadores al completar el juego, la evaluación posterior a la realización de la acción sobre si el objetivo buscado fue alcanzado (Davis, 1998).

Autores como (Krause, 1999) refiere cuatro tipos de juegos:

- Juegos de puro conflicto o suma cero, en donde los jugadores no obtienen ganancia.
- Juegos cooperativos donde los participantes eligen e implementan sus acciones en conjunto, hay un beneficio común.
- Juegos no cooperativos, donde los actores toman las decisiones en forma separada pero su relación con las decisiones de otros incorpora elementos de cooperación y de rivalidad. Se busca maximizar la ganancia.
- Juegos evolutivos, donde se asume que un juego determinado se juega repetidas veces por parte de jugadores con “racionalidad limitada” o información limitada.

Materiales y métodos

El presente estudio es de tipo cualitativo cuyo objetivo fue identificar el tipo de interacción estratégica que se presenta entre el personal de salud, el personal administrativo y el paciente, en los servicios de urgencias para comprender el fenómeno de la violencia interpersonal en un establecimiento público, estudio realizado en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, en la unidad de perseverancia en el cual se prestan servicios de atención de primer nivel y urgencias de salud en la ciudad de Bogotá durante el 2016 y ser analizado desde la teoría de juegos. Se realizaron 6 entrevistas de la siguiente manera: dos pacientes de la institución, dos personas que conforman el personal de salud y dos personas que laboran en actividades administrativas en atención directa al usuario. Como instrumento para la recolección de la información, se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, con el fin de motivar la libre expresión y opinión de los entrevistados sobre sus experiencias en el tema de la violencia interpersonal al interior del servicio de salud. La entrevista fue conducida por los dos autores del artículo, garantizando la confidencialidad de los datos y aplicando un consentimiento informado en cada entrevista. El diálogo quedó registrado en formato de audio, previa autorización de los entrevistados. Fue transcrito en el procesador de palabras Microsoft office 2010. Como complemento se utilizó la observación participante, técnica que consiste en percibir lo que sucede alrededor. Esta técnica utiliza todos los sentidos para captar expresiones

no verbales, observar eventos que los entrevistados no pueden o no quieren compartir, y observar situaciones que los informantes han descrito anteriormente. Como guía teórica para el análisis de la información recolectada se rescatan categorías de la teoría de juegos; haciendo especial énfasis en el tipo de interacción estratégica o tipo de juego que se presenta entre los entrevistados (juegos de cooperación o competencia). Para el plan de análisis, se utilizó el método propuesto por (Strauss & Corbin, 1967) con el fin de organizar la información por las categorías de la teoría de juegos: jugadores, estrategias, reglas y premios/castigos. Cada una de las categorías tuvo un código de identificación, las cuáles fueron ajustadas y revisadas para tener un esquema temático de clasificación y organización del material de campo. El software de análisis de la información recolectada fue Microsoft Excel 2010.

Resultados

Los resultados de la presente investigación están organizados en tres ejes temáticos: un primer eje describe el tipo de interacción en el personal administrativo y el paciente. Como segundo eje se encuentra el tipo de interacción entre el paciente y el personal de salud. Por último, se presenta un tercer eje donde se analizan las categorías de estudio que pueden propiciar un juego de competencia o cooperación en la institución de salud donde se realizó la investigación. En los dos primeros ejes se hará énfasis en el tipo de interacción presente entre un jugador y otro, partiendo de la descripción de los respectivos jugadores (personal de salud, administrativo y paciente) realizada en la observación participante como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 Jugadores de la institución pública de salud

JUGADORES	DESCRIPCIÓN
Profesionales de la salud (PS)	<p>PS1. Es un profesional médico quien dedica al paciente el tiempo suficiente en su consulta. Busca la manera de hacerse entender y explicar de la mejor manera los conceptos médicos. Se caracteriza por escuchar al paciente. Lleva 8 meses en la institución. Se encuentra laborando en el servicio de urgencias.</p> <p>PS2. Es un auxiliar de enfermería, agradable con la gente, respetuosa y se expresa hacia el paciente de forma clara. Se caracteriza por su dinamismo y siempre está pendiente de la lista de espera para que los pacientes no tengan que estar mucho tiempo en el servicio. Lleva 12 años en la institución y actualmente se encuentra laborando en el servicio de urgencias.</p>
Personal Administrativo (PA)	<p>PA1. Desempeña funciones como auxiliar de facturación turno de la mañana en el servicio de urgencias. Es una persona tranquila, respetuosa. No obstante, un inconveniente que se observa es el tono de voz, ya que puede generar molestias en los usuarios al no escucharlo correctamente. Lleva 2 años en la institución.</p> <p>PA2. El perfil del personal administrativo es auxiliar de facturación del turno de la tarde en el servicio de urgencias. Es una persona amable, se le facilita la comunicación con los pacientes, tiene un tono de voz fuerte que algunas ocasiones puede confundirse con alzar la voz. Así mismo, se observa algunas dificultades en la resolutivez de los casos que se le presentan, especialmente en aquellos usuarios que no tienen la capacidad suficiente de pago. Lleva 31 años en la institución.</p>
	P1. Es un usuario frecuente en el servicio de urgencias. Se caracteriza

<p>Pacientes (P)</p>	<p>por ser uno de los pacientes con antecedentes de agresividad contra el personal de salud. Desempeña labores como vendedor ambulante y se encuentra afiliado al régimen subsidiado. Su estrato socioeconómico es 2 y vive en la localidad de Santa Fé.</p> <p>P2. El paciente es un cuidador que asiste frecuentemente a los servicios de la unidad. Es persona mayor y está afiliado al régimen subsidiado, estrato socioeconómico y su lugar de residencia es la localidad de Bosa.</p>
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia a partir de la técnica de Observación participante.

Interacción Personal administrativo vs. Paciente.

Como se mencionó en la tabla 1, el personal administrativo se desempeña como auxiliares de facturación. Es un área de atención directa al usuario y presentan frecuentemente inconvenientes técnicos como no poder acceder al sistema contable de la entidad y ausencia de insumos de oficina; lo que genera una sobrecarga en las labores y por ende, largas filas de espera. A pesar de esta situación, se observa una estrategia cooperadora por parte del personal administrativo:

“... barreras de acceso como la seguridad social del paciente, pero se soluciona con el apoyo de trabajo social” Entrevista PA1.

En este caso, el personal busca los medios y los recursos para minimizar las barreras administrativas con el fin de generar una atención rápida, efectiva y de calidad. Pero en algunas ocasiones, puede ocurrir lo contrario y se presentan estrategias de competencia en la que el paciente quiere ser atendido y el personal administrativo no encuentra los medios para que la atención se pueda realizar de manera efectiva, generando demoras en la atención. Por esta razón se puede generar un conflicto entre las dos partes y como consecuencia, se pueden presentar hechos violentos por parte del usuario al personal administrativo.

“Barreras muy casuales como la falta del sistema por caída del sistema o por falta de insumos; otras veces por otros motivos, pero son cosas insignificantes”. Entrevista PA2.

El personal de facturación refiere que muchos de los casos donde hay comportamientos agresivos es por la delicada situación de salud del paciente y la incertidumbre de lo que pueda suceder.

“pues digamos de pronto un paciente llega y quiere es que lo atiendan de una o vienen en estado de alcoholismo o bajo los efectos de las drogas. Yo creería que la tolerancia y el respeto hacia uno mismo y hacia los usuarios” Entrevista PA1.

Estas barreras no solo son percibidas por el usuario en el servicio de urgencias, también se puede observar en la asignación de citas (muy frecuente).

“bueno generalmente para sacar las citas es muy demorado, toca hacer largas filas y ahora es peor” Entrevista P2.

Al no tener una respuesta por parte del personal administrativo, el usuario o su familia busca los medios que tenga a su disposición para ser atendido sin importar las consecuencias, especialmente en condiciones donde se requiere una pronta atención:

“Muchas veces he visto muchos casos básicamente personas que están atravesando por un momento angustioso por una hija, por un hijo, por la mamá y no le entregan los medicamentos; son problemas que son endémicos en Bogotá y en Colombia. Por eso la gente actúa como actúa”.

De esta manera se pueden generar comportamientos donde el usuario ante su desespero por resolver la situación, se salte los conductos regulares o las normas establecidas en la entidad de salud y es visto por el personal administrativo como un acto de competencia, generando más resistencia ante el hecho.

“La verdad yo me quedo callado. En muchas ocasiones es mejor la estrategia de callar para no enfrentar a la persona porque ellos vienen elevados de calorías y entonces es mejor uno bajar la voz y callar”. Entrevista PA2.

Como se observa en el anterior relato, ante un posible acto violento, la mejor estrategia del personal administrativo es no tener ninguna reacción. Es una estrategia mixta al ser la opción más pertinente y oportuna para no complicar la situación. Otras estrategias mixtas del personal administrativo pueden incluir el apoyo de otros servicios:

“hasta el momento todo se ha solucionado con el apoyo de trabajo social”. Entrevista PA1.

En el caso de los pacientes, también se pueden presentar estrategias mixtas, dependiendo del contexto y el personal que se encuentre en el servicio:

“nunca he tenido actos violentos. Si acaso vuelvo y con un poco de paciencia se consigue la autorización” Entrevista P1.

El resumen de las estrategias se encuentra en la tabla 2.

Tabla 2 Estrategias utilizadas por los jugadores

JUGADOR	ESTRATEGIA
Personal administrativo	Inicia cooperando pero en algunos casos se presenta la competencia cuando en algún momento hay una barrera administrativa que no permita la adecuada atención y que no tenga oportunidad de resolver por sí mismo (problemas técnicos o insuficientes recursos)
Paciente	De acuerdo con el tipo de paciente, puede presentarse juegos de cooperación o competencia. Se coopera cuando hay una atención oportuna; se tiene de competir cuando no recibe la atención esperada. Influye la percepción del paciente frente al servicio y el personal de salud (reputación); así como sus creencias o previas experiencias para resolver la barrera administrativa de la mejor manera.

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, las reglas establecidas en la institución son muy claras para el personal administrativo. El hecho de hacer cumplir las normas como se encuentra registrado en el proceso puede ocasionar inconvenientes en la atención:

“Por lo regular el cargo mío es atención al usuario, en cuestión de historias clínicas y siempre se exige una normatividad para poder entregar dicha solicitud y ellos a veces no entienden, por qué viene de afán o necesitan las cosas de otro paciente y no se les puede entregar si no traen previa autorización; entonces piensan que es cuestión de uno que no quiere entregar la historia clínica solicitada”. Entrevista PA2.

Por su parte, el usuario no conoce las normas establecidas en cada área y puede generar incomodidad al no tener la respuesta que espera:

“más o menos pues venir uno frecuente a las citas que tiene a las curaciones con uno minutos de anterioridad ... pues portarse bien, no ser agresivo, tener paciencia”. Entrevista P2.

En la tabla 3 se puede observar el resumen de las reglas utilizadas en la interacción paciente y personal administrativo.

Tabla 3 Reglas utilizadas por los jugadores

JUGADOR	REGLAS
Personal administrativo	Las reglas son constitutivas dado que no se pueden alterar y hacen parte del proceso de atención y del sistema financiero de la institución.
Paciente	Los pacientes tienen como norma constitutiva que deben ser atendidos en la unidad, sin importar su condición y bajo ciertas normas de comportamiento y convivencia. De igual manera, existen otras reglas que pueden regulativas, puesto que, no solo dependen del paciente sino también del personal que trabaja en el lugar de la atención, pero son reglas implementadas para beneficiar a las dos partes. Estas reglas no se encuentran normadas, pero suelen ser conocidas por las dos partes.

Fuente: Elaboración propia.

Por último, como categoría premio/castigo de la interacción entre los dos jugadores, ambas partes saben que el premio es la atención del usuario y el castigo, la atención inoportuna o de baja calidad:

“pues recompensa como yo digo como lo tratan a uno la atención”. Entrevista P1

“Pues que le den con el chiste”. Entrevista P2

“El 90 por ciento de los usuarios son muy bueno son pacientes que llegan y piden el favor el 10 por ciento son los que llegan agresivamente; pero si hay muy buena calidad en este hospital, hay muy buenos pacientes”. Entrevista PA2.

En la tabla 4 se encuentra el resumen de la categoría:

Tabla 4 Premios o castigos recibidos entre los jugadores

JUGADOR	PREMIO O CASTIGO
Personal administrativo	Prestar un servicio sin complicaciones en los trámites o como castigo el pago de alguna cuenta a la cual no se le haya llevado el correcto proceso.
Paciente	Que se logre atender, reducir o eliminar la causa de consulta o como castigo que no se preste en servicio de la manera en que lo esperaba.

Fuente: Elaboración propia.

Tipo de interacción Personal asistencial vs. Paciente.

En el servicio de urgencias, tanto el personal asistencial como el paciente saben que debe existir una atención inmediata. Lo que se presenta a menudo, es el desconocimiento por parte del paciente de la atención por clasificación según estado de salud (triage). Por ello, es importante en la interacción, saber relacionarse con el paciente y explicar los tiempos de atención y las razones por las que se presta la atención por prioridades, aunque en algunas ocasiones estas estrategias no funcionen de manera óptima.

El primer contacto que se tiene con el personal asistencial es un momento relevante, porque de ahí depende el comportamiento del paciente. Es bien sabido que existe una cadena de acciones que determinan la calidad de la atención como la satisfacción de la necesidad. En la mayoría de los casos, el paciente llega al servicio de urgencias con necesidades, incertidumbres, dudas, preocupación, dolor y evidentemente afectado emocionalmente. De esta manera, si no hay disposición y paciencia frente a todas las emociones que trae el paciente, se presenta la competencia entre los jugadores (personal asistencia – paciente y su familia); generando conflictos e insatisfacción en la atención y, por ende, agresiones hacia los profesionales:

“pues yo atiendo acá pacientes que no tienen urgencias... cuando uno ve que realmente necesitan el servicio a veces evalúa uno, que el paciente vive muy lejos del sitio de atención, a veces uno trata de colaborarles para que no tengan tantas barreras de acceso a los servicios”. Entrevista PS1.

Sin embargo, también se presenta el caso donde el paciente desde el ingreso al servicio presenta comportamientos agresivos, generando dificultades en su propio proceso de recuperación. Esto ocasiona una barrera en la interacción al no poder tener una relación, lo que termina en la deserción por parte del paciente:

” tuve inconvenientes, pero como antes de 13 años había una trabajadora social acá que no recuerdo el nombre, no la que está aquí, ni la anterior tampoco, ahí si era difícil, como en esa época estaba sin cedula esa fue la única vez de resto no”. Entrevista P2.

En el caso del profesional asistencia, no se presenta la deserción, dado que es su deber atender en todo momento:

“hasta ahora no, no se ha dado ese problema”. Entrevista PS1

“No no hasta el momento no he dejado de servir o de prestar el servicio a quien lo necesite”. Entrevista PS2.

Las estrategias referidas por los profesionales de la salud suelen ser estrategias puras, dado que siempre optan por prestar el servicio de salud a los pacientes que lo requieran, así tengan comportamientos agresivos:

“inicialmente yo siempre trato de darles un trato cordial yo considero que así uno este de muy mal genio, al acceder al servicio de salud, si uno ve que la persona que lo recibe lo trata bien, se interesa realmente por el problema que uno tiene, eso ya hace que disminuya el nivel de agresividad con el que uno pueda entrar. Trato de interrogarles bien, si veo que tiene alguna molestia le pregunto el porqué de su molestia. Les pregunto qué es lo que les pasa, con algunos pacientes no es posible razonar y ellos inmediatamente empiezan a maltratar, pero esas son las excepciones más que la regla”. Entrevista PS1.

En el caso de que la estrategia no funcione, toman como única alternativa solicitar apoyo a otros servicios:

“pues lo primero se pide apoyo por parte de trabajo social y pues se activa el código de paciente agresivo”. Entrevista PS2.

Como estrategia de muchos de los pacientes, se encuentra la consulta de urgencias ante la dificultad de acceder oportunamente a los servicios de consulta externa. Esto es referido por el mismo personal de salud:

“en el servicio de urgencias se ve mucho porque los pacientes muchos no tienen motivos de consulta realmente por urgencias, sino que vienen como un atajo para acceder para que se le realicen exámenes o se le remita con especialista”. Entrevista PS1.

Esto se correlaciona cuando se le pregunta al paciente sobre la percepción del servicio de salud en general:

“expectante... no? porque... es decir, expectante porque es casi como cuando uno va al matadero”. Entrevista P2.

En la tabla 5 se presenta el resumen de las estrategias utilizadas por el personal de salud y el paciente.

Tabla 5 Estrategias utilizadas por los jugadores

JUGADOR	ESTRATEGIA
Profesionales de la salud (PS)	La cooperación es la estrategia más utilizada por el personal porque se identificó que lo que se busca es prestar un servicio y que éste sea de la manera más fácil y rápida.
Paciente	De acuerdo con el tipo de paciente puede presentarse juegos de cooperación o competencia. Es fundamental la percepción del paciente

frente al servicio y el personal que lo ha atendido anteriormente. En la mayoría de los casos se opta por estrategias mixtas que le permitan obtener el mayor beneficio, en este caso, obtener el servicio de salud.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a las reglas, se percibe en el personal de salud que existen muchas barreras en la atención como resultado de las normas establecidas en la institución, generando otro tipo de reglas regulativas que apoyan la relación entre el personal y el paciente.

“pues yo con los pacientes a los cuales veo que se les puede solucionar alguna cosa desde acá, se las soluciono; por ejemplo, si el paciente necesita que se le haga un examen de una glicemia en ayunas y yo puedo mandar el examen para que se lo hagan por consulta externa se lo ordeno. Si veo que necesita una remisión con un especialista, por ejemplo, un ortopedista, un gastroenterólogo, un internista, yo se la hago y no los pongo voltear nuevamente por consulta externa. Sin embargo hay muchas barreras de acceso que no se pueden solucionar desde este servicio”. Entrevista PS1.

“si existen muchas barreras, sobre todo en la parte administrativa; todavía con el sistema de salud que tenemos, podemos encontrar que hay pacientes desprotegidos en la parte de salud y esas barreras son un problema tanto para los pacientes, tanto para nosotros. Pero nosotros procuramos siempre atender al paciente, de no negarle la atención que necesita en salud”. Entrevista PS2.

En la tabla 6 se puede observar el resumen de las reglas implementadas por los pacientes y personal de salud.

Tabla 6 Reglas utilizadas por los jugadores

JUGADOR	REGLAS
Profesionales de la salud (PS)	Las reglas presentes son reglas constitutivas que en su mayoría fueron implementadas para cada proceso, pero también se presentan reglas regulativas que pueden modificarse para el beneficio del paciente.
Paciente	Todos los que son atendidos en la unidad tiene una serie de normas de comportamiento y convivencia. De igual manera, existen otras reglas regulativas, que no solo dependen del paciente sino también del personal que trabaja en el lugar de la atención, pero son reglas implementadas para beneficiar a las dos partes.

Fuente: Elaboración propia.

Por último, los premios/castigos que se pueden encontrar en el personal de salud es la satisfacción de cumplir con el deber, en este caso, con prestar un servicio.

“yo creo que la mejor recompensa es que salga sintiéndose mejor de lo que llega; si el paciente puede que salga con el mismo dolor puede que salga con la misma tensión arterial alta, pero si sale sintiéndose un poquito mejor, que por lo menos lo escucharon, que por lo menos le entendieron el problema y que alguien aparte de él se preocupa. Por eso, yo pienso que esa es la mejor recompensa que puede tener el paciente.”

Entrevista PS1.

“que se le haya atendido con oportunidad, con calidez con que sea una atención humana que se escuche al paciente en realidad porque ahora por el sistema lo que se hace es atender... atender... atender al paciente que entre más se atienda más facturamos, pero en realidad, no nos detenemos, en realidad cuales son las necesidades de los pacientes.”. Entrevista PS2.

En la tabla 7 se encuentra el resumen de los premios o castigos que pueden tener en la interacción personal de salud y paciente.

Tabla 7 Premios o castigos recibidos entre los jugadores

JUGADOR	PREMIO O CASTIGO
Profesionales de la salud (PS)	Se considera como premio la satisfacción personal como profesional de ayudar a las personas.
Paciente	Que se logre atender, reducir o eliminar la causa de consulta o como castigo que no se preste en servicio de la manera en que lo esperaba.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

A medida en que se fue desarrollando esta investigación, se logró identificar que existen juegos de competencia y cooperación. En la mayoría de los casos se presenta la cooperación, pero dependiendo del contexto o el grado de salud del paciente, pueden existir juegos de competencia. Por lo general se presenta cuando hay una insatisfacción hacia el servicio, generando que el paciente deserte, es decir, no siga cooperando. Se presentan algunos casos aislados donde los usuarios presentan una actitud de competencia desde el inicio, porque no tienen ninguna intención de cooperar y saben que pueden ser atendidos en otra institución de salud. Por tanto, su respuesta en todo momento es exigir un servicio a través de palabras soeces o llegando a agredir al mismo personal de salud.

En todo caso, como le refiere (Nowak, 2012), durante las interacciones pueden darse situaciones en las cuales los jugadores sean los que favorezcan el juego de cooperación dentro de la institución de salud donde se realizó la investigación. Estas situaciones se evidenciaron de la siguiente manera:

- **Reciprocidad:** Dado que los pacientes son atendidos en esta unidad por que residen muy cerca de la entidad de salud y muchas veces es la única opción que tienen, los pacientes y sus familiares optan por cooperar con el personal administrativo y de salud. Es de aclarar que esto depende, en gran medida, de la experiencia del último encuentro que hayan tenido en la institución, es decir, la manera como fue atendido y se le dio respuesta a su situación de salud. En la medida en que los usuarios reciban un buen servicio por parte de la entidad, éstos colaborarán en todo momento según requerimiento de las normas y protocolos de atención. Por lo tanto, cuando hay un

nuevo encuentro (nueva solicitud de servicio), es mucho más fácil ingresar con una mejor disposición para cooperar con el objetivo del bienestar mutuo.

- **Reputación:** Entendida como la imagen que se tiene del otro y la posibilidad de jugar o no con éste. Este elemento se refuerza o se daña en cada encuentro, es decir, en cada visita al centro de salud. Si en el primer encuentro, no se generó empatía y se presentó competencia, muy seguramente en un próximo encuentro se espera que suceda lo mismo. Pero si los jugadores se dan cuenta que no se está consiguiendo el premio u objetivo y aplica otro tipo de estrategia, en este momento cambia lo que se piensa del otro y por esta razón se decide cooperar o seguir en la competencia. En el servicio de urgencias interviene de manera importante la reputación frente al personal administrativo y el personal asistencial porque determina la cooperación mutua y la evolución del juego. Muchas veces la reputación se puede observar en el momento en que los pacientes deciden tener citas con un médico especial, descartando otras opciones. A sí mismo, es importante tener en cuenta la reputación que tiene el centro de salud en general, puesto que, muchas veces por la experiencia que haya tenido un usuario en un servicio específico, se puede condenar a toda la institución. La reputación le permite saber a los jugadores si están dispuestos a tener un próximo encuentro y bajo que estrategia: cooperando o compitiendo.
- **Confianza:** La confianza les permite a los jugadores anticiparse a los resultados de futuros encuentros, puesto que, ya se tiene una reputación del jugador y de las experiencias en previos juegos. Si no hay confianza en los jugadores, es muy probable que la mejor estrategia que puedan usar es la de competencia. Pero si desde el comienzo se generó una estrategia de competencia y rivalidad, no se generará ninguna razón para confiar en el otro. En la medida en que se presenten mayor número de encuentros, se podrá optar por confiar o no en el otro jugador.
- **No ser el primero en desertar:** Por tratarse de una profesión con principios de respeto y protección hacia todos los seres humanos, el profesional de salud tiende a tener comportamientos de cooperación, aplicando la misma estrategia pura de prestar el servicio sin importar los antecedentes. No obstante, puede presentarse en los encuentros dificultades que puedan retrasar la atención en salud, siendo analizada por el usuario como una actitud de competencia. En la medida en que ninguno de los dos jugadores deserte a la primera vez, las posibilidades de cooperación en futuros encuentros podrán estar garantizadas.

Conclusiones

El presente trabajo ha permitido identificar los dos tipos de juegos que se presentan en la interacción con diferentes jugadores de una institución pública de salud en Bogotá: personal administrativo, personal de salud y paciente. Es evidente que las estrategias que se utilicen durante un juego son relevantes para el desarrollo y resultado del mismo; por tanto, en un juego se debe buscar el bienestar general sobre el individual y de esta manera se obtendrán resultados satisfactorios. En la medida en que los jugadores tengan mayor número de encuentros, tanto la reputación y confianza que se tenga en el otro podrá mejorar. Se pudo observar que, a pesar de las barreras presentes en el sistema de salud, pueden generarse comportamientos de cooperación que beneficia a todos los jugadores. Estos comportamientos muchas veces no están acordes a los protocolos de atención, sino que se basan en reglas regulativas que permiten jugar de una mejor forma; acorde al contexto y situación de cada jugador. Por otra parte, se presentan situaciones de competencia cuando no hay futuros encuentros (próximas visitas al centro de salud), cuando la información es asimétrica entre los jugadores (no es bidireccional), así como, cuando la reputación de los jugadores no es la esperada.

Esta investigación puede dar a conocer como los servicios de urgencias son campos en el que los conflictos generan agresiones físicas y verbales hacia el personal esto generado por el entorno y las condiciones específicas en las que se presenta la interacción que en muchas ocasiones no solo es paciente profesional también se ve influenciada por la familia o el cuidador.

Se ve reflejado como las investigaciones sobre violencia hacia los profesionales de la salud no han despertado mayor interés aunque se considere un problema de salud pública, presentando un aumento considerable dentro de las instituciones de salud, siendo mucho más prevalentes en las instituciones públicas las cuales atienden la mayoría de la población.

Durante la realización de este trabajo, se evidenció que las investigaciones sobre la violencia al interior de instituciones de salud son pocas; esto permite dar pautas para que se puedan desarrollar más investigaciones a futuro, que permitan comprender mejor el fenómeno.

El desarrollo de la investigación nos permitió evidenciar que el fenómeno de la violencia está acompañado de muchos factores y permite fraccionar los conceptos planteado en otras investigaciones, se demuestra que el tiempo, lugar y hora no son factores determinantes para el desarrollo de la violencia y esclarece como situaciones, sentimientos y condiciones predisponen para que se generen acciones violentas muchas veces no intencionales, pero por presentarse en un ambiente como el hospitalario las susceptibilidades y los sentimientos son mucho más frágiles.

La teoría de juegos muestra que es una estrategia efectiva la cual permite desarrollar una mejor interacción si se logra que los participantes sigan el mismo juego. Invitando a que los profesionales de la salud sean partícipes y precursores de las buenas estrategias para que esta manera la comunicación sea lo más acertadas posibles en el cual las incertidumbres sean menores y las expectativas lo más cercano posible a lo que se espera.

Con esta investigación se busca generar expectativas, dudas e incertidumbres para posibles investigaciones que permitan ampliar el fenómeno de la violencia y de esta manera generar políticas, intervenciones u acciones que permitan disminuir el fenómeno y conocer datos cercanos de la cotidianidad en los servicios de urgencias de las instituciones de salud.

Referencias

- AbuAlRub, R., & Al-Asmar, A. (2011). Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 157-165.
- AbuAlRub, R., & Al-Asmar,, A. (2011). Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 157-165.
- Aguiar, J., & Oliveira, A. (2011). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. . *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 79-92.
- Briceño-León, R. (2005). Violencia interpersonal: salud pública y gobernabilidad. *ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*, 649-663.
- Buvinic, M., Morrison, A., & Shifter, M. (1999). La violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción. *BID*.
- Chagoyen Borroso, T. (2016). Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. . *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 25-48.
- Chaux, E. (2002). Buscando pistas para prevenir la violencia urbana en Colombia: Conflictos y agresión entre niños (as) y adolescentes de Bogotá. *Revista de estudios sociale*, 43-53.
- Chaux, E. (2002). Buscando pistas para prevenir la violencia urbana en Colombia: Conflictos y agresión entre niños (as) y adolescentes de Bogotá. . *Revista de estudios sociales*, 43-53.
- Davis, M. (1998). *Introducción a la teoría de juegos*. Alianza Editorial.
- Galian, I., Llor-Esteban, B., & Ruiz Hernandez, J. (2014). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias*, 163-170.
- INML. (2016). *Forensis 2015: Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- INML. (2017). *Forensis 2016: Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Krause, M. (1999). *La teoría de los juegos y el origen de las instituciones*. .
- Martínez, I., Felipez, A., & Castro, D. (2014). Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. . *Enfermería Global*, 219-229.
- Martínez, S., García, A., Felipez, I., & Castro, D. (2015). Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. *Enfermería Global*, 219-229.
- Mérö, L. (2001). *Los azares de la razón: fragilidad humana, cálculos morales y teoría de juegos*. Barcelona: Paidós.
- Mérö, L. (2001). *Los azares de la razón: fragilidad humana, cálculos morales y teoría de juegos*. Paidós Ibérica.

- Munar Jiménez, E. (2014). Analizando y modelando la violencia interpersonal en la ciudad de Bogotá durante el año 2011, con apoyo en información geográfica. *Criminalidad*, 103-117.
- Munar, E. (2016). Violencia Interpersonal: Abordajes implementados y nuevas perspectivas de análisis del fenómeno. *Revista Salud Bosque*, 47-56.
- Nowak, M. A. (2012). *SuperCooperadores*. . Ediciones B.
- Oliveira, A., & D'OLIVEIRA, A. (2008). Gender-violence against the female nursing staff of a Brazilian hospital in São Paulo City. *Rev. Saúde Pública*, 868-876.
- OMS. (1996). *WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority*. Ginebra.
- Ortiz, M., Sepúlveda, R., & Viano, C. (2005). Análisis de los programas de prevención dirigidos a jóvenes infractores de Ley. . *Universidad de Chile*.
- Ospina Plaza, N., & Giménez Esteban, G. (2009). La violencia en Latinoamérica y sus efectos sobre la inversión y la educación. Estudios de Economía Aplicada. *Estudios de Economía Aplicada* .
- Poblete, M., & Valenzuela, S. (2005). Enfermeras en riesgo: violencia laboral con enfoque de género. *Index de Enfermería*, 40-44.
- Poblete, M., & Valenzuela, S. (2005). Enfermeras en riesgo: Violencia laboral con enfoque de género. *Index de Enfermería*, 40-44.
- Searle, J. (1994). *Actos de habla*. Ediciones Cátedra SA.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1967). The Discovery of Grounded Theory. Strategies for qualitative research. . *New York: Aldine de Gruyter*.
- Travetto, C., Daciuk, N., Fernández, S., & Ortiz, P. (2015). Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 307-315.
- Tuya-Figueroa, X., Mezones-Holguin, E., Monge, E., Arones, R., Mier, M., & Saravia, M. (2014). Violencia laboral externa tipo amenaza contra médicos en servicios hospitalarios de Lima Metropolitana, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 670-679.