

Prevención de afectaciones en salud mental asociado con riesgo público en trabajadores de la salud de una ONG internacional evaluado en el 2021-1

Presentado por

David Stiven Foronda Valencia

Estefany Gómez Duque

José Daniel Paz Ramos

Universidad ECCI

Especialización en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

2021

Prevención de afectaciones en salud mental asociado con riesgo público en trabajadores de la salud de una ONG internacional evaluado en el 2021-1

Presentado por

David Stiven Foronda Valencia ID 98536
Estefany Gómez Duque ID 98981
José Daniel Paz Ramos ID 98935

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Director
Gonzalo Eduardo Yepes Calderón

Universidad ECCI

Especialización en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

2021

Introducción	13
Título	14
Planteamiento del Problema	14
Descripción del Problema	14
Formulación del Problema	18
Objetivos de la Investigación	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
Justificación y Delimitación	19
Justificación	19
Delimitaciones de la Investigación	21
Limitaciones	22
Marco de Referencia de la Investigación	22
Estado del Arte	22
Marco Teórico	25
Violencia Laboral	25
Violencia Psicológica	28
Violencia Física	29
Violencia Sexual	30
Violencia Interna y Externa	30
Instrumentos para Medir Violencia Laboral	33
Violencia Laboral en el Sector de la Salud	35
Violencia Laboral en Sector Salud en Colombia	37
Concepto de Salud Mental	39
Biomédica y conductual	39

Bienestar y potencialidades	39
Cultural	39
Psicosocial	40
Determinantes Sociales	40
Afectaciones en salud mental en el personal sanitario	40
Prevenición y Control de la Violencia Laboral Externa	42
Marco Normativo	45
Normativa Internacional	45
Normativa Nacional	47
Marco metodológico de la investigación	50
Paradigma de la investigación	50
Tipo de investigación	52
Método de la investigación	52
Fases de estudio	53
Fase preparatoria	53
Fase de trabajo de campo	53
Fase analítica	53
Fase informativa	54
Recolección de información	55
Población	55
Materiales, técnicas y procedimientos	55
Cronograma	56
Método para el análisis de información	56
Resultados	57
Discusión	72

Propuesta de solución	74
Análisis financiero	74
Conclusiones	76
Recomendaciones	77
Referentes Bibliográficos	78

Dedicatoria

Agradecemos enormemente a la ONG Primera Urgencia Internacional por la oportunidad de desarrollar este trabajo investigativo con el personal de la salud que labora en el departamento de Arauca, extendiendo nuestro profundo reconocimiento por la labor que hacen con las comunidades colombianas y venezolanas, deseamos éxitos y avances positivos en sus funciones.

Nota de Aceptación

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo diseñar un plan de intervención enfocado a factores de riesgo público que afectan la salud mental del personal sanitario de la ONG Primera Urgencia Internacional como complemento al sistema general de seguridad y salud en el trabajo.

La finalidad de esta propuesta de investigación es poder establecer la percepción del riesgo público, el conocimiento y adopción de las recomendaciones de seguridad del manual de misión médica y las afectaciones en salud mental que tiene el equipo de campo de la ONG. Se realizó en el periodo de marzo a abril del año 2021. En este proceso participaron 3 médicos generales, 1 enfermera profesional, 3 auxiliares de enfermería, 2 psicólogas, 1 trabajadora social y 3 conductores. En total 13 personas, además, se verificó en bases de datos, libros, sitios web, información relacionada para la construcción del plan de intervención.

Los resultados de la investigación concluyen que el 61.5% de los encuestados han sido víctimas de situaciones de violencia laboral externa, principalmente agresiones verbales, robos y amenazas, afectando su salud mental con enfermedades relacionadas al estrés, cambios en la alimentación y sueño y síntomas somáticos. En relación con acciones de seguridad, gran parte del equipo desconoce las recomendaciones del manual de misión médica y no es clara la ruta para el reporte de situaciones de seguridad.

Por lo anterior, se hace necesario construir un plan de intervención para disminuir el riesgo público en el personal de la salud de la ONG y proponer nuevas investigaciones a nivel nacional que permitan dar mayor claridad y objetividad en la gestión de este tipo de riesgo.

Palabras claves: Riesgo público, salud mental, personal de la salud

Lista De Figuras

Figura 1. Consentimiento informado.	57
Figura 2. División poblacional según género	58
Figura 3. División poblacional según edad	58
Figura 4. División poblacional según cargo	59
Figura 5. División poblacional según su tiempo en la organización	59
Figura 6. División poblacional según turno de trabajo	60
Figura 7. Factores de Riesgo Público – Exposición durante tiempo laborado en ONG	60
Figura 8. Factores de Riesgo Público – Exposición durante pandemia a riesgos públicos	61
Figura 9. Factores de Riesgo Público – Presuntivos agresores	61
Figura 10. Factores de Riesgo Público – Accidentes de tránsito durante desplazamientos	62
Figura 11. Afectación en la Salud Mental – Efectos sobre salud mental posterior a algún tipo de riesgo	62
Figura 12. Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – Capacitación en riesgo público	63
Figura 13. Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – Escalamiento ante exposición de riesgo público	63
Figura 14. Gestión de la misión médica – Prioridad misión médica	64
Figura 15. Gestión de la misión médica – Red de apoyo en salud mental	64
Figura 16. Gestión de la misión médica – Comportamientos durante las actividades	65

Figura 17. Gestión de la misión médica – Medios de transporte sanitario	65
Figura 18. Gestión de la misión médica – Transporte personal	66
Figura 19. Gestión de la misión médica – Control de ruta	66
Figura 20. Gestión de la misión médica – Información confidencial	67
Figura 21. Gestión de la misión médica – Canales de comunicación	67
Figura 22. Gestión de la misión médica – Comunicación y vigilancia durante desplazamientos	68
Figura 23. Gestión de la misión médica – Lenguaje para la comunicación	68
Figura 24. Gestión de la misión médica – Tiempo en comunicación	69
Figura 25. Gestión de la misión médica – Condiciones de seguridad	69
Figura 26. Gestión de la misión médica – Identificación	70
Figura 27. Gestión de la misión médica – Casos de amenaza	70
Figura 28. Gestión de la misión médica – Formulario de inscripción programa de prevención y protección	71

Lista de Tablas

Tabla 1. Instrumentos para medir violencia laboral	33
Tabla 2. Fases del estudio	54
Tabla 3. Cronograma de actividades.	56
Tabla 4. Análisis financiero	73

Lista de Anexos

Anexo 1. Plan de intervención del riesgo público	93
Anexo 2. Consentimiento informado	104
Anexo 3. Cuestionario de violencia laboral externa	105

Introducción

A nivel mundial el riesgo público se asocia con la violencia laboral, que se constituye principalmente por sucesos donde el personal sufre abusos, amenazas y ataques en relación a su trabajo, siendo el sector salud uno de los sectores con mayor riesgo (OIT, CIE y OMS, 2002). En Colombia, este riesgo es culturalmente conocido como aquel que se presenta en lugares públicos externos a la empresa y que afecta la salud de las personas; comúnmente evidenciado en hurtos, amenazas, extorsiones, secuestros, siniestros viales y agresiones físicas y verbales, teniendo un alto grado de intencionalidad de origen antrópico (González, 2017).

Con la materialización de este riesgo, se ha evidenciado que las agresiones psicológicas son las que se presentan con mayor frecuencia, seguidas del acoso laboral y las agresiones físicas (Acevedo, Farias, Sánchez y Petiti, 2010). Además, las instituciones públicas y los servicios de urgencias son los lugares con mayor prevalencia de agresiones al personal sanitario, ocasionando secuelas psíquicas, físicas y laborales (Traveto, Daciuk, Fernández, Ortíz, Mastandueno, Prast, Flichtentrei & Tajer, 2015). A su vez, la OMS (2019) menciona que las políticas inadecuadas de seguridad y protección de la salud, las prácticas ineficientes de gestión y comunicación y la ausencia en la toma de decisiones y control del área por parte del empleador son riesgos claves para la afectación en la salud mental de los trabajadores.

Lo dicho hasta aquí, supone que el personal sanitario de la ONG Primera Urgencia Internacional es una población altamente vulnerable al riesgo público por pertenecer al sector salud y desarrollar sus actividades en un departamento con dinámicas de conflicto armado y violencia aprendida. Hay que mencionar, además, las agresiones a la misión médica que se ha

venido aumentando con la pandemia por Covid-19 contribuyendo así al incremento de factores inseguros para prestar servicios de salud.

Como se mencionó anteriormente, la exposición a agresiones y violencia laboral afecta la salud en los trabajadores con secuelas físicas y mentales. Teniendo en cuenta esto y el vacío teórico que existe actualmente en el tema a nivel nacional, se buscará con este proyecto de investigación generar una propuesta para la elaboración de planes de prevención y control del riesgo público enfocado al personal sanitario, partiendo de la identificación de los factores de riesgo y la afectación en la salud mental.

Título

Prevención de afectaciones en salud mental asociado con riesgo público en trabajadores de la salud de una ONG internacional evaluado en el 2021-1

Planteamiento del Problema

Descripción del Problema

Los trabajadores de la salud están expuestos diariamente a un sin número de riesgos propios de su labor que sin una identificación, evaluación e intervención adecuada conforme al contexto laboral se convierten en espacios inseguros para el desarrollo del trabajo. Como lo muestra un estudio realizado en profesionales de servicios de urgencias de atención primaria además del riesgo biológico, ergonómico y psicosocial; estudiados con mayor frecuencia, existe el riesgo de violencia ocupacional y accidentes en misión constituidos principalmente por agresiones físicas y verbales, amenazas, injurias, chantajes y accidentes en los trayectos por motivos profesionales (Fernández y de la Fuente, 2010), según la Organización

Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) como se cita en Gutiérrez, Hernández y Molina (2016) el personal de la salud padece un alto riesgo de sufrir violencia en el trabajo. De hecho, casi un 25% de toda la violencia ocupacional se desarrolla en el sector sanitario afectando negativamente el rendimiento laboral con el aumento de las incapacidades, rotación del personal y absentismo laboral.

En Colombia, el riesgo de violencia ocupacional es conocido como riesgo público que abarca dinámicas relacionadas con la violencia y los accidentes de tránsito. Lamentablemente, a nivel nacional aún no existe una normatividad asociada a este tipo de riesgo, solo se tiene conocimiento de un decreto expedido por la Alcaldía de Bogotá en el año 2009 donde lo definen como:

“El daño potencial que sobre la población y sus bienes, la infraestructura, el ambiente y la economía pública y privada pueda causarse por la ocurrencia de amenazas de origen natural, socionatural o antrópico no intencional, que se extiende más allá de los espacios privados o actividades particulares de personas y organizaciones...” (Decreto 480 del 2009)

Esta definición tiene una visión más de gestión de riesgos de desastres que ocupacional, por tal motivo, no abarca dinámicas propias de la seguridad y salud en el trabajo. Siguiendo en la búsqueda, se encuentra que la ARL Sura (2018 y s.f) define el riesgo público como factores derivados de circunstancias sociales que generan situaciones de agresión de personas contra personas y/o comunidades. Además, brinda recomendaciones de seguridad relacionadas a la violencia y el tránsito, no obstante, no se encuentra información de este

riesgo con las condiciones particulares del sector salud ni mucho menos en contextos de conflicto armado.

Considerando ahora, para hablar de riesgo público en el personal de salud de la ONG Primera Urgencia Internacional es indispensable tocar el tema del conflicto armado, debido al contexto histórico, político y social del departamento donde desarrollan sus funciones. Para recordar, Colombia ha sido un país históricamente afectado por la violencia y el conflicto armado, se le atribuye la insurgencia más prolongada de América Latina con inicio en los años 60's (Chernick, 1996). A partir de esto, se han generado un sin número de cambios sociales y culturales que ha permitido una apropiación política por grupos armados en diferentes territorios rurales, allí se han creado zonas de control armado y de confrontación armada. Hay que mencionar, que el departamento de Arauca no ha sido la excepción, por más de 3 décadas la presencia de grupos armados como el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo (FARC-EP) han superado la capacidad de la fuerza pública, aumentando su poder militar debido a las extorsiones a la industria petrolera y el control de actividades de contrabando por ser un territorio fronterizo con Venezuela. La mayoría de las acciones de las guerrillas se desarrollan en los municipios de Arauquita, Saravena y Tame, municipios donde también hace presencia la ONG con servicios de atención primaria en salud, psicología y salud sexual y reproductiva. A nivel humanitario, se ha evidenciado una disminución en homicidios y desplazamientos. Sin embargo, los secuestros han aumentado posicionando al departamento como el tercero a nivel nacional con mayor presencia de este delito (FIP, USAID y OIM, 2014).

En relación con lo anterior, el Instituto Nacional de Salud y el Observatorio Nacional de salud en su informe sobre las consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia

(2017) describen como manifestación directa los ataques a la misión médica, que incluyen asesinatos a personal de salud, amenazas, secuestro, ataques a infraestructura, ataques a transporte sanitario, entre otros. Al mismo tiempo, realizan un análisis de la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el 2015 donde evidencian que la población víctima del conflicto armado presenta mayor prevalencia en trastornos de ansiedad, sentimientos de infelicidad y son más frecuentemente afectados por otros tipos de violencia como la física, la delincuencia común y el maltrato intrafamiliar. En conclusión, se asoció la exposición directa o indirecta con formas de violencia o trauma con una mayor probabilidad de desarrollar cualquier trastorno mental. A pesar de su notable importancia, no todo el riesgo público se deriva del conflicto armado, pero cabe aclarar que en estas zonas las dinámicas de poder y control son de vital importancia analizarlas para adaptar las condiciones del trabajo.

Otro punto importante que puede afectar la salud mental en los trabajadores sanitarios se deriva de la actual pandemia por Covid-19, en una entrevista realizada por Lorena Munar del periódico El Tiempo al médico especialista José Antonio Bastos (2020), actual coordinador del programa de salud del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) en Colombia, afirma que se han aumentado los casos de agresiones a la misión médica y al personal de salud, evidenciados en bloqueos de la circulación de ambulancias, pacientes e insumos médicos a causa de una mala interpretación del contagio, no solo el impedimento de las acciones, sino también, la estigmatización al personal de la salud y la violación de la confidencialidad han aportado en el incremento alarmante del número de agresiones y amenazas.

Todas estas observaciones anteriores confirman que existe un vacío teórico en el tema de riesgo público enfocado al personal de la salud; paradójicamente en un país donde no es nuevo las agresiones a la misión médica, no se encuentra con facilidad estrategias para

prevenir e intervenir este tipo de riesgo con la población sanitaria. En vista de esta falencia, se hace necesario realizar investigaciones que favorezcan la implementación de medidas preventivas y correctivas en los sistemas de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) en empresas del sector salud, que seguramente ayudará en la adaptación de entornos laborales seguros focalizados en la disminución del desarrollo de enfermedades, incapacidades y renuncias sistemáticas mejorando significativamente la prestación del servicio a la comunidad.

Formulación del Problema

¿Qué afectaciones en la salud mental se pueden derivar del riesgo público en el personal de la ONG Primera Urgencia Internacional?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Diseñar un plan de intervención enfocado a factores de riesgo público que afectan la salud mental del personal sanitario de la ONG Primera Urgencia Internacional como complemento al sistema general de seguridad y salud en el trabajo.

Objetivos Específicos:

Evaluar la percepción del riesgo público en la ONG Primera Urgencia Internacional y su afectación en la salud mental.

Evaluar el conocimiento y adopción de las recomendaciones del Manual de Misión Médica en el personal de la salud de la ONG Primera Urgencia Internacional.

Definir estrategias de prevención que disminuyan las afectaciones en salud mental de

los trabajadores de la ONG Primera Urgencia Internacional.

Justificación y delimitación

Justificación

El sector salud es constantemente afectado por diversos riesgos que amenazan la integridad física y mental del personal sanitario, desde peligros biológicos, ergonómicos, químicos hasta psicosociales y de violencia laboral. Siendo este último, un reto por su tendencia al incremento y sus factores no controlables que ponen en jaque a los programas de salud ocupacional en el desarrollo de estrategias de prevención y control (González, 2017).

En este sentido, las acciones de violencia por parte de pacientes, familiares y acompañantes en contra del personal sanitario, se ha convertido en tema de preocupación e interés internacional debido a su aumento en los casos de agresión y las afectaciones en las esferas de la economía, la salud y los derechos humanos (Canteras, Cervantes & Blanch, 2008).

A nivel internacional la OIT, el CIE y la OMS en el 2002 realizan un documento relacionado con la violencia laboral enfocado al sector salud, brindando directrices para la identificación de los riesgos y las modalidades de intervención, aclaran que son recomendaciones generales y que es responsabilidad de los empleadores, trabajadores, órganos profesionales, administraciones y comunidad en general trabajar en conjunto para construir entornos seguros para la prestación de servicios de salud. Este, ha sido un documento que ha servido como base para diversas investigaciones alrededor del mundo, pero ya han pasado 18 años y no se ha actualizado información con respecto al tema. Es necesario recalcar, que las

dinámicas de violencia evolucionan y cambian con el tiempo, un ejemplo de ello son las agresiones que ha tenido el personal de salud con el contexto de la pandemia por Covid-19, se ha evidenciado que son víctimas de agresiones, discriminación y amenazas (Munar, 2020).

A nivel nacional, se observa un vacío legal con relación al riesgo público, pues según Gómez, Villa & Dussan en el 2018 no existía una normatividad que describiera este tipo de riesgo enfocada a la seguridad y salud en el trabajo, y lamentablemente a la fecha sigue igual. Por otro lado, no existen instrumentos validados en Colombia para medir el riesgo público o la violencia laboral externa como es conocida en otros países (Díaz, Mauro, Villaroel, Toro & Campos, 2018), solo existe la batería de riesgo psicosocial que dentro de su aplicación considera factores extralaborales divididos en 7 dimensiones: características de la vivienda y de su entorno, comunicación y relaciones interpersonales, desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda, influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo, relaciones familiares, situación económica del grupo familiar y tiempo fuera del trabajo (Romero, Beleño, Ucros, Echavarría & Lasprilla, 2016). Es curioso pensar que en un país tan afectado por dinámicas de violencia aún no se tenga una normatividad y un instrumento validado para darle manejo al riesgo público.

Es por esto que este proyecto de investigación tiene como fin identificar la percepción del riesgo público en la ONG Primera Urgencia Internacional y mirar su relación con las afectaciones en salud mental de su personal sanitario. De este modo, es relevante debido a que procura en un primer momento identificar cuáles son las condiciones actuales de trabajo en relación a la violencia laboral externa con el personal de salud que labora al interior de un departamento con dinámicas de conflicto armado muy naturalizadas, violencia aprendida y poca presencia estatal. Así mismo, a lo largo del proceso investigativo se espera

construir un plan que facilite su identificación y contemple estrategias para la prevención, intervención y control de este riesgo.

Para la Escuela Colombiana de Carreras Industriales – ECCI, y particularmente para la especialización en seguridad y salud en el trabajo de la Facultad de Salud sirve como instrumento de indagación, puesto que aporta al enriquecimiento del conocimiento y producción intelectual que dan soluciones a problemáticas en el contexto laboral. La inserción a ejes temáticos como objeto de estudio generan un aporte al avance y creación de ideas, reforzando estrategias para motivar a los estudiantes universitarios.

Igualmente, los autores del presente trabajo, próximos a ser especialistas en seguridad y salud en el trabajo, adquieren competencias investigativas necesarias que aportan al crecimiento académico, profesional y laboral; donde la investigación posibilita un desempeño idóneo y competitivo, se comprende de manera acertada e integra la teoría y la práctica en búsqueda de nuevas opciones en el desarrollo de su ejercicio.

Delimitación de la investigación

Este estudio se realizará con el personal sanitario (médicos, enfermeros jefes, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y conductores) de la ONG Primera Urgencia Internacional que prestan servicios de salud en los municipios de Arauquita, Tame y Saravena del departamento de Arauca, de manera que permita identificar las afectaciones en salud mental asociado con el riesgo público. Se espera que se puedan abrir las puertas a plantear soluciones que permitan mejorar las condiciones de trabajo con dicha población, contribuyendo a que se preste un mejor servicio de salud a las comunidades y a establecer

espacios de trabajo más seguros. El proceso investigativo se llevará a cabo durante los dos semestres académicos del posgrado, con el fin de optar al título de especialistas en gerencia de seguridad y salud en el trabajo.

Limitaciones

Durante la investigación de esta problemática nos podemos encontrar con la dificultad de poder realizar la medición del riesgo público ya que actualmente no existe un instrumento validado en Colombia para cuantificar este riesgo, como solución se pretende diseñar una encuesta tipo Likert (Baeza, Tort, Romá & Benito, 2001) que se validará a través de unos expertos para su aplicación.

Dentro del marco legal no hay una normativa a nivel nacional, departamental o local que lo describa y especifique la manera de medirlo, tratarlo o estudiarlo, esto dificulta realizar análisis, planes de prevención y control del riesgo público enfocado a la seguridad y salud en el trabajo.

Marco Referencial de la Investigación

Estado del Arte

Se realizó una búsqueda a través de diversas bases de datos reconocidas en el campo de las ciencias sociales y de la salud, de documentos electrónicos, repositorios de universidades y libros que permiten conocer el estado del arte de la violencia laboral externa o riesgo público a nivel internacional y nacional.

Es importante aclarar que el concepto de riesgo público, como se entiende en Colombia, se asocia más a nivel internacional con el concepto de violencia laboral externa,

tema que se ha venido estudiando con mayor fuerza desde la publicación de las directrices macro para afrontar la violencia laboral en el sector salud de la OIT, CIE y la OMS en el 2002, en el cual informan que el 25% de toda la violencia laboral se desarrolla en el sector salud. Por lo consiguiente, Mayhew y Chappell (2007), Wieclaw et al. (2006) y Barling (1996) como se citaron en Bowman et al. (2009) coinciden que estar expuesto a violencia en el trabajo tiene efectos psicológicos directos en los empleados, que incluye: estrés, ansiedad, depresión, estados de ánimo negativos, somatizaciones y desarrollo de estrés postraumático. En lo anterior, se relaciona la violencia laboral con afectaciones en salud mental desde un enfoque patológico. Además, la conclusión del estudio realizado por Bowman et al. (2009) en dos comunidades en Sudáfrica muestra la necesidad de comprender el fenómeno de violencia laboral con la importancia necesaria, debido a que los efectos no se quedan solo en los individuos y organizaciones, sino que trascienden a sus familiares y comunidades. Por tal motivo, hacen un llamado a los profesionales en salud mental para que desarrollen estrategias de prevención integral y diseñen modelos sostenibles de intervención para disminuir la afectación en la salud de los trabajadores.

Según Palma, Ansoleaga y Ahumada (2018) en su revisión sistemática, la mayoría de los estudios sobre violencia laboral en el sector de la salud se han hecho sobre violencia laboral externa y en países de Norteamérica y Europa, especialmente en EEUU, Italia y Reino Unido; evidenciando pocos estudios en Latinoamérica. Se identifica también una tendencia a utilizar instrumentos propios, demostrando así el vacío de instrumentos validados para la medición de este fenómeno. Sin embargo, los instrumentos más utilizados son el Negative Acts Questionnaire NAQ-R, la versión italiana de la Forma de Incidentes Violentos y el reporte de incidentes en la base de datos OSHA. Así mismo, informan que las agresiones psicológicas y físicas son las que más se presentan, trayendo consigo consecuencias en la

salud del personal sanitario relacionada con estrés laboral y depresión.

De la misma forma, Ansoleaga, Gómez y Mauro (2016) en una revisión sistemática de violencia laboral en América Latina, refuerzan la idea sobre la escasez de evidencia científica sobre el tema en la región. Se concluye también, que la mayoría de los estudios se han enfocado en violencia psicológica en el sector de la educación y de la salud, con una mayor predominancia en el sector público. Tal es el caso, de una investigación con médicos hospitalarios en el Perú donde se identifica que un 59.6% de los encuestados han presentado alguna vez amenazas relacionadas con su trabajo y que es más probable que se presente en hospitales públicos que privados (Tuya et al., 2016). Por lo anterior, el personal sanitario sigue siendo el colectivo con mayor vulnerabilidad y afectación, ya que su labor es altamente demandante y se enfrentan a cargas emocionales significativas, en especial en el área de enfermería. Sin embargo, es importante considerar que existen muy pocas investigaciones que abordan las dimensiones organizacionales facilitadoras de la violencia laboral, lo que hace difícil analizar las causas de una manera integral.

Según la Norma Técnica Colombiana (GTC 45, 2012) en el anexo A, el riesgo público se incluye en los riesgos relacionados con las condiciones de seguridad, al igual que el riesgo mecánico, eléctrico, locativo, tecnológico, accidentes de tránsito y el trabajo en alturas y espacios confinados, atribuyéndole prácticas de robo, atracos, atentados entre otras acciones del orden público. Para hablar del panorama nacional, citamos nuevamente a Ansoleaga, Gómez y Mauro (2016), ellas identifican que la mayoría de los estudios de violencia laboral en Latinoamérica son realizados en Brasil, seguido muy por debajo de Colombia, aspecto que también retoma Carvajal y Dávila (2013) en el análisis que hacen de las investigaciones en Colombia sobre este tema, en el que refuerzan la falta de estudios relacionados con violencia

laboral, paradójicamente en un país donde el tema de violencia es altamente estudiado. Además, identifican dos líneas de investigación: Las diferentes formas de violencia en las organizaciones y el acoso psicológico en el trabajo, siendo este último un tema con alto crecimiento en el país, un ejemplo de ello, es la validación del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT) realizado por Pando et al. (2013). Por lo anterior, se puede ver como las investigaciones relacionadas a factores de violencia laboral interna siguen teniendo un crecimiento importante, no obstante, la violencia laboral externa continúa siendo un tema poco explorado.

Marco Teórico

Violencia Laboral. Inicialmente es importante reconocer cómo la violencia, como definición individual, implica los procesos donde la interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan o amenazan con hacer un daño o sometimiento grave (psicológico, físico, sexual o de cualquier índole) a un individuo o colectividad; o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o futuras (Cebey & Trotta, 2011).

Un primer acercamiento hacia la conceptualización de esta problemática nos permite considerar lo mencionado por la Organización Internacional del Trabajo (2002) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Internacional de Servicios Públicos dentro de un estudio realizado internacionalmente con la participación del personal de salud al concluir que la violencia en el lugar del trabajo, física o psicológica, es considerado un problema mundial, de cualquier contexto de trabajo y para cualquier grupo de profesionales.

Así mismo, la definición adoptada por estas entidades mencionadas anteriormente y que se permite utilizar a nivel internacional indicada por la Comisión Europea, habla que:

“La violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos los viajes de ida y vuelta a él – que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud.” (Organización Internacional del Trabajo, 2002, p.3).

En este sentido, la violencia laboral se empieza a considerar bajo algunas perspectivas generales: violencia psicológica, de género y/o sexual, que a su vez se presentan de manera externa e interna dentro de los ambientes de trabajo de los colaboradores (Farías, Sánchez, Petiti, Alderete & Acevedo, 2012). Estas ideas generales sobre las cuales se da lugar a la violencia laboral, incluye todos los comportamientos no razonables con los que se perjudica a alguien en el contexto laboral, y así mismo, se clasifica según el foco de análisis: tipo de agresión (física, psicológica y/o sexual) y según el perpetrador (violencia interna, si se trata de un miembro de la organización y externa cuando es un usuario o los acompañantes de éste) (Palma, Ansoleaga & Ahumada, 2018).

La relevancia social de la violencia laboral radica en la tendencia generalizada al alza y las graves consecuencias que tiene a nivel personal y organizacional (OIT, 2002), es por esto que resulta siendo un asunto apreciable de la salud y seguridad en el trabajo. Estas consecuencias que se han considerado a lo largo del proceso del desarrollo de las investigaciones sobre violencia laboral involucran a nivel personal en los colaboradores elementos como aparición de trastornos depresivos, ansiosos, y consecuencias relevantes para la salud mental, estrés laboral, irritabilidad, angustia relacionada con el trabajo, afectividad

negativa y síntomas somáticos, entre muchas otras situaciones; y en el caso de las organizaciones se ve manifestado en aumento de las incapacidades médicas, rotación del personal, disminución de la eficacia laboral, deterioro de las relaciones y aumento del abandono de la profesión (Palma, Ansoleaga & Ahumada, 2018).

Se debe agregar que Chappell y Di Martino (1998) hacen referencia específica a la violencia laboral definiéndola como “cualquier incidente en el cual un trabajador es acosado, amenazado o atacado por un miembro del público (paciente, cliente y/o compañeros de trabajo)” y mencionan situaciones específicas a nivel laboral que propicien expresiones de violencia como por ejemplo, la percepción de una mala calidad de servicios o de mala atención, la no satisfacción de necesidades de un cliente, proveer de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, el abuso o trato injusto, ambientes no aptos para realizar actividades de cuidado, organización inadecuada, personas con escasa capacidad en el cuidado o un clima laboral de estrés. Situaciones como las manifestada anteriormente son el diario vivir del mundo laboral y se evidencia más en aquellos sectores laborales que se están más en contacto con el servicio al cliente por ejemplo el personal sanitario.

Así mismo, el informe *Violence at work* (2006) elaborado por Chappell y Di Martino, destaca que en la Unión Europea un 4 % de los trabajadores fue objeto de violencia psicológica; un 2 % sufrió acoso sexual y un 8 % de ellos fue víctimas de intimidación y hostigamiento. Uno de los aspectos a destacar del estudio son los datos que conectan la precariedad laboral de género, la juventud y sectores especiales en riesgo con la vivencia de situaciones de violencia, destacando el sector salud y el personal sanitario. En esa misma línea, Buriyovich y Pautassi (2005) señalan en su estudio que los trabajadores del sector salud son unos de los grupos más afectado por la violencia en el ámbito laboral ya que se trabaja con

personal que usualmente se encuentra en situaciones críticas y el nivel de estrés laboral es alto lo que incrementa el riesgo a enfrentarse a situaciones de violencia. Las largas esperas para acceder a una consulta, la falta de personal médico, los recursos limitados pueden generar la frustración del paciente y por consiguiente situaciones de violencia.

Violencia Psicológica. Ahora bien, el primer tipo de violencia laboral es psicológico, y que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende como el “uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas” (OIT, 2002, p.4)

Este tipo de abuso se ejerce muchas veces mediante un comportamiento repetido, en donde en muchas ocasiones es casi imperceptible, pero que a lo largo del tiempo termina siendo una forma muy grave de violencia. La violencia psicológica utiliza elementos que promueven en el trabajador efectos devastadores para su salud mental, donde se realiza acoso a través de actos repetidos, indeseados, no aceptados, impuestos y no correspondidos, sin la necesidad de transgredir a un elemento físico o de contacto, se habla de hacerlo a través de comentarios, divulgar ideas sobre el empleado, menospreciar su trabajo o sobrecargar sus funciones, entre muchas otras (Bernaldo, Labrador, Piccini, Gómez & Cerdeira, 2014).

En los últimos años, se han conocido nuevos antecedentes que demuestran las consecuencias y daños resultantes de la violencia no física, este fenómeno se origina cuando una o más personas arremeten contra otro a nivel psicológico y emocional, y como lo mencionan Bernaldo et al. (2014) utiliza expresiones descalificadoras, se liga a patrones de conducta que consisten en omisiones y actos repetitivos en forma de prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de

abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación de la estructura de su personalidad, pues se menosprecia el trabajo realizado, se pide repetir tareas ya realizados, y lo más complejo de esta situación es que la forma de detección o comprobar que está sucediendo se convierte en algo muy complejo de justificar.

Violencia Física. Este tipo de violencia es aquella que utiliza la fuerza física contra una persona o un grupo de personas en un contexto laboral y genera daños físicos; se incluyen en ella palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos, pellizcos, entre otros. (OMS, como se citó en OIT, 2002, p.4). Estas situaciones de violencia laboral son intencionales, repetitivas, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de su contraparte, encaminado hacia su sometimiento y control.

Algunos de los elementos que componen este tipo de violencia comprenden daño a la propiedad o robo, acoso o ataque sexual, acceso físico por parte de los empleadores, compañeros y en la mayoría de los casos usuarios (Bernaldo, Labrador, Piccini, Gómez & Cerdeira, 2014).

Violencia Sexual. Para las organizaciones internacionales este tipo de violencia se comprende dentro de abusos no laborales en su mayoría, pues su manejo legal comprende la participación de entidades judiciales. Sin embargo, la violencia sexual se entiende como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito (Farías, Sánchez, Petiti, Alderete & Acevedo, 2012).

Violencia Interna y Externa. La violencia en el ámbito laboral que establece la Organización Internacional del Trabajo (2002) puede ser ejercida por agresores que trabajan en una determinada institución o por quienes acuden a ella. De este modo, se entiende por violencia interna todo acto llevado a cabo por compañeros de trabajo, independientemente de la jerarquía que ocupen en el lugar de trabajo (subordinado, igual rango o superiores), y por violencia externa la que es cometida por personas ajenas al trabajo (clientes, usuarios, pacientes, acompañantes y/o familiares) (OIT, 2002).

Inicialmente, la violencia interna en el lugar de trabajo es aquella que tiene lugar entre los colaboradores y empleados, esto incluye a los mandos y directivo; está compuesta por violencia física, acoso sexual y psicológico, y cubre también otras conductas de violencia diferenciadas de estas (Bernat, Capapé & Caso, 2011). Esta conducta laboral debe ser considerada como un riesgo psicosocial, y que como se ha mencionado hasta este punto, supone un peligro importante para la salud y seguridad de los servidores, además, tiene repercusiones organizacionales a través de costes directos e indirectos.

De este modo se debe considerar la violencia interna bajo el foco de riesgo laboral, y como lo mencionan Castillo y Cubillos (2012), este tipo de situaciones suponen un abordaje

que ha de incluir la aplicación de principios de acción preventiva, que permiten adoptar estrategias de actuación dirigidas a la prevención del fenómeno dentro de los ambientes laborales. Las principales organizaciones a nivel mundial y nacional proponen la implementación de una política de prevención de la violencia en el lugar de trabajo (Castillo & Cubillos, 2012).

Las principales premisas dentro de las políticas preventivas de violencia interna abordan algunos elementos básicos y fundamentales (Bernat, Capapé & Caso, 2011):

- La evaluación de riesgos psicosociales.
- La política de buenas prácticas.
- Los procedimientos de gestión de conflictos y acoso psicológico en el trabajo.
- Las estrategias de comunicación organizacional y las acciones formativas.

Para conseguir auténtica efectividad, las políticas de prevención de la violencia interna deben incorporarse al Sistema de Gestión de la Prevención de la organización, que a su vez, estará integrado en todos los sistemas de gestión restantes de la empresa.

Por otro lado, si bien los agentes instigadores o agresores de violencia pueden encontrarse al interior de las organizaciones, muchas de las situaciones que afectan a los empleados pueden presentarse en el contexto externo, es decir, los trabajadores están sometidos a riesgos que pueden afectar su seguridad y salud y que tienen un origen externo a la empresa, organización o institución (Rodríguez, Maestre & Borda, 2011). Se trata de aquella violencia cuya actuación es definida como la que se ejerce contra un trabajador por terceras personas, esto es, por personas sin relación profesional directa con la víctima, en el lugar de trabajo (Rodríguez, Maestre & Borda, 2011).

Este tipo de violencia puede ser a la vez de dos tipos: primero, violencia tipo I, que consiste en que las personas que realizan la agresión no tienen ningún tipo de vínculo con la compañía, y segundo, la violencia tipo II que se caracteriza porque en estos casos existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto y la actividad profesional del trabajador (Rodríguez, Maestre & Borda, 2011).

Así mismo, las compañías deben establecer dentro de sus planes de prevención frente a violencia externa algunas consideraciones importantes como lo mencionan Rodríguez, Maestre y Borda (2011):

- Prevención de potenciales situaciones de violencia externa.
- Actuación ante situaciones de violencia externa.
- Asesoramiento y apoyo al trabajador.
- Reforzar las garantías en la prestación de los servicios realizados.
- Reforzar la seguridad para la prevención secundaria de las agresiones.
- Impulsar la formación de los trabajadores en el manejo de situaciones de violencia externa.

Por otro lado, Chappell y Di Martino manifiestan la diferencia entre violencia interna y externa definen la violencia interna como todo acto llevado a cabo por compañeros de trabajo, independientemente de la jerarquía que ocupen en el lugar de trabajo, y por violencia externa la que es cometida por personas ajenas al trabajo como los clientes, usuarios, pacientes, acompañantes y/o familiares.

Instrumentos para Medir Violencia Laboral. La violencia laboral ha sido un tema de interés mundial que crece con los años y sobrepasa las barreras económicas y sociales en cada país. Particularmente para el área de la salud, se han creado diferentes cuestionarios (ver

tabla 2) observando la inclusión de variables cuantitativas y cualitativas para su aplicación y análisis. Por otro lado, no se pudo identificar la predominancia de algún instrumento en espacial a nivel mundial, pero sí se logró notar algunas técnicas en común para la recolección de información como la realización de grupos focales y la validación de los instrumentos por panel de expertos. Se debe agregar también, que en el sector salud los servicios de urgencias, atención prehospitalaria y ambulancia han sido los más evaluados.

Tabla 1

Instrumentos para evaluar violencia laboral

Autores	País	Población	Comentarios
OIT, CIE y OMS, 2003	Suiza	Personal sanitario	El cuestionario Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – Questionnaire evalúa dos tipos de violencia laboral: la física y la psicológica. En la primera, incluye actos relacionados con asaltos y ataques, mientras que en la segunda incluye situaciones de abuso verbal, intimidación (mobbing), acoso sexual, racial y amenazas.
Magin, Adams, Sibbritt, Joy e Ireland, 2005.	Australia	Personal sanitario que labora en el área de medicina general en divisiones urbanas.	Clasifica la violencia en niveles; alto para los casos de abuso físico y acoso sexual y bajo para los casos de abuso verbal, robos, amenazas y calumnias.
Martínez-Jarreta, Gascón, Santed y Goicoechea, 2007	España	Personal sanitario, directivos y celadores que laboran en instituciones de	Este cuestionario mide la violencia laboral tipo II, clasificada por la OSHA como aquella ejercida por clientes, usuarios, pacientes, alumnos, etc.

salud en áreas urbanas y rurales			
Hassan, Amein y Ahmed, 2010.	Egipto	Enfermeras	Se construyó un cuestionario con 4 dominios principales: datos sociodemográficos, experiencia laboral con agresiones, agresión externa con efectos en el trabajo y consecuencias emocionales y agresión interna y las consecuencias en el trabajo. También, valora la frecuencia de las agresiones y tiene en cuenta la actitud de las enfermeras y perpetradores.
Petzäll, Tällberg, Lundin y Suserud, 2011.	Suecia	Enfermeros y paramédicos de servicios prehospitalarios	Se construyó un cuestionario de 44 ítems validado por panel de expertos, con el fin de indagar por experiencias de amenazas y violencia.
Joa y Morken, 2012	Noruega	Personal sanitario de atención primaria.	Este cuestionario se dividió en 4 dominios: abuso físico, abuso verbal, acoso sexual y amenazas. Se diseñó con base al cuestionario de Magin, Adams, Sibbritt, Joy e Ireland (2005).
Bernaldo, Cerdeira, Gómez, Piccini, Crespo y Labrador, 2014	España	Personal sanitario que labora en servicios extrahospitalarios.	Este cuestionario se construyó con base al de Martínez-Jarreta, Gascón, Santed y Goicoechea, (2007), profundiza en la frecuencia, la naturaleza y variables relacionadas a las agresiones.

Díaz, Mauro, Villarroel, Toro y Campos, 2018.	Chile	Trabajadores de 4 sectores: comercio, salud, educación y administración pública.	Se construyó y validó un instrumento de 14 reactivos para medir violencia laboral externa, cuantificando la presencia y la intensidad. Además, incluye el cuestionario de percepción general de salud GHQ-12.
Tian, Yue, Wang, Luo, Li y Zhuo, 2020	China	Enfermeros y médicos	El instrumento que utilizaron fue la Escala de Violencia Laboral desarrollada por la OIT, CIE y OMS (2003) que consta de 2 dimensiones: violencia física y violencia psicológica, tomaron 9 ítems para medir la frecuencia de exposición a este tipo de violencia. Se realizó el rastreo en el documento original y no se halló la escala, se halla en otro diferente.

Fuente: elaboración propia.

Violencia Laboral en el Sector de la Salud. Según Rodríguez y Paravic (2013), la violencia en el lugar de trabajo afecta especialmente a los trabajadores de la salud, con indicadores donde el 25% de todos los incidentes violentos se registran en este sector (estudio realizado por la OIT, 2002). Las evidencias demuestran que los hospitales psiquiátricos, los hogares de ancianos, las salas de emergencias y la atención prehospitalaria, son los principales servicios donde se generan la mayoría de actos violentos (OIT, 2002).

Ahora bien, como propio de la violencia laboral en el sector salud que permite indagar en el objeto de la presente investigación debe ser entendido donde el ámbito sanitario

ha experimentado un crecimiento exponencial en los últimos años (Farías, Sánchez, Petiti, Alderete & Acevedo, 2012). En general, se conocen tasas elevadas de violencia física y verbal, sin embargo, se observan mayores diferencias en las variables asociadas a la agresión, como las características de los profesionales agredidos, causas y lugar de la agresión, probablemente unidas a la organización del sistema sanitario de cada país (Farías, Sánchez, Petiti, Alderete & Acevedo, 2012).

Entonces, luego de explorar las múltiples definiciones y conceptos asociados a violencia laboral, el sector salud ubica estas consideraciones en la forma de desarrollo de sus actividades. Si bien cualquier profesional que trabaje en un centro sanitario puede ser objeto de violencia, múltiples estudios señalan que en urgencias y emergencias se desencadenan con mayor frecuencia agresiones verbales y físicas por parte de los usuarios y/o acompañantes (Farías, Sánchez, Petiti, Alderete y Acevedo (2012).

En esta área de atención, Bernaldo, Labrador, Piccini, Gómez y Cerdeira. (2014), recomiendan algunos elementos fundamentales en el sentido de prevención:

- Priorizar la formación especializada de los profesionales que trabajan en servicios de emergencia.
- Programas de prevención dirigidos al entrenamiento en habilidades de comunicación con los pacientes y/o acompañantes, la identificación de situaciones de riesgo y la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adecuadas y medidas de seguridad.
- La atención psicológica de los profesionales que ya han sufrido alguna agresión.

También, Farías, Sánchez, Petiti, Alderete, Acevedo realizaron un estudio en 2009 en Córdoba, Argentina titulado Reconocimiento de la Violencia Laboral en el Sector Salud cuyo objetivo era determinar si se presentan situaciones de violencia hacia los trabajadores del sector salud en el cual lograron evidenciar que el 62,9 % de los encuestados trabajadores de entidades de salud pública y privada en Córdoba, Argentina reconoce la presencia de situaciones de violencia en su lugar de trabajo. Identificaron entre los agentes agresores los familiares (83,9 %) y los pacientes (73,6 %). Los gritos (65,1 %) e insultos (55,1 %) fueron las formas de manifestación más frecuentes.

Hay que mencionar además que los hospitales son lugares en los que convergen e interactúan distintos roles entre profesionales de la salud, técnicos estudiantes, pacientes, familiares los cuales pueden generar conductas o actitudes que podrían o no ser generadores de violencia. Burgos, Paravic (2003) en su investigación de la percepción de violencia desde el punto de vista de los pacientes manifiestan que los receptores del servicio de salud pueden sentirse violentados cuando se vulneran sus derechos, y es allí cuando el papel que juegan los profesionales de la salud (enfermeros, médicos, etc.) se vuelve trascendental para generar un ambiente laboral libre de violencia en la atención humanizada al paciente (Paredes, Paravic, 2006).

Violencia Laboral en Sector Salud en Colombia. Según Luna-García, Urrego, Gutiérrez, Martínez (2015) realizan una investigación sobre la violencia laboral en el sector público de salud en Bogotá, entre el 2011 y el 2012 desde el punto de vista de los trabajadores los cuales manifestaron como la estructura actual del sistema de salud colombiano de acuerdo a la Ley 100 de 1993 implicó la reestructuración de hospitales y el ingreso de las empresas promotoras de salud (EPS) como intermediarias, lo que ha generado un impacto negativo en

sus formas de contratación (contratos por prestación de servicios e intermediación de empresas temporales) y condiciones de trabajo; lo cual ha sido percibido por los trabajadores como una violación a su derecho a un trabajo digno, este tipo de violencia la define el autor Johan Galtung (1990) como violencia estructural originada por la injusticia y la desigualdad como consecuencia de la propia estructura social.

Por otra parte, el Ministerio de Protección Social en Colombia, realizó un estudio en 2004 en las ciudades de Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cali, en 4 sectores (transporte, financiero, salud y vigilancia privada) que contribuyó en el estudio de las diversas formas y diferentes consecuencias que genera la violencia en el trabajo en Colombia, con una perspectiva de la violencia laboral abordada como un asunto de la Salud Ocupacional. Para el sector salud se presentaron unas prevalencias de 0,4% para agresiones físicas, 2,1% para agresiones sexuales y 19,7% para el acoso psicológico. (Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) y Universidad de Antioquia (UdeA), 2004).

El siguiente aspecto trata de un estudio realizado en el segundo semestre de 2014 por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas en Bogotá en el cual se realizó una encuesta al personal que labora en el servicio de urgencia de 56 IPS privadas, públicas y mixtas de Bogotá, Colombia y que han sido víctima de violencia en cualquiera de sus manifestaciones; los resultados de esta investigación arrojaron que un 98.7% del personal encuestado señalaron que habían sido objeto de violencia verbal, mientras un 27.0% de violencia física y un 1.6% de violencia sexual. La principal causa de la agresión fueron los tiempos de espera 62.1%, seguido de un desacuerdo con el triage realizado con un 34.3% y limitar el número de acompañantes 30.3%. En relación a los agresores, se identifican que el 56,3% son

acompañantes o familiar directo del paciente y el 39.7% es el mismo paciente (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2015)

En conclusión, se ha evidenciado por las investigaciones anteriormente citadas, que el fenómeno de violencia laboral externa se desarrolla en el sector de la salud en Colombia, que no es algo nuevo, pero es poco estudiado. Además, incluyen los accidentes de tránsito en el riesgo público como es denominado en el país.

Concepto de Salud Mental. La salud mental es aún un concepto muy parcializado según la perspectiva con que se tome, lo que posibilita que sea borroso y ambiguo (Hernández, 2020). En la actualidad, el concepto más aceptado es el que ofrece la OMS, donde relaciona la salud mental con un estado de bienestar que posibilita a la persona afrontar situaciones tensionantes de la vida, trabajar, producir y aportar a su comunidad. En una investigación realizada por la autora mencionada anteriormente, se definen 5 perspectivas de salud mental:

Biomédica y conductual. La salud mental en esta perspectiva se centra en lo normal y lo patológico, lo que es funcional y disfuncional. Es criticada por su visión patologizante y enfoque individual.

Bienestar y potencialidades. Con esta perspectiva el concepto se centra más en una salud mental positiva que abarca términos de bienestar y resiliencia, se refleja en la autorrealización, sentimientos de control del entorno, potencialidades y capacidad de autonomía. Es criticada por su visión funcionalista e individual.

Cultural. Esta perspectiva incluye sistemas de signos, significados y prácticas para comprender los procesos de salud-enfermedad en relación a los contextos económicos, históricos, políticos y sociales, es decir, la salud es una construcción simbólica y colectiva.

Psicosocial. La salud mental en esta perspectiva se basa en las relaciones sociales, relación individuo-sociedad y la despatologización del sufrimiento, busca disminuir el sufrimiento emocional, la satisfacción de las necesidades básicas, la reconstrucción de redes sociales y la participación ciudadana.

Determinación social. Esta perspectiva tiene una mirada de la salud mental como una producción social que se afecta por causas estructuradas, desde la medicina social se busca empoderar al sujeto en su vida relacional colectiva y en la comprensión de los procesos de enfermedad-salud para convertirlos en protagonistas de su propia transformación.

Lo anterior, refuerza la idea que la salud mental es un concepto integrador que va más allá de la enfermedad, que no es algo meramente individual y que abarca aspectos de bienestar, relaciones sociales, subjetividad, significados culturales y emocionalidad.

Afectaciones en salud mental en el personal sanitario. Podemos entender que la salud mental es un estado de bienestar por el cual las personas reconocen sus habilidades y son capaces de enfrentar el estrés normal del diario vivir, es por ello que el estrés puede ser cualquier cosa que exija una respuesta inmediata del cuerpo de la persona frente a cualquier demanda (Organización Mundial de la Salud (OMS 2006, Selye H. 1974). Del personal médico en general, los enfermeros son los que mayor riesgo tienen a presentar afectaciones en la salud mental debido al estar la mayor parte del día expuestos a situaciones que puedan generar alteraciones (Muñoz, Díaz, Gómez, Villarroel, 2015), se pueden implementar estrategias para prevenir y fomentar el autocuidado con el propósito de restablecer su salud y así prevenir enfermedades, como el aplicar un control y evaluación de la gestión del riesgo.

Se ha demostrado que los enfermeros han estado sometidos a situaciones de estrés que son propias del quehacer diario ya que el cuidar a una persona demanda una condición física y psicológica adecuada para brindar ayuda, con el tiempo el cuidar o atender a una persona ha evolucionado ya que no es solo velar por la salud del paciente sino el ayudar a superar y actuar por sí misma con el fin de superar la enfermedad (Muñoz, Díaz, Gómez, Villarroel, 2015).

De otra manera, el estrés que maneja el personal médico lo pueden desarrollar a un máximo nivel en el área de unidades de terapias intensivas, debido a que se encuentran en contacto con el sufrimiento, dolor, desespero, irritabilidad y otras reacciones que puedan presentar los usuarios dependiendo de la situación, ya que al estar hospitalizados genera un estado de temor, estas situaciones se incrementan en la unidades de cuidados intensivos (UCI), debido a que la muerte y el dolor son característicos de esta zona y el personal sanitario se ve enfrentado a cambios más rápidos y debe estar listo para los nuevos avances científicos y técnicos, es por esto que presentan un grado de estrés porque se enfrentan a situaciones como conflictos entre compañeros, sobrecarga laboral y contacto cercano con el dolor y la muerte de pacientes (Muñoz, Díaz, Gómez, Villarroel, 2015).

Una investigación realizada en la ciudad de Antofagasta, Chile en el 2012 (Muñoz, Díaz, Gómez, Villarroel, 2015) la cual busca determinar el impacto de la salud mental en el personal de enfermería que tienen situaciones estresantes en centros asistenciales de mediana y alta complejidad, públicos y privados, para la medición utilizaron las siguiente variables: Presencia de situaciones estresantes, edad, estado civil, género, antigüedad en el servicio que labora, servicio en el que labora, turno en el que labora, los resultados arrojados sobre la muestra de 70 enfermeros, para un total de 34 situaciones estresantes, el 48.5% del personal médico presentan agentes estresores que se relacionan con los diferentes ambientes laborales,

los de mayor frecuencia fueron: Observar el sufrimiento de un paciente, realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas para los pacientes, tener que realizar muchas tareas no relacionadas con la enfermería como tareas administrativas, personal insuficiente para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad.

De lo anterior, se puede concluir que es una gran responsabilidad la que tiene el personal médico al velar por la salud de los pacientes, el estar en contacto con el sufrimiento, el dolor, el desespero y la irritabilidad, pueden desencadenar situaciones de estrés que afectan directamente el componente psicológico de los profesionales generando experiencias dolorosas y eventos de intensa carga emocional

Prevención y Control de la Violencia Laboral Externa. Dentro de los elementos fundamentales de la presente investigación se considera apropiado realizar un recuento de las estrategias propuestas por las instituciones internacionales y nacionales para la prevención y control de la violencia laboral externa (riesgo público).

Iniciando por la reunión sostenida por expertos para elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el trabajo en el sector de los servicios organizado en Ginebra, Suiza en el año 2003 por la Organización Internacional del Trabajo trajo como conclusiones una intervención por parte de los gobiernos (investigación, pautas de orientación, legislación, recursos financieros y colaboración regional), empleadores (reducción y gestión de los riesgos, acuerdos de ámbito nacional, sectorial, de la empresa o del lugar de trabajo, políticas de personal y procedimientos disciplinarios y de reclamación) y trabajadores (cooperar con los trabajadores en los comités de seguridad y salud, cooperar con los empleadores en la elaboración de estrategias de evaluación de los riesgos y políticas de prevención adecuadas, colaborar con los empleadores en la formulación y aplicación de

políticas de prevención de la violencia en el lugar de trabajo, entre otras). Todo lo anterior, con miras en la creación de propuestas particulares para cada contexto laboral y cultural que promuevan la adecuada generación de seguridad en el curso del trabajo.

Por otro lado, en la Ciudad de Santiago de Chile, Díaz, Mauro, Villarroel, Toro y Campos. (2018) elaboraron y validaron un instrumento para medir y caracterizar violencia externa, factores de riesgo y efectos en salud mental en trabajadores de la salud, educación, retail y administración pública, encontrando que se obtienen 7 factores referidos a violencia física, no física y a causas vinculadas al lugar de trabajo, los usuarios y los trabajadores. Donde desarrollaron un modelo de trabajo que mide la violencia presentada en estos colaboradores y de esta manera permite la creación de planes de trabajo para la minimización de los impactos con medios como: la implementación y capacitación de un plan de contingencia, previniendo atracos al personal, incentivar a todos los colaboradores en la participación y concientización de la implementación del plan de contingencias iniciando desde la dirección, diseñar una política para controlar el riesgo público y direccionando a los colaboradores a que deban tener en cada puesto de trabajo, de forma visible y permanente, un listado de los números telefónicos de las entidades de apoyo.

Por su parte, en Colombia, la compañía de Seguros y ARL Positiva, desarrollo en el año 2016 para Secretaría Distrital de Integración Social de la capital, una plan de asistencia técnica en el diseño y seguimiento de medidas para el control del riesgo público donde presentó como medidas una por parte de todos los implicados una actitud preventiva, evitar la rutina, detección de vigilancia (seguridad física), cuidados en los desplazamientos, autocuidado, entre muchas otras, que concluía con la mejora en los aspectos concernientes al autocuidado brindando conocimientos básicos de seguridad en los servidores, frente al riesgo

público con el propósito de prevenir incidentes y accidentes, tanto laborales como extralaborales.

En Medellín, la compañía Sura (ARL, 2020) conformo algunos de los elementos de seguridad de mayor difusión en las compañías de esta ciudad al determinar que las investigaciones de eventos de violencia, indican que las compañías regionales deben trabajar más en los controles de comunicación que tienen con el personal que se está desempeñando por fuera de las instalaciones de la compañía, por ejemplo: Establecer unos tiempos mínimos de reporte y comunicación favorece la toma decisiones a tiempo para el rediseño de una ruta más segura, el envío de personal de apoyo o la cancelación de una visita comercial, entre muchas más situaciones. Una pregunta que recurrentemente se queda sin respuesta en investigación de eventos mortales es: ¿Cuándo fue la última vez que tuvo comunicación con el empleado?

De la misma manera, las empresas deben avanzar en el reconocimiento de las situaciones particulares de violencia que se presentan en los sitios de residencia del personal, buscando ofrecerles una protección más integral desde sus alcances administrativos, por ejemplo:

Ajustar los turnos del personal que habita en barrios donde existan “fronteras invisibles” o “toques de queda” ilegales después de determinadas horas del día.

En materia de riesgo público, ubicarse, pensar y actuar un paso antes de los factores desencadenantes de eventos mortales, es un paso inamovible que se debe dar desde la gestión administrativa de la salud y la seguridad laboral y extralaboral.

Marco Normativo

Normatividad Internacional. El riesgo público a nivel mundial es estudiado dentro de la violencia laboral, que comprende actos de acoso, amenazas, ataques y abusos en circunstancias relacionadas con el trabajo; puntualmente con la violencia laboral externa, en la que participan actores como clientes, usuarios, pacientes o personas que no tienen vínculo con la actividad laboral en contra de los trabajadores. Lo anterior, es considerado como riesgo laboral por su gran potencial de daño físico, psicológico y económico que causa en el talento humano y las organizaciones (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), sf), para hacer frente a este riesgo; que con los años ha obtenido mayor importancia, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2002) crea una guía desde un enfoque preventivo, en la que brinda información relacionada con medidas prácticas para combatir el estrés derivado de la violencia, allí referencia la directiva del consejo 89/391 de la Comisión Europea en la que responsabiliza a los empleadores de la seguridad y salud de sus trabajadores siendo veedores de las condiciones laborales para evitar daños, incluyendo la violencia laboral.

El enfoque europeo no se diferencia mucho con lo que propone la Occupational Safety and Health Administration [OSHA] (2002) en Estado Unidos, que además de lo que anteriormente se mencionó, le dan fuerza a la formación de empleadores y trabajadores para que identifiquen factores de riesgo y sepan cómo actuar en situaciones de conflicto, amenazas o agresión. Por otro lado, invitan a reportar cualquier caso relacionado con violencia laboral, realizar seguimientos y socializar las rutas de atención en salud física y mental a todo el personal.

En esta misma línea, la OIT, el CIE y la OMS (2003) publican las directrices para combatir la violencia laboral en los servicios sanitarios caracterizadas por proponer la creación de políticas y planes nacionales autonómicos que respondan al contexto local sobre seguridad y salud, revisar el derecho laboral e introducir legislación específica cuando sea necesario, coordinar esfuerzos con las distintas partes implicadas con el objetivo de reducir o suprimir la violencia en el trabajo con la construcción de políticas laborales y la realización de estudios estadísticos para identificar causas y consecuencias, continuar con las campañas en la concientización del riesgo entre otras medidas de participación y formación.

También, Rodríguez, Maestre y Borda (2011) realizan una búsqueda de la normativa internacional y protocolos de actuación en casos de violencia laboral, particularmente de origen español, encontrando que los convenios y legislación existentes a la fecha proponen que los empleadores garanticen las condiciones seguras de trabajo, velando por la dignidad, respeto e igualdad para sus empleados y así promover una salud laboral integral. Además, incluye leyes enfocadas al personal sanitario que buscan generar garantías en respeto por la profesión, atención y tratamiento posteriores a conflictos o agresiones y condiciones inseguras de trabajo; de las cuales se pueden destacar: el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 de Madrid, España el cual manifiesta que un medio ambiente seguro y saludable facilita un estado de salud físico y mental óptimo en relación con el trabajo, y contribuye a prevenir la violencia en el lugar de trabajo.

De igual manera, el Ministerio de Justicia e Interior podrá ordenar, conforme a lo que se disponga reglamentariamente, la adopción de medidas de seguridad necesarias en establecimientos e instalaciones industriales, comerciales y de servicios, para prevenir la

comisión de actos delictivos que puedan cometer contra ellos, cuando generen riesgos directos para terceros o sean especialmente vulnerables. (Ley Orgánica 1era, 1992, pp 10)

A partir de esta ley en este mismo año; 1992, se proclama la ley 23 de seguridad privada, el Reglamento de Seguridad privada aprobado en el Real Decreto 2364 de 1994 y la orden 23 de 1997 en donde se definen aspectos en materia de seguridad ciudadana.

Para el 2004 la Consejería de Sanidad de la comunidad de Madrid reconoce el progresivo incremento de agresiones a los profesionales sanitarios por lo que emite la orden 212/2004 en la que se establecen parámetros para la elaboración de planes de prevención y atención frente a posibles situaciones conflictivas a los ciudadanos. La cual se modifica con la Orden 683 de 2006 se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de Planes de Prevención y Atención frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias y crea la Comisión Central de Seguimiento.

En conclusión, a nivel internacional se puede evidenciar la importancia que ha adquirido el tema de la violencia laboral y que se hace imprescindible la creación no sólo de normas, protocolos o modelos de atención para hacerle frente a este flagelo que, aunque siempre ha estado, actualmente es cuando más evidente se hace la problemática.

Normatividad nacional. De acuerdo con las estadísticas de ARL Sura el riesgo público se configura como uno de los principales factores que influyen en la generación de eventos mortales en la población trabajadora del país (Sura, 2020). Bajo este panorama, es importante reconocer como el 58% de las investigaciones de eventos mortales informan sobre la vulnerabilidad de los trabajadores de la salud que resultaron afectados, sí se pudo haber reducido desde los análisis y parametrización de procedimientos de trabajo seguros.

Es por esto, que desde los gobiernos internacionales se han preocupado por la creación de normas y leyes que cobijen al trabajador de la salud y brinde una protección en su salud mental integral (Arango, 2008), la disminución del riesgo público y que desde la gestión administrativa se pueden emprender estrategias para disminuir la vulnerabilidad que se presenta por fuera de las instalaciones de las empresas.

En Colombia, el 24 de abril del 2012 se estableció la Ley No. 1523 que define los objetivos, programas, acciones, responsables y presupuestos, mediante las cuales se ejecutan los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y manejo de desastres en el marco de la planificación del desarrollo nacional estructurado en dos componentes: un componente general el cual contiene el marco estratégico de la gestión del riesgo y un componente programático en el que se incorporan los programas, los proyectos, los objetivos de proyecto, las metas y responsables de la implementación para el periodo 2015-2025.

El Plan Nacional de Gestión del Riesgo (PNGRD) reemplaza al actual Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres vigente, el cual fue adoptado mediante el Decreto 93 de 1998. Durante la formulación se identificaron aspectos positivos del Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (PNPAD) los cuales fueron reincorporados por guardar pertinencia con los propósitos del objetivo general del PNGRD y con el fin de asegurar su continuidad. Lo anterior, como referencia a que el riesgo público, normativamente hablando en Colombia, se ha abordado más desde una visión de gestión de riesgos de desastres que de seguridad y salud en el trabajo.

También, en el año 2012 se creó la Ley No. 1562 que se encargó de ampliar y modernizar el sistema de riesgos laborales, y les brinda a todas las personas, con diferentes tipos de contrato y afiliación, el programa de prevención y promoción a los afiliados al sistema

de riesgos laborales para prevenir las enfermedades y accidentes que puedan ocurrir como consecuencia del trabajo que desarrollan. Esta Ley, pasa a modificar las disposiciones establecidas el 22 de junio de 1994 en el Decreto 1295 que definía el Sistema General de Riesgos Profesionales en Colombia.

Actualmente, en Colombia hay una gran cantidad de personas independientes, dependientes e informales que no están afiliadas al sistema de riesgos laborales. Es por eso que, el Ministerio ha diseñado un plan de trabajo que busca que estas falencias se vayan corrigiendo en una eficiente implementación del SGSST en las empresas. Por tal motivo, la Resolución 1111 de 2017 fue derogada por la Resolución 0312 de 2019, con el fin de organizar de mejor manera las compañías, de acuerdo con su número de empleados, por este motivo, hoy día se habla de estándares mínimos.

Así mismo, en relación a la salud mental, la Ley 1616 de 2013 es la encargada de garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo relacionado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud. A su vez, regula la implementación de sistemas que desarrollen un ambiente laboral propicio para cuidar la salud mental de los empleados.

Ahora bien, a partir de estas normas y leyes colombianas se espera que las empresas públicas y privadas puedan establecer unos tiempos mínimos de reporte y comunicación que favorezca la toma de decisiones a tiempo para el rediseño de una ruta más segura, el envío de

personal de apoyo o la cancelación de una visita comercial, entre muchas más situaciones que se presentan en los ambientes laborales de salud. De la misma manera, las empresas deben avanzar en el reconocimiento de las situaciones particulares de violencia que se presentan en los sitios de residencia del personal, buscando ofrecerles una protección más integral desde sus alcances administrativos.

Entre las estrategias para la reducción del riesgo público existen: ajustar los turnos del personal que habita en barrios donde existan “fronteras invisibles” o “toques de queda” ilegales después de determinadas horas del día. En materia de riesgo público, ubicarse, pensar y actuar un paso antes de los factores desencadenantes de eventos mortales, es un paso inamovible que se debe dar desde la gestión administrativa de la salud y la seguridad laboral y extralaboral (Sura, 2020).

Por otro lado, la Resolución 2404 de 2019 adopta una Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial y una guía técnica para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora. Este instrumento permite un acercamiento metodológico a los elementos que se evalúan en la presente investigación bajo la premisa de un direccionamiento técnico y conceptual que ajusta de forma adecuada el cuestionario realizado, además, sustenta de manera legal la aplicación del mismo.

Marco Metodológico

Paradigma

Esta investigación se basa en el paradigma positivista para diseñar un plan de intervención enfocado a factores de riesgo público que afectan la salud mental del personal

sanitario de la ONG Primera Urgencia Internacional, como complemento al Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo. Este paradigma, es una corriente de pensamiento y su inicio suele atribuirse al método de Auguste Comte (1998), no reconoce otros conocimientos como válidos, sino conocimientos provenientes de la ciencia empírica.

Bajo este panorama, se puede reconocer como el positivismo permite para la presente investigación afrontar la realidad como un elemento absoluto y medible, esta relación involucra al investigador con su fenómeno de estudio y percibe su realidad como fundamental del estudio (Urbina, 2000). Así mismo, los métodos estadísticos y descriptivos son la base de este paradigma, al comprender la formulación de leyes y el establecimiento de las causas y efectos de los fenómenos.

Otro de los elementos importantes, es el criterio por el que el conocimiento producido posterior a la ejecución del marco metodológico, será considerado como válido y de acuerdo con Dobles, Zúñiga y García (2014) la teoría de la ciencia que sostiene el positivismo se caracteriza por afirmar que el único conocimiento verdadero es aquel que es producido por la ciencia, particularmente con el empleo de su método, estando compuesto de algunas reglas fundamentales: El fenomenalismo; considera que no existe diferencia entre esencia y fenómeno, el nominalismo; por la cual afirman que estamos obligados a reconocer la existencia de una cosa cuando la experiencia nos obliga a ello, el juicio subjetivo, que niega todo valor cognoscitivo a los juicios de valor y a los enunciados normativos y finalmente, la fe, como unidad importante del método de la ciencia que trata de las formas en cómo se adquieren la experiencia del saber, esto a través de la reflexión teórica.

En consecuencia, el positivismo asume que sólo las ciencias empíricas son fuente aceptable de conocimiento. Bajo esta posición, se supone que la realidad está dada y que

puede ser conocida de manera absoluta por el sujeto cognoscente, y que por tanto, de lo único que había que preocuparse, indican Dobles, Zúñiga y García (2014), será de encontrar el método adecuado y válido para descubrir esa realidad. Así pues, esta investigación se ocupará de encontrar respuesta a su hipótesis de investigación.

Tipo de estudio

Para realizar la presente investigación, se utilizó un enfoque cualitativo que permite comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven (Taylor & Bogdan, 1984) en este caso del personal sanitario de la ONG Primera Urgencia Internacional. Es una investigación centrada en el sujeto, que a través de un proceso de indagación inductivo busca respuestas a preguntas con relación a la experiencia social de la zona de estudio. Por otro lado, se considera de tipo descriptivo, puesto que se observan y especifican los distintos factores de riesgo público que intervienen en la salud mental de la población estudiada.

Método

Teniendo en cuenta que esta investigación es de enfoque cualitativo y de tipo descriptivo para su desarrollo se hizo uso de dos métodos. En un primer momento, se realizó una revisión documental en diferentes bases de datos (EBSCOhost, Scielo, Dialnet Plus y Scopus) y repositorios de diferentes universidades colombianas con los siguientes descriptores de búsqueda: Riesgo público AND salud mental, violencia laboral externa AND trabajadores de la salud, violencia laboral externa AND salud mental, external workplace violence AND mental health y external workplace violence AND healthcare worker. Después, se aplicó un cuestionario para evaluar la percepción de riesgo público a 13 trabajadores de la salud de la ONG Primera Urgencia Internacional que prestan servicio en tres municipios del

departamento de Arauca, participaron 3 médicos generales, 1 enfermera profesional, 3 auxiliares de enfermería, 2 psicólogas, 1 trabajadora social y 3 conductores.

Fases del estudio

Según Rodríguez, Gil y García (1996) las fases del estudio en investigaciones de ciencias sociales son: fase preparatoria, aplicación, instrumentos, recogida de información (trabajo de campo), fase analítica y fase informativa. En cada una se espera el cumplimiento integral de algunas condiciones previamente validadas por el grupo de investigadores y que serán a continuación expuestas con el fin de presentar la trazabilidad con la cual será llevada a cabo el presente trabajo a partir de los objetivos del trabajo actual, en la tabla 2 se describen las actividades.

Fase 1: preparatoria. Se espera como proceso educativo para esta etapa inicial establecer un marco teórico y así contextualizar la investigación realizada con el fin de diseñar un plan de intervención enfocado a factores de riesgo público que afectan la salud mental del personal sanitario de la ONG Primera Urgencia Internacional como complemento al sistema general de seguridad y salud en el trabajo.

Fase 2: trabajo de campo. En esta etapa, se logra evaluar la percepción del riesgo público en la ONG Primera Urgencia Internacional y su afectación en la salud mental a través de la aplicación de un cuestionario con múltiples áreas para determinar sus condiciones.

Fase 3: analítica. Según Rodríguez, Gil y García (1996), se trata de un conjunto de operaciones, transformaciones, pensamientos e inspecciones que se realizan a partir de datos; así pues, se logra evaluar el conocimiento y adopción de las recomendaciones del Manual de Misión Médica en el personal de la salud de la ONG Primera Urgencia Internacional.

Fase 4: informativa. La etapa final, define las estrategias de prevención que disminuyan las afectaciones en salud mental de los trabajadores de la ONG Primera Urgencia Internacional.

Tabla 2
Fases del estudio

Fases	Actividades
Fase 1	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar el público objeto de investigación. • Realizar indagación inicial de las condiciones actuales. • Constituir el modelo de trabajo para la intervención.
Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar las condiciones socioculturales del lugar donde se desarrollan las actividades del equipo de salud. • Buscar información relacionada con riesgo público. • Evaluar diferentes instrumentos que midan violencia laboral externa. • Construir el instrumento de violencia laboral externa. • Aplicar el cuestionario. • Analizar los resultados.
Fase 3	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar bibliografía relacionada con la misión médica. • Construir el apartado de cuestionario de misión médica. • Realizar grupos focales relacionados con el equipo de salud.
Fase 4	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura al material para prevenir e intervenir el riesgo público de varias ARL. • Desarrollar un plan de intervención asociado al público evaluado. • Construir y socializar el plan de intervención a la empresa.

Fuente: elaboración propia.

Recolección de la información

Para recolección de la información, se hizo uso de fuentes: primarias, secundarias y terciarias. En las primarias, se utilizó bases de datos electrónicas para buscar artículos de investigación en revistas indexadas. Para las secundarias, repositorios bibliográficos de universidades para tesis y trabajos de grado. Finalmente, se utilizaron portales web estatales, no gubernamentales y de ARL para el componente normativo, informes de contextualizados e información relacionada al riesgo público.

Población. Esta investigación y plan de intervención va orientada al personal de la salud de la ONG Primera Urgencia Internacional que desarrolla acciones en los municipios de Tame, Arauquita y Saravena del departamento de Arauca. Como criterio de inclusión se determinó abarcar a todos los trabajadores que salen a campo y tienen mayor riesgo público. En total 13 profesionales, médicos generales, jefes y auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y conductores que prestan sus servicios en actividades extramurales, atención primaria en salud, asesorías en salud sexual y reproductiva, consulta psicológica y asesoría social. Como criterio de exclusión se decidió no tener en cuenta a los trabajadores administrativos que no tienen salidas a campo, sino que sus funciones se desarrollan principalmente en la oficina.

Materiales, técnicas y procedimientos. Para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos en esta investigación se realiza una revisión documental en diferentes bases de datos y repositorios de universidades. Al mismo tiempo, para evaluar la percepción de violencia laboral externa y la adopción y conocimiento de las recomendaciones de seguridad del Manual de Misión Médica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) se utiliza un cuestionario de autodiligenciamiento compuesto por 33 ítems divididos en 5 componentes: información sociodemográfica, factores de riesgo público, afectaciones en la salud mental, gestión de la seguridad y salud en el trabajo y gestión de la misión médica. También, para la construcción del plan de intervención se hace una lectura de manuales, recomendaciones de ARL y entrevistas a expertos. Por otro lado, con el fin de prevenir el contagio de covid-19 y por cuestiones de seguridad, se optó por aplicar el instrumento por medio de un formulario virtual haciendo más seguro el análisis de la información, este proceso contó igual con la lectura y aceptación del consentimiento informado antes del diligenciamiento del cuestionario.

Cronograma

Tabla 3

Cronograma de actividades

Meses	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A
Actividades	u	u	g	e	c	o	i	n	e	a	b
	n	l	o	p	t	v	c	e	b	r	r
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Planteamiento del problema de investigación y justificación											
Construcción de los objetivos generales y específicos de la investigación											
Búsqueda en bases de datos y lectura de bibliografía especializada relacionada con el objeto de estudio											
Construcción del marco referencial, teórico y normativo											
Presentación de la propuesta inicial											
Caracterización de la institución donde se pretende realizar el estudio											
Búsqueda de instrumentos para evaluar violencia laboral externa											
Corrección de la propuesta inicial											
Construcción del marco metodológico											
Construcción del cuestionario y envío de propuesta de investigación al ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia											
Aplicación del cuestionario y análisis de información											
Construcción de la propuesta de intervención y conclusiones											
Socialización de la propuesta de intervención y conclusiones											

Fuente: elaboración propia.

Método para el análisis de la información

Para el análisis de la información se utilizaron fichas bibliográficas, insumo que facilitó la construcción del marco referencial y normativo. En relación con el análisis del cuestionario de percepción de violencia laboral, se hizo uso del programa ofimático Excel, herramienta que permitió la tabulación de los datos y la construcción de los gráficos estadísticos. Finalmente, para el diseño de la propuesta de intervención, se hizo uso

nuevamente de la revisión documental en portales de ARL, seguridad y salud en el trabajo, repositorios de universidades y las guías de riesgo psicosocial del Ministerio del Trabajo.

Resultados

Los resultados presentados a continuación hacen referencia al cuestionario de violencia laboral externa aplicado a los trabajadores de la salud de la ONG Primera Urgencia Internacional, éstos se dividirán los por 5 componentes que integran dicho cuestionario.

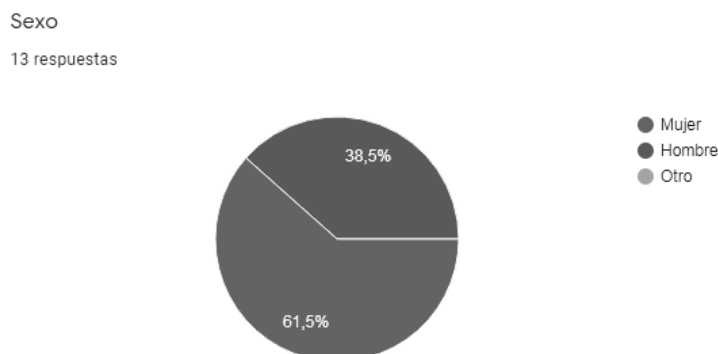
Figura 1
Consentimiento informado.



Nota. Como primer punto y cumpliendo con los lineamientos éticos de cualquier investigación de corte académica, se confirmó con los participantes (n=13) su deseo voluntario para participar del cuestionario y el uso de su información para fines indagatorios sin que esto represente la divulgación de información privada del colaborador. Fuente: elaboración propia.

Figura 2

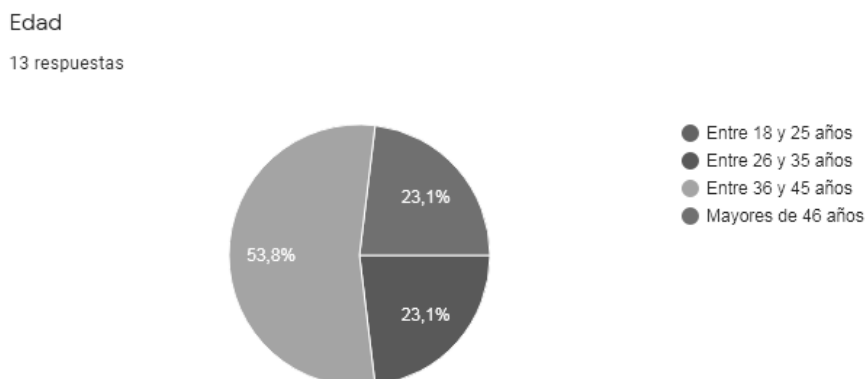
División poblacional según género.



Nota. Ahora bien, como se muestra en la Figura 2, en lo que respecta a la división por género, de los 13 participantes de la investigación, un 61,5% (n=8) fueron mujeres y un 38,5% (n=5) hombres, indicando de antemano, que la presente indagación dará lugar a información con prevalencia hacia el género femenino; información que podrá ser de beneficio para futuras investigaciones que pretendan dar lugar a este tipo de problemáticas hacia una población específica. Fuente: elaboración propia.

Figura 3

División poblacional según edad.



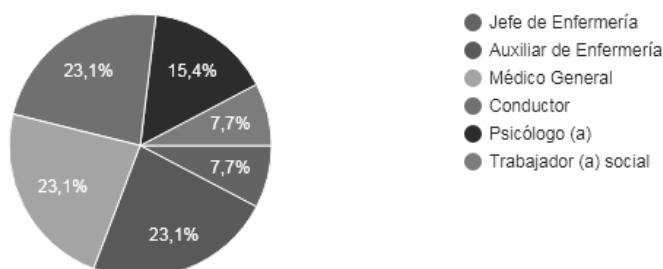
Nota. Por su parte, la edad resultó ubicada en 3 segmentos; en primer lugar, las personas entre 26 a 35 años de edad con una participación de 23,1% (n=3), seguido de quienes tenían entre 26 a 35 años con mayor participación para un total del 53,8% de la población general (n=7) y finalmente, mayores de 46 años con 23,1% (n=3). Fuente: elaboración propia.

Figura 4

División poblacional según cargo.

Profesión/Cargo

13 respuestas



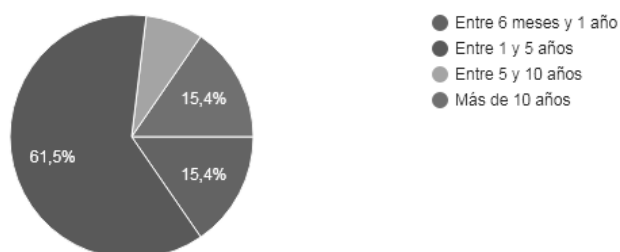
Nota. En la Figura 4, se presenta la división de la población según el cargo que ocupan actualmente al interior de la ONG. Siendo así, se menciona que el 23,1% de la población (para cada caso) se encuentra laborando como auxiliar de enfermería, conductor y médico general, en cada uno con una muestra de $n=3$, luego, el 15,4% ($n=2$) se ocupa como psicólogo(a). Por último, el 7,7% para los casos de jefe de enfermería y trabajador(a) social con una muestra de $n=1$. Fuente: elaboración propia.

Figura 5

División poblacional según tiempo en la organización.

Tiempo ejerciendo la profesión/cargo en la ONG, incluya el tiempo si viene trabajando con Médicos sin Fronteras

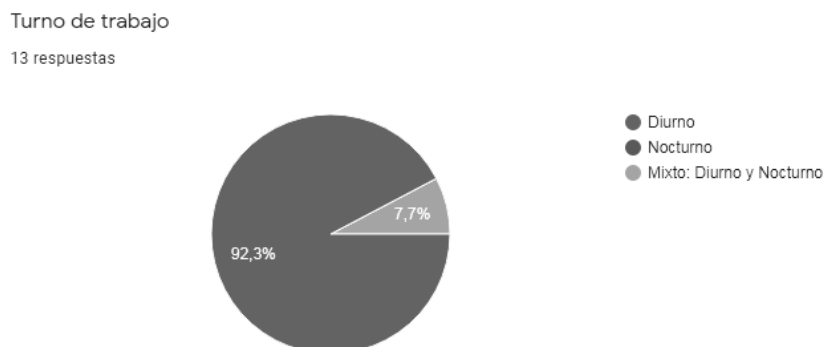
13 respuestas



Nota. Cuando se indaga sobre el tiempo en la organización, se encontró que el 61,5% ($n=8$) llevan entre 1 a 5 años, luego, el 15,4% ($n=2$) para las personas entre 6 meses a 1 año y los mismos datos para quienes llevan más de 10 años en la ONG, para finalmente encontrar que el 7,7% ($n=1$) lleva entre 5 a 10 años laborando (Ver Figura 5). Fuente: elaboración propia.

Figura 6

División poblacional según turno de trabajo.



Nota. Ahora bien, como se muestra en la Figura 6, la población que acordó participar en este proceso investigativo según sus turnos de trabajo se encuentra dividida así: el 92,3% (n=12) se encuentran en turno diurno y el 7,7% (n=1) labora de forma mixta, es decir, diurno y nocturno; ningún empleado labora en turno nocturno solamente. Fuente: elaboración propia.

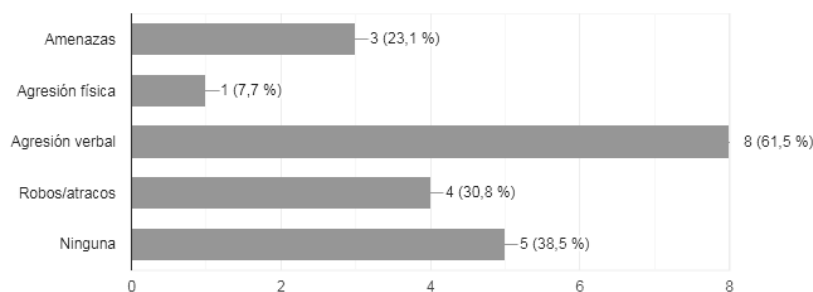
A continuación, se presentan los resultados en el componente de factores de riesgo público, afectaciones en salud mental, gestión de la SST y gestión de la misión médica del cuestionario, obteniendo lo siguiente:

Figura 7

Factores de Riesgo Público.

Durante el tiempo que lleva laborando en la ONG (Incluyendo médicos sin Fronteras) ha sido víctima de los siguientes actos (puede seleccionar varias opciones):

13 respuestas



Nota. Luego de validar sobre las posibles exposiciones a las que se han visto expuesto los colaboradores en el tiempo ejerciendo sus funciones para la ONG e incluyendo la participación en Médicos Sin Fronteras, se encuentra que el 61,5% (n=8) se ha visto envuelto

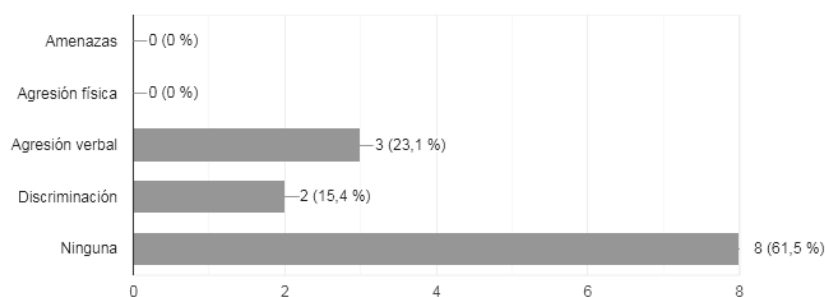
en agresiones verbales, el 30,8% (n=4) en robos y/o atracos, el 23,1% (n=3) en amenazas, el 7,7% (n=1) en agresiones físicas, y finalmente, el 38,5% (n=5) no ha sufrido ningún tipo de riesgo.

Figura 8

Factores de Riesgo Público – Exposición durante pandemia a riesgos públicos.

Durante la pandemia por COVID-19, ha sido víctima de los siguientes actos por ser personal de la salud (puede seleccionar varias opciones):

13 respuestas



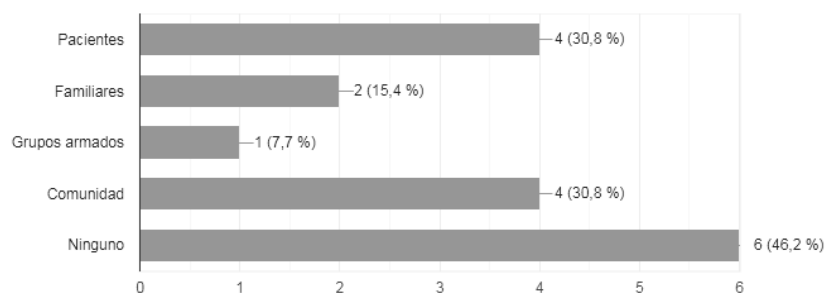
Nota. Al preguntar sobre las mismas exposiciones que en la Figura 6, pero durante tiempo de pandemia, es decir, desde marzo del 2020 hasta la fecha de aplicación del cuestionario se observa que el 23,1% (n=3) estuvo envuelto en agresiones verbales y el 15,4% (n=2) en actos de discriminación; por su parte, el 61,5% (n=8) refiere que no ha tenido ningún tipo de riesgo. Fuente: elaboración propia.

Figura 9

Factores de Riesgo Público – Presuntivos agresores.

De las dos preguntas anteriores quiénes han sido los agresores (puede seleccionar varias opciones):

13 respuestas



Nota. Luego, al indagar sobre los presuntivos agresores, los profesionales mencionaron que el

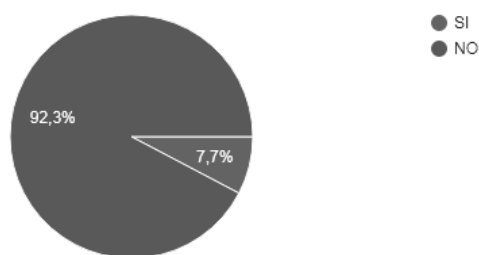
30,8% (n=4) para los casos de la comunidad y los pacientes con los mismos datos, el 15,4%(n=2) familiares, 7,7% (n=1) para grupos armados y el 46,2% (n=6) no hicieron referencia específica. Fuente: elaboración propia. propia.

Figura 10

Factores de Riesgo Público – Accidentes de tránsito durante desplazamientos.

Ha estado involucrado en accidentes de tránsito mientras realizaba actividades laborales (brigadas de salud o actividades extramurales) o en los desplazamientos casa-trabajo-casa en su vehículo propio:

13 respuestas



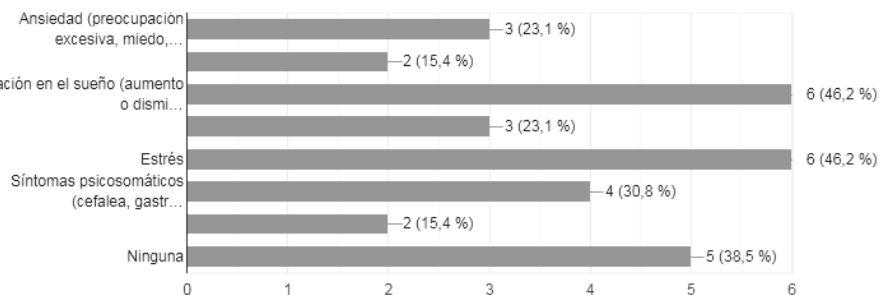
Nota. En relación con la posibilidad de haberse visto expuesto en accidentes de tránsito durante los desplazamientos entre casa-trabajo-casa, los encuestados refirieron que el 92,3% (n=12) no ha presentado ningún evento de este tipo, en su contraparte, el 7,7% (n=1) indicó lo contrario, sufriendo así, algún tipo de accidente vehicular. Fuente: elaboración propia.

Figura 11

Afectación en la Salud Mental – Efectos sobre salud mental posterior a algún tipo de riesgo.

Has presentado alguno de los siguientes efectos en la salud posterior a experimentar amenazas, agresión física, agresión verbal, robos/atracos, accidentes de tránsito o discriminación (puede seleccionar varias opciones):

13 respuestas



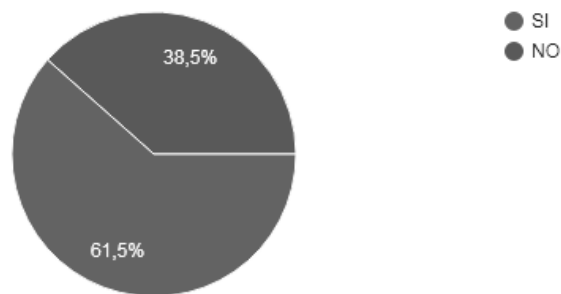
Nota. Se puede evidenciar la categoría que hace mención a la afectación en la salud mental y como pudo haber sufrido algún tipo de riesgo posterior a la exposición de riesgo público en sus puestos de trabajo, encontrando según orden porcentual que el 46,2% (n=6) ha presentado alteraciones del sueño y estrés, ambas condiciones con los mismos datos. También, el 30,8% (n=4) ha presentado algún síntoma psicossomático, el 23,1% (n=3) con alteraciones del sueño y ansiedad, el 15,4% (n=2) con síntomas depresivos y afectaciones en las relaciones sociales y familiares y el 38,5% (n=5) sin ningún tipo de complicación en relación a su salud mental.
Fuente: elaboración propia.

Figura 12

Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – Capacitación en riesgo público.

¿Ha recibido capacitación relacionada al riesgo público?

13 respuestas



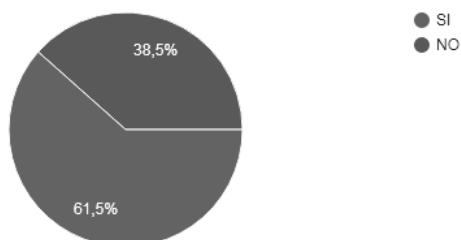
Nota. En la población se evidencia que el 61,5% (n=8) ha recibido en algún punto capacitaciones sobre el riesgo público, contrario del 38,5% (n=5) que no ha tenido formación en este ambiente. Dato relevante para la presente investigación, pues dará lugar la importancia de este elemento como parte de las recomendaciones para la ONG, esta información hace parte de la categoría sobre gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Fuente: elaboración propia.

Figura 13

Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – Escalamiento ante exposición de riesgo público.

Tiene conocimiento de cómo informar a la ONG y la ARL en caso de ser víctima de situaciones relacionadas con el riesgo público:

13 respuestas



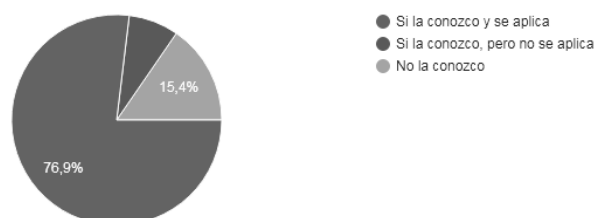
Nota. Cuando se preguntó sobre la ruta para la notificación ante la exposición de riesgo público, el 61,5% (n=8) mencionó tener claro la forma adecuada para hacerlo, empero, el 38,5% (5) indicaron que no tienen claro la forma de hacerlo. Dato que responde ante la información de la Figura 12, pues es el mismo peso porcentual de quienes han recibido o no capacitación. Fuente: elaboración propia.

Figura 14

Gestión de la misión médica – Prioridad misión médica.

Atender siempre a los heridos, enfermos, náufragos y población civil sin distinción alguna o carácter desfavorable, determinando la prioridad de la atención únicamente en criterios médicos.

13 respuestas



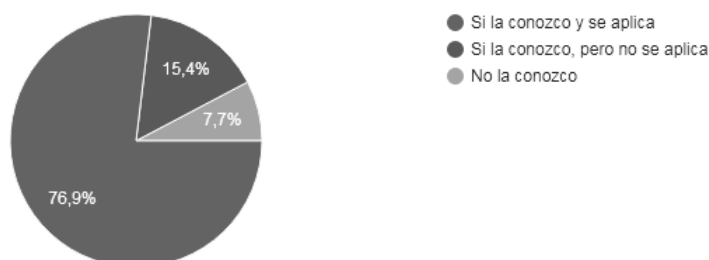
Nota. Ahora bien, dentro del componente de gestión de la misión médica, se inicia preguntando sobre los criterios que involucran la prioridad al momento de ofrecer la atención, donde el 76,9% (n=10) conoce y aplica de forma adecuada la ruta indicada; seguido de un 15,4% (n=2) quien no conoce cómo hacerlo y un 7,7% (n=1) que la conoce, pero no aplica. Fuente: elaboración propia.

Figura 15

Gestión de la misión médica – Red de apoyo en salud mental.

Contar con una red de apoyo en salud mental, que le sirva de soporte ante situaciones críticas.

13 respuestas



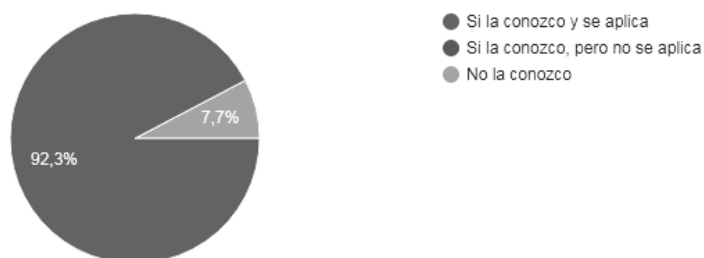
Nota. Dentro de la ONG cuando se hace referencia a la red de apoyo en salud mental como parte del soporte ante situaciones críticas, se puede notar que el 76,9% (n=10) tienen conocimiento de la ruta y hacen uso de la misma, el 15,4% (n=2) la conoce, pero no aplica y el 7,7% (n=1) no sabe a qué se hace referencia. Fuente: elaboración propia.

Figura 16

Gestión de la misión médica – Comportamientos durante las actividades.

Comportarse siempre con prudencia, discreción y cortesía en el desarrollo de sus actividades.

13 respuestas



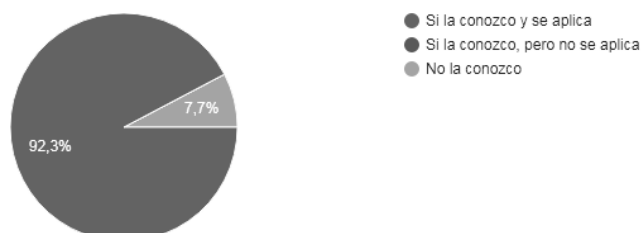
Nota. Ahora bien, cuando se trata de ser prudente, discreto y cortes dentro de las actividades diarias y el plan de gestión de la misión médica, como se evidencia en la Figura 16, el 92,3% (n=12) conoce y aplica la forma indicada; solamente el 7,7% (n=1) no tiene clara la forma en cómo hacerlo en sus actividades cotidianas. Fuente: elaboración propia.

Figura 17

Gestión de la misión médica – Medios de transporte sanitario.

Los medios de transporte sanitario deben tener un cuidado y mantenimiento constante para su buen funcionamiento (mantenimiento técnico - mecánico: aceite, frenos, agua, batería, luces y llantas, etc.)

13 respuestas



Nota. En la Figura 17 se muestran los resultados en relación a los medios de transporte sanitario que se usan en medio de la misión médica y llama la atención que al igual que en la Figura 16, el 92,3% de la población, es decir, 12 colaboradores, conoce y usan los protocolos indicados, donde solo 1 empleado (7,7%) no tiene acceso a este protocolo. Fuente: elaboración propia.

Figura 18

Gestión de la misión médica – Transporte personal.

El conductor se cerciorará de que el vehículo siempre se estacione en el sentido de la salida y procurará abastecerlo de combustible al final de cada jornada.

13 respuestas



Nota. Ahora bien, el 100% de los participantes, es decir, 13 personas confirman que, al momento del transporte del personal, el conductor a cargo se encarga de ubicar el vehículo en sentido de la salida, además, se asegura del abastecimiento necesario de combustible. Fuente: elaboración propia.

Figura 19

Gestión de la misión médica – Control de ruta.

Ante la inminencia de un control sobre la ruta (de cualquiera de las partes en conflicto), se deberá disminuir su velocidad a fin de poder detenerse a la más mínima señal de "PARE".

13 respuestas



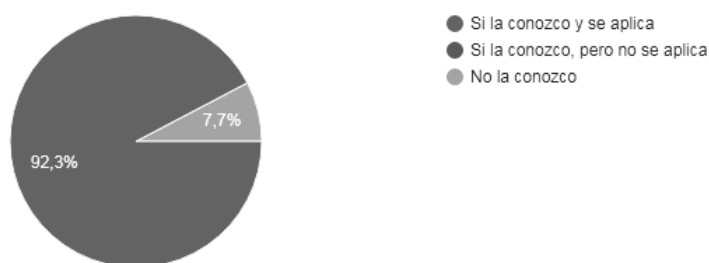
Nota. Igualmente, en lo que representa un control de ruta y bajo la posibilidad de requerir detener el vehículo ante algún tipo de reten, el 100% (n=13) de los colaboradores asegura que conoce y aplica las instrucciones. Fuente: elaboración propia.

Figura 20

Gestión de la misión médica – Información confidencial.

No se podrá transportar o transmitir correo, sobres, mensajes escritos o mercancías de y para terceros fuera del contexto de la Misión Médica.

13 respuestas



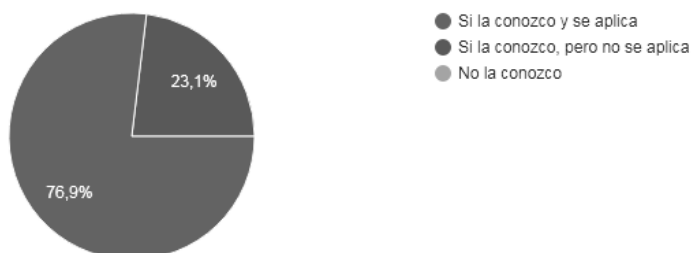
Nota. En línea con el manejo de la información como parte de la misión médica, los colaboradores informaron que el 92,3% (n=12) tiene información y aplica como darles manejo a los correos, mensaje, mercancía o demás en relación a tercero fuera del contexto laboral; por su parte, solo el 7,7% (n=1) no conoce este protocolo. Fuente: elaboración propia.

Figura 21

Gestión de la misión médica – Canales de comunicación.

Se deberá contar con un medio de comunicación permanente: radio, celular o identificar lugares desde donde se pueda realizar la comunicación (cabins telefónicas, locales de servicios de larga distancia, etc.), que permitan al personal sanitario reportar sus actividades.

13 respuestas



Nota. El 23,1% (n=3) de los participantes no conoce y/o aplica los protocolos de comunicación al interior de la misión médica, como radio, celular o identificador; por el contrario, el 76,9% (n=10) sabe cómo hacerlo y lo aplica dentro de sus actividades diarias.

Fuente: elaboración propia.

Figura 22

Gestión de la misión médica – Comunicación y vigilancia durante desplazamientos.

En todo desplazamiento deberá mantenerse una comunicación constante con una central, mediante la cual se informe el momento de salida, de llegada al destino, así como cualquier eventualidad durante su recorrido según el tiempo de desplazamiento y si las condiciones lo permiten.

13 respuestas



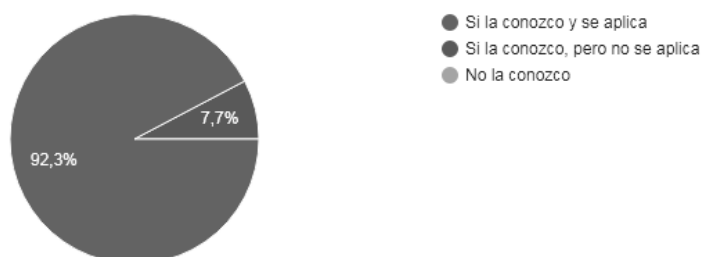
Nota. Se preguntó sobre el monitoreo que se utiliza durante los desplazamientos dentro del proceso de la misión, donde se espera una comunicación constante con una central donde se informe sobre salida, llegada y/o eventualidades, y como se muestra en la Figura 22, el 100% (n=13) confirma que conocen y que se usa de la forma adecuada. Fuente: elaboración propia.

Figura 23

Gestión de la misión médica – Lenguaje para la comunicación.

Evitar la utilización de códigos, señales o claves en las comunicaciones, usar el lenguaje español de manera clara.

13 respuestas



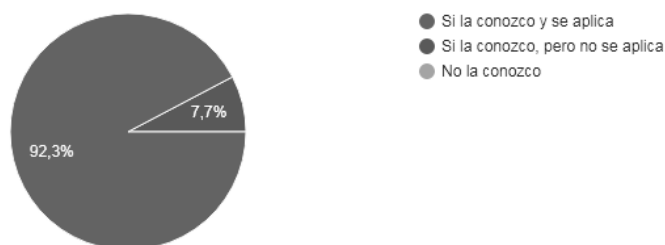
Nota. Se indaga sobre el tipo de lenguaje utilizado para la comunicación, preguntando sobre la necesidad de ser claros al momento de informar, donde en la Figura 23 se nota que el 92,3 (n=12) dice conocer la forma en que se debe realizar. Diferente al 7,7% (n=1) quien indica que no sabe cómo debe utilizarse este protocolo. Fuente: elaboración propia.

Figura 24

Gestión de la misión médica – Tiempo en comunicación.

En las salidas extramurales el equipo sanitario tendrá la obligación de reportarse a su sede (hospital o servicio de salud) a la salida, cada 2 horas según las condiciones y distancia del lugar y durante el regreso de la misión.

13 respuestas



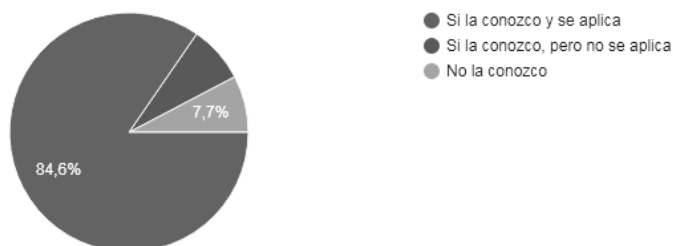
Nota. Para el 92,3% (n=12) de los encuestado es claro que, durante las salidas extramurales, el equipo debe comunicarse con la sede de acuerdo a algunas condiciones específicas, además, lo hacen en sus actividades diarias. Contrario de 1 colaborador (7,7%) que aún no tiene claro como debe ser usado este protocolo. Fuente: elaboración propia.

Figura 25

Gestión de la misión médica – Condiciones de seguridad.

Siempre se procurará averiguar las condiciones de seguridad con las autoridades locales o por otros medios (Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Desastres (CRUE), Policía Nacional, Ejército, Prensa, entre otros).

13 respuestas



Nota. En la Figura 25 se exponen los resultados que dan razón si dentro de la misión médica, previo a un desplazamiento, se hace uso de las autoridades locales o canales externos para conocer las condiciones de seguridad, encontrando que el 84,6% (n=11) usa y aplica este tipo de alternativas, el 7,7% (n=1) lo conoce pero no aplica y el 7,7% (n=1) no tiene esta información, por tal razón, tampoco es usada. Fuente: elaboración propia.

Figura 26

Gestión de la misión médica – Identificación.

Se identificarán los lugares en donde se van a realizar las actividades sanitarias con pendones o banderas, de tal manera que sean visibles.

13 respuestas



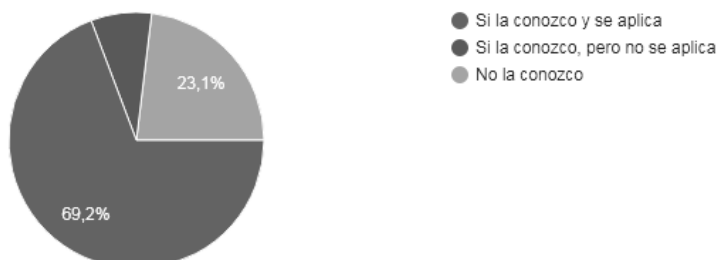
Nota. El total de la población encuestada asegura que al momento de realizar una intervención desde la misión médica en lugares extramurales se encargan de usar identificación como pendones o banderas que sean visibles; esto como estrategia necesaria de protección y seguridad. Fuente: elaboración propia.

Figura 27

Gestión de la misión médica – Casos de amenaza.

En caso de amenaza, aplicar las medidas de protección individual y de seguridad (traslado, reubicación, estudio de riesgo, etc.), de acuerdo con las normas legales vigentes.

13 respuestas



Nota. Cuando la misión médica se ve expuesta a amenazas y debe utilizar medidas de protección individual y seguridad según las normas vigentes, el 69,2% (n=9) conoce y aplica la ruta indica, el 7,7% (n=1) sabe a qué se refiere, pero indica no usarla y el 23,1% (n=3) no conoce, y por tal razón, no aplica alguna medida específica. Fuente: elaboración propia.

Figura 28

Gestión de la misión médica – Formulario de inscripción programa de prevención y protección.

Conoce el formulario de inscripción para el programa de prevención y protección.

13 respuestas



Nota. Finalmente, se indago sobre el conocimiento del formulario para el programa de prevención y promoción, evidenciando que el 100% (n=13) de los encuestado no conoce dicha herramienta, así pues, no es usado dentro de la ONG. Así pues, se da lugar de forma explicativa a los resultados encontrados en la población seleccionada para la aplicación del cuestionario y que permiten conocer el estado actual frente al riesgo público dentro de la ONG. Fuente: elaboración propia.

Discusión

Las dinámicas de conflicto armado, violencia aprendida y la poca educación en resolución de conflictos hace que la interacción interpersonal en nuestro país sea un factor de riesgo para la aparición de situaciones de agresión. Aunque el tema de violencia ha sido bastante estudiado en Colombia, aún existen muchos vacíos normativos y teóricos en relación a la afectación en los contextos laborales, es el caso de la violencia laboral externa, mejor conocida en Colombia con el nombre de riesgo público. En la actualidad, la intervención del riesgo público se comprende mejor desde una visión de gestión de riesgos de desastres. Sin embargo, es una visión que se orienta más a un colectivo masivo de personas y los daños que se puedan derivar de la dicha aglomeración, dejando de lado las características propias de los entornos laborales.

Otro factor de riesgo que se ha identificado, es la pérdida de confianza por la institucionalidad y la prestación de los servicios de salud. Es por esto que existe una mayor probabilidad para que en los contextos sanitarios se presenten más situaciones de violencia que en otros sectores laborales, convirtiéndolos en espacios inseguros para el desarrollo del trabajo, y más aún cuando dichas funciones se ejecutan en espacios gobernados por actores armados, como es el caso de la ONG Primera Urgencia Internacional.

Como se puede observar en los resultados el riesgo público no es ajeno a la ONG, más de la mitad de los participantes informaron que han sido víctimas de robos, agresiones físicas, amenazas y agresiones verbales, siendo esta última la de mayor frecuencia, las afectaciones en la salud mental están caracterizada por la aparición de estrés, ansiedad y alteraciones en el sueño y la alimentación. Lo anterior, confirma los resultados de las investigaciones a nivel mundial donde concluyen que la violencia psicológica es el aspecto de

violencia laboral externa más prevalente en el ámbito sanitario y el estrés como la mayor consecuencia de estar expuesto a dichas situaciones.

Es paradójico que con toda la historia de conflicto que ha tenido el país, los planes y programas de intervención del riesgo público no sean muy frecuente en las organizaciones, en especial en las instituciones de salud, teniendo en cuenta también que los ataques a la misión médica han aumentado gracias a la pandemia por Covid-19. Como medida de intervención en seguridad, el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) crean el manual de misión médica, socializando así, prácticas seguras en la prestación de servicios de salud. Sin embargo, se identificó que aún falta más capacitación y formación en estos temas para el personal sanitario, puesto que aún se desconoce mucha información. Por lo tanto, se hace más urgente implementar desde los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo la evaluación, intervención y seguimiento del riesgo público con el apoyo de las aseguradoras de riesgos laborales, el Ministerio de Salud y las universidades para darle el rigor científico, objetivo y eficiente a este proceso.

Además, en cumplimiento con los objetivos planteados en la presente investigación, es importante mencionar que se logra cumplir con el diseño de un plan de intervención enfocado a factores de riesgo público bajo en análisis de los indicadores que afectaban presuntamente la salud mental del personal sanitario de la ONG Primera Urgencia Internacional dentro de sus actividades cotidianas; lo anterior luego de evaluar la percepción del riesgo público y el conocimiento y adopción de las recomendaciones del Manual de Misión Médica, para finalmente, definir las estrategias de prevención que disminuyan las afectaciones en salud mental según lo acordado en el plan de trabajo y que serán descritas en el apartado de propuesta.

Propuesta de Solución

Como medida de solución a la problemática identificada en la ONG Primera Urgencia Internacional con relación al riesgo público y las afectaciones en la salud mental del personal de la salud, se propone un plan de intervención compuesto por 6 actividades entre sensibilizaciones, sistemas de vigilancia, desactivaciones emocionales y espacios formativos, que se describe a profundidad en el ver anexo 1.

Análisis Financiero

En la tabla 4, se detallan los costos y recursos necesarios para la ejecución del plan de intervención del riesgo público (ver anexo 1), describiendo los recursos humanos, físicos, financieros y los beneficios económicos que se pueden generar con su implementación.

Tabla 4

Análisis financiero

Actividad	Recurso Humano	Recurso Físico	Recurso Financiero	Beneficios
Jornada de prevención de accidentes de tránsito	3 conductores 1 formador	Vehículos institucionales Entidad certificadora	400.000 para 4 cursos de manejo defensivo	Disminuir la probabilidad de accidentes de tránsito y ahorros por daños mecánicos.
Formación en Misión Médica	Equipo de salud y conductores.	Computador, conexión a internet	Curso sin costo para equipos de salud	Mejorar la adopción de prácticas seguras en actividades asistenciales.

Formación en resolución de conflictos	Equipo de salud y conductores. 1 formador	Computador, conexión a internet	120.000 consultoría externa en formación	Atenuar las consecuencias que se pueden derivar de los conflictos en la prestación de los servicios de salud
Formación en comunicación asertiva	Equipo de salud y conductores 1 formador	Computador, conexión a internet	120.000 consultoría externa en formación	Mejorar la relación médico paciente y evitar acciones de agresión física y verbal
Programa de vigilancia en riesgo público y seguridad	Líder de logística Equipo de salud y conductores	Computador, conexión a internet, celulares, plan de minutos, celular satelital	0 pesos, la ONG ya cuenta con los insumos físicos y humanos necesarios	Monitorizar permanentemente el riesgo público para prevenir o intervenir oportunamente las situaciones inseguras.
Desactivaciones emocionales	Líder de salud mental Equipo de salud y conductores	Insumos de papelería, salón de reuniones, computador y video-beam	0 pesos, la ONG ya cuenta con los insumos físicos y humanos necesarios	Conocer el sentir del equipo de salud y los conductores en el desarrollo de sus funciones. Prevenir afectaciones en la salud mental de equipo Disminuir incapacidades derivadas del estrés
Total:			640.000 pesos	

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

Partiendo de los resultados obtenidos de acuerdo al instrumento aplicado, se puede concluir que el personal de salud de la ONG Primera Urgencia Internacional se encuentra expuesto a diversos tipos de riesgo público, siendo la agresión verbal la situación que se presenta con mayor frecuencia, seguido de robos y amenazas, la mayoría de estas agresiones provienen de los pacientes y de la comunidad en general. Lo anterior, confirma los resultados en investigaciones internacionales, donde informan que las agresiones verbales son la forma de violencia laboral externa más común, protagonizadas principalmente por los pacientes. En contraste a esto, se vio reflejado que durante la pandemia provocada por el Covid-19 la gran mayoría de los trabajadores encuestado manifiestan no sufrir ningún tipo de discriminación o agresiones por ser trabajadores de la salud, sin embargo, si hubo casos en menor frecuencia de agresiones verbales y amenazas.

La exposición a estos riesgos repercute en la salud mental de los trabajadores de la ONG, los cuales en su mayoría manifiestan padecer de alteraciones del sueño, estrés y ansiedad.

En cuanto a los conocimientos de los conductos que deben seguir para el reporte de situaciones de riesgo, aunque la mayoría manifiesta conocerlos e implementarlos, existe personal que los conoce, pero no los aplica y un porcentaje menor no conocen los conductos y las medidas que se deben tomar en caso de pasar por una situación de riesgo público, lo cual no es ajeno a la realidad de muchos trabajadores, actualmente, no solo en el sector de la salud.

El desarrollo de esta investigación estuvo limitada por varios factores. En primer lugar, el tiempo de las materias de seminario de grado solo duraron 2 meses y medio cada una,

provocando un acelerado proceso investigativo que no permitió hacer una revisión por expertos del instrumento construido para la recolección de información. Por otro lado, la falta de instrumentos validados a nivel nacional e internacional y la pandemia por covid-19 retrasó los tiempos para identificar la población objeto y aplicar el instrumento construido. Finalmente, los vacíos teóricos y normativos con relación al riesgo público en contextos laborales en Colombia hicieron más difícil la construcción de varios apartados de este trabajo.

Por lo anterior, es importante seguir generando la necesidad de continuar con investigaciones relacionadas al riesgo público a nivel nacional, en especial en el sector sanitario, lograr construir y validar instrumentos de medición e implementar medidas de control e intervención garantizará en un futuro contar con sitios de trabajo más seguros.

Recomendaciones

Fortalecer en los empleados, en especial los que desarrollan actividades en campo, los protocolos a seguir en caso de presentarse un evento de riesgo público.

Establecer un programa de sensibilización, formación y estructuración de una cultura de autocuidado.

Construir un programa de mantenimiento preventivo de los vehículos institucionales y de emergencia, para así brindar un mejor servicio y prevenir accidentes.

Capacitar al personal de la salud y conductores en comunicación asertiva, para así, tener una buena relación con el paciente y sus acompañantes, con el fin de evitar agresiones.

Establecer un plan de intervención en la salud mental a los trabajadores de la salud de manera que les permita contar una red de apoyo sólida.

Construir un plan de contingencia para los pacientes y acompañantes, con el fin de que en el momento de una emergencia se tenga un apoyo para afrontar las decisiones o momentos difíciles que se puedan presentar.

Crear comités de apoyo para la seguridad que mantenga informado al resto del personal de las condiciones de seguridad del sector al cual se dirige la atención extramural.

Establecer junto con la policía de la localidad planes de seguridad para entrenar al personal de seguridad de la organización en el manejo de situaciones de riesgos

Crear capacitaciones para el personal de conducción en el manejo del estrés en la carretera, comunicación asertiva y toma de decisiones.

Referentes bibliográficos

Acevedo, G., Farias, A., Sánchez, J y Petiti, Y. (2010). La violencia laboral hacia trabajadores/as de instituciones de salud de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Laboreal*, 6(1), 10-16. <https://doi.org/10.4000/laboreal.8985>

Ansoleaga, E., Gómez-Rubio, C. y Mauro, A. (2015). Violencia laboral en América Latina: una revisión de la evidencia científica. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 26(1), 444-452.
https://www.researchgate.net/profile/Elisa_Ansoleaga/publication/301533077_Workplace_violence_in_Latin_America_A_review_of_the_scientific_evidence/links/5822158

208aeb45b58824294/Workplace-violence-in-Latin-America-A-review-of-the-scientific-evidence.pdf

Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. (24 de mayo de 2002). *Factsheet 24 - La violencia en el trabajo*. <https://osha.europa.eu/es/publications/factsheet-24-violence-work/view>.

Ansoleaga, E., Gómez, C. y Mauro, A. (2015). Violencia laboral en América Latina: una revisión de la evidencia científica. *Rev. Arg. de Psiquiat.* 26, 444-452.
https://www.researchgate.net/publication/291161742_Violencia_laboral_en_America_Latina_una_revision_de_la_evidencia_cientifica

Arango, R. (2008). El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional colombiana. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*, 2(5), 13-43.

Asamblea Nacional Constituyente (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, D.C., Colombia. <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2005). Encuesta de las agresiones en el servicio de urgencias de las clínicas y hospitales afiliados a la ACHC [Documento en PDF]. <http://achc.org.co/documentos/Linea-investigacion/Encuesta-de-agresiones-en-servicios-de-urgencias.pdf>

Acevedo, G., Farias, A., Sánchez, J & Petiti, Y. (2010). La violencia laboral hacia trabajadores/as de instituciones de salud de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Laboreal*, 6(1), 10-16. <https://doi.org/10.4000/laboreal.8985>

Baeza, A., Tort, B., Romá, V., y Benito, J. (2001). Escalas de respuesta tipo Likert: ¿es

relevante la alternativa “indiferente”? Metodología de encuestas, 3(2), 135-150.

Barling, J. (1996). The prediction, psychological experience and consequences of workplace violence. In G. VandenBos, & E.G. Bulatao (Eds), Violence on the job: Identifying risks and developing solutions (pp. 29-49). Washington, DC: American Psychological Association.

(PDF) A Qualitative Study of the Multiple Impacts of External Workplace Violence in Two Western Cape Communities. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/222362081_A_Qualitative_Study_of_the_Multiple_Impacts_of_External_Workplace_Violence_in_Two_Western_Cape_Communities [accessed Feb 02 2021].

Bernaldo, M., Labrador, F. J., Piccini, A. T., Gómez, M. y Cerdeira, J. C. (2014). Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. Accésit de la XX edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgaleta" 2013. *Clínica y Salud*, 25(1), 11-18.
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original2.pdf>

Bernaldo, M., Labrador, F. J., Piccini, A. T., Gómez, M. y Cerdeira, J. C. (2014). Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. *Emergencias*. 26, 171-178.
https://www.researchgate.net/publication/262969045_Agresiones_a_los_profesionales_de_las_urgencias_extrahospitalarias_de_la_Comunidad_de_Madrid_Diferencias_entr_e_los_servicios_de_urgencias_y_los_de_emergencias

- Bernat, A., Capapé, A. y Caso, C. (2011). Intervenciones preventivas de la violencia interna en el trabajo: políticas de buenas prácticas y gestión de conflictos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 35-52. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500004
- Bowman, B., Bhamjee, F., Eagle, G. y Crafford, A. (2009). A qualitative study of the multiple impacts of external workplace violence in two western cape communities. *South African Journal of Psychology*. 39(3), 300-313. doi: 10.1177/008124630903900305
- Burijovich, J. y Pautassi, L. (2005). Calidad de empleo y calidad de la atención en salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas. Serie Mujer y Desarrollo n° 60 [Documento en PDF]. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5932>
- Burijovich J, Pautassi L. Calidad de empleo y calidad de la atención en salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas. Serie Mujer y Desarrollo n° 60. CEPAL; 2005.
- Burgos, M. y Paravic, T. (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. *Rev. Ciencia y Enf.* 9(1), 9-14. dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000100002
- Carvajal, J. y Dávila, C. (2013). Violencia en el trabajo: investigaciones realizadas en Colombia. *Sotavento MBA*, 22, 114-124. <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/sotavento/article/view/3708/3986>
- Cebey, M. C., & Trotta, M. F. (2011). *Violencia laboral: un acercamiento conceptual*. Psicología y trabajo, una relación posible. Buenos Aires: Eudeba [Documento PDF]. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/trabajo/filippi/Practicos%20Tr>

abajo%20Filippi%20(1)/Cebey%20-
%20Violencia%20laboral,%20un%20acercamiento%20conceptual.pdf

Castillo, J. A. y Cubillos, Á. P. (2012). La violencia en las transformaciones de los sistemas de trabajo en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14, 84-97.
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2012.v14suppl1/84-97/es/>

Chagoyen, T. (2016). Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 62(242), 25-48.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000100005&lng=es&tlng=es.

Chappell, D. y Di Martino, V. (1998). Violence at work Oficina Internacional del Trabajo [monografía en internet].
<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/violwk/violwk.htm>.

Chappel, D. y Di Martino, V. (2006). Violence at work (3rd edition). *International labour Organization*. https://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_9221108406_EN/lang--en/index.htm

Chernick, M. (1996). Introducción. Aprender del pasado: breve historia de los procesos de paz en Colombia (1982-1996). *Colombia Internacional*, 36, 4-8.
doi.org/10.7440/colombiaint36.1996.02

Congreso de Colombia. (22 de junio de 1994). *Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales (Decreto 1295 de 1994)*. Bogotá, D.C., Colombia.

https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D1295_94.pdf

Congreso de Colombia. (24 de abril de 2012). *Por el cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el sistema nacional de gestión del riesgo de desastres y se dictan otras disposiciones (Ley 1523 de 2012)*. Bogotá, D.C., Colombia. <https://www.ifrc.org/docs/idrl/1057ES.pdf>

Congreso de Colombia. (21 de julio de 2012). *Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional (Ley 1562 de 2013)*. Bogotá, D.C., Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201562%20de%202012.pdf

Congreso de Colombia. (21 de enero de 2013). *Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. (Ley 1616 de 2013)*. Bogotá, D.C., Colombia <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>.

Decreto 480 de 2009 [Alcaldía Mayor de Bogotá]. Por el cual se adoptan medidas para la prevención y mitigación de situaciones específicas y concretas que puedan generar riesgo público en Bogotá D. C., y se dictan otras disposiciones. 27 de octubre de 2009.

Díaz, X., Mauro, A., Villarroel, C., Toro, J. P. y Campos, D. (2018). Elaboración y Validación de un Instrumento para la Medición de la Violencia Laboral Externa y sus Factores de Riesgo en Población de Trabajadores y Trabajadoras Chileno/as. *Ciencia & trabajo*,

20(62), 61-69. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-24492018000200061&script=sci_arttext&tlng=p

Esmail Hassan, E., Mohammed Amein, N. y Mohmoud Ahmed, S. (2010). Workplace violence against nurses at Minia district hospitals. *Journal of Health Sciences*. 10(1), 76-82. <https://doi.org/10.17532/jhsci.2020.865>

Farías, A., Sánchez, J., Petiti, Y., Alderete, A. y Acevedo, G. (2012). Reconocimiento de la violencia laboral en el sector laboral en el sector de la salud. *Rev. Cub. Salud Trab*, 13(3), 7-15.
<https://pdfs.semanticscholar.org/d33b/7c397486f01fa456829ac13df4628a76486e.pdf>

Feitosa, C. M., Teles, M., Do Carmo, M. L., Dias, C. R. y Viana, G. A. (2013). Riesgos ocupacionales y problemas de salud percibidos por trabajadores de enfermería en una unidad hospitalaria. *Ciencia y enfermería*, 19(3), 63-71. [dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300008](https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000300008)

Fernández, M. y de la Fuente, A. (2010). Evaluación de riesgos laborales para el personal sanitario de los servicios de urgencias de atención primaria. *Emergencias. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 22 (6), 445-450.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5447195>

Fundación Ideas para la Paz, USAID y Organización Internacional para las Migraciones. (2014). Dinámicas del conflicto armado en Arauca y su impacto humanitario [Archivo PDF]. <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/53e2ac3725816.pdf>

Galián I., Llor B. y Ruiz, J. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia, España. *Revista Española de Salud*

Pública, 86, 279-291. <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2012.v86n3/279-291/es>

Galtung, J. (1990). La violencia cultural, estructural y directa. *Journal of Peace Research*. 27(3), 291-305. 10.1177/0022343390027003005

Gómez, C., Villa, T. y Dussan, A. (2018). *Incidencia del riesgo público a nivel interno y externo en la Institución Educativa Colegio Departamental La Esperanza en el periodo de abril a septiembre del 2017* [Tesis de pregrado, Corporación Universitaria Minuto de Dios].
https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/7034/T.SO_G%c3%b3mezAr eizaCarlos_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gonzalez, G. (2017). El Riesgo Público Retos y consideraciones en el Postconflicto. *Empresarial & Laboral*. <https://revistaempresarial.com/salud/salud-ocupacional/riesgo-publico-retos-consideraciones-postconflicto/>

Guía Técnica Colombiana GTC-45. (2012). Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional [Documento PDF].
http://132.255.23.82/sipnvo/normatividad/GTC_45_DE_2012.pdf

Gutierrez, L., Hernández, M. y Molina, L. (2016). Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). *Arch Prev Riesgos Labor*, 19 (3), 166-174.
doi:10.12961/apr1.2016.19.03.3

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (s.f). *Violencia en el trabajo*.
<https://www.insst.es/violencia-en-el-trabajo>

Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud. (2017). *Consecuencias del*

Conflicto Armado en Salud en Colombia; Noveno Informe Técnico [Archivo PDF].

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf>.

Joa, T. y Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 30, 55–60.

10.3109/02813432.2012.651570

Hernández, D. (2020). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 25(3), 929-942.

10.1590/1413-81232020253.01322018

Lancman, S., Ghirardi, M., Castro, E. y Tuacek, T. (2009). Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 682-688.

<https://doi.org/10.1590/S0034-8910200900500003>

Ley Orgánica 1 de 1992, Protección de la Seguridad Ciudadana. 21 de Febrero de 1992.

BOE-A-1992-4252 Madrid, España <https://www.boe.es/buscar/pdf/1992/BOE-A-1992-4252-consolidado.pdf>

Ley 23 de 1992. Por la cual se regula la Prestación de servicios de Seguridad Privada a las Empresas y Trabajadores. 30 de Julio de 1992. BOE-A-1992-18489. Madrid, España

<https://www.boe.es/buscar/pdf/1992/BOE-A-1992-18489-consolidado.pdf>

Luna-García, J., Urrego-Mendoza, Z., Gutiérrez-Robayo, M. y Martínez-Durán, A. Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras.

- Bogotá, Colombia. 2011-2012. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):407-17. Spanish. doi:
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51027>.
- Maya, M., Muñeton, G. y Horbath, J. (2018). Conflicto armado y pobreza en Antioquia Colombia. *Apuntes CENES*, 37(65), 213-246.
<https://doi.org/10.19053/01203053.v37.n65.2018.5460>
- Magin, P., Adams, J., Sibbritt, D., Joy, E. y Ireland, M. (2005). Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. *Med J Aust.* 183(7), 352-356. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16201952/>
- Martínez-Jarreta, B., Gascón, S., Santed, M. y Goicoechea, J. (2007). Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc)*. 128(8), 307-310.
<https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0025775307725708/first-page-pdf>
- Mayhew, C., & Chapell, D. (2007). Workplace violence: an overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 327-339. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.06.006>
- Miedema B, Hamilton R et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians. A minor, major, or severe problem? *Can Fam Physician*. 2010;56 101-8.
- Ministerio del Trabajo. (27 de marzo de 2017). *Por la cual se definen los estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes (Resolución 1111 de 2017)*. Bogotá, D.C., Colombia.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201562%20de%202012.pdf

Ministerio del Trabajo. (13 de febrero de 2019). *Por la cual se definen los estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST (Resolución 0321 de 2019)*. Bogotá, D.C., Colombia.

<https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/59995826/Resolucion+0312-2019-+Estandares+minimos+del+Sistema+de+la+Seguridad+y+Salud.pdf>

Ministerio del Trabajo. (2 de julio de 2019). *Por la cual se adopta la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial, la Guía Técnica General para la Promoción, Prevención e Intervención de los Factores Psicosociales y sus Efectos en la Población Trabajadora y sus Protocolos Específicos y se dictan otras disposiciones (Resolución 2404 de 2019)*. Bogotá, D.C., Colombia.

<https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/59995826/Resolucion+2404+de+2019-+Adopcion+bateria+riesgo+psicosocial%2C+guia+y+protocolos.pdf>

Ministerio de Protección Social y Universidad de Antioquia. (2004). *Formas y consecuencias de la violencia en el trabajo Colombia* [Documento PDF].

<http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/estudio%20de%20formas%20y%20consecuencias%20de%20la%20vi.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Manual de misión médica* [Documento PDF].

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/RES-4481-12%20Manual%20de%20Mision%20Medica.pdf>

Munar, L. (2020). *CICR Alerta por aumento de agresiones a médicos que atienden pandemia*.

El TIEMPO <https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/coronavirus-en-colombia-cicr-alerta-por-aumento-de-agresiones-a-medicos-y-mision-medica-512216>

Muñoz C, Díaz H, Gómez G, Villarroel K, Impacto en la salud mental de la(del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes Cienc. enferm. vol.21 no.1 Concepción abr. 2015 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100005

Occupational Safety and Health Administration. (2002). OSHA hoja informativa. La violencia en el lugar de trabajo [documento en PDF].
https://www.osha.gov/OshDoc/data_General_Facts/factsheet-workplace-violence-spanish.pdf

Orden de 23 de Abril de 1997 por la que se concretan determinados aspectos en materia de empresas de seguridad, en cumplimiento de la Ley y el Reglamento de Seguridad Privada. 6 de Mayo de 1997. BOE núm 108.Madrid, España
<https://www.boe.es/boe/dias/1997/05/06/pdfs/A14175-14191.pdf>

Orden 212 de 2004. Por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas y se crea la comisión central de seguimiento. 4 de Marzo de 2004. Madrid, España
<https://bocm.vlex.es/vid/directrices-conflictivas-ciudadanos-20315364o> de 2004.

Orden 683 de 2006. Por la que se modifica la Orden 212/2004 de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de Planes de Prevención y Atención frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias y crea la Comisión Central de Seguimiento. 24 de Marzo de 2006. BOCM. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, España

http://gestiona.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=6075&cdestado=P#no-back-button

Orden 212 de 2004. Por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas y se crea la comisión central de seguimiento. 4 de Marzo de 2004. Madrid, España
<https://bocm.vlex.es/vid/directrices-conflictivas-ciudadanos-20315364o> de 2004.

Orden 683 de 2006. Por la que se modifica la Orden 212/2004 de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de Planes de Prevención y Atención frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias y crea la Comisión Central de Seguimiento. 24 de Marzo de 2006. BOCM. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, España
http://gestiona.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=6075&cdestado=P#no-back-button

Organización Internacional del Trabajo (1981) Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores

https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155

Organización Internacional del Trabajo. (2002). *La violencia laboral en el sector de la salud*.

Ginebra, Suiza. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf

Organización Internacional del Trabajo. (2003). *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla*. Reunión de expertos para elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el trabajo en el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente. Ginebra, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112578.pdf

Organización Internacional del trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras y Organización Mundial de la Salud. (2003). Workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire. https://www.who.int/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvquestionnaire.pdf?sfvrsn=9f6810a5_2

Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermería y Organización Mundial de la Salud. (2002). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud* [Archivo PDF]. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf

Organización Mundial de la Salud (2002). Report on Global Violence and Health. Geneva, Switzerland.

Palma, A., Ansoleaga, E. y Ahumada, M. (2018). Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. *Revista médica de Chile*, 146(2), 213-222. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872018000200213&script=sci_arttext&tlng=en

- Pando, M., Aranda, C., Parra, L. y Gutierrez, A. (2013). Determinación del mobbing y validación del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT) para Colombia. *Salud Uninorte*, 29(3), 525-533.
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/5171>
- Paredes, L. y Paravic, T. (2006). Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 12(1), 39-51. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532006000100005>
- Positiva. (2016). Asistencia técnica en el diseño y seguimiento de medidas para el control del riesgo público - Secretaría Distrital de Integración Social. *Positiv*, Bogotá, D.C., Colombia.
https://sig.sdis.gov.co/images/documentos_sig/procesos/gestion_de_talento_humano/documentos_asociados/20160601_programa_riesgo_publico.pdf
- Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T, y Suserud, B. (2011). Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*. 19, 5– 11.
10.1016/j.ienj.2010.01.004
- Real Decreto 2364 de 1994. Por el cual se aprueba el Reglamento de Seguridad Privada. 9 de Diciembre de 1994. BOE-A-1995-608. Madrid, España
<https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-608-consolidado.pdf>
- Rodríguez, M., Maestre, M. y Borda, J. (2011). Violencia externa en el trabajo en el sector servicios. Consideraciones generales, notificación y protocolos de actuación. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57(Supl. 1), 53-71. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500005>

- Rodríguez, V. A. y Paravic, T. M. (2013). Un modelo para investigar violencia laboral en el sector salud. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 196-200.
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1983-14472013000100025&script=sci_arttext
- Romero, C., Beleño, R., Ucros, M., Echeverría, A. y Lasprilla, S. (2016). Factores de riesgos psicosociales extralaborales en personal administrativo universitario. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (31), 1-15. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i31.22083>
- Ruiz-Hernández, J. A., López-García, C., Llor-Esteban, B., Galián-Muñoz, I. y Benavente-Reche, A. P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 16(3), 295–305.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169726001630028X>
- Selye, H. (1974). The evolution of the stress concept. *American Scientist*. 61, 692-99.
<https://psycnet.apa.org/record/1974-10586-001>
- Sura. (2020). Un paso antes del riesgo público. *ARL Sura*, Medellín, Antioquia.
<https://www.arlsura.com/index.php/173-noticias-riesgos-profesionales/noticias/2063-un-paso-antes-del-riesgo-publico>
- Sura. (s.f). *Un paso antes del riesgo público*. <https://www.arlsura.com/index.php/173-noticias-riesgos-profesionales/noticias/2063-un-paso-antes-del-riesgo-publico>
- Sura. (2018). *Manejo del Riesgo Público* [Archivo PDF].
https://arlsura.com/files/2018/Riesgo_Publico_Definitivo.pdf
- Taylor S.J. y Bogdan R. (1984) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación la*

búsqueda de significados, Barcelona, España, Editorial Paidós.

- Tian, Y., Yue, Y., Wang, J., Luo, T., Li, Y. y Zhuo, J. (2020). Workplace violence against hospital healthcare workers in China: a national WeChat-based survey. *BMC Public Health*, 20, 582. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08708-3>
- Travetto, C., Daciuk, N., Fernández, S., Ortiz, P., Mastandueno, R., Prats, M., Flichtentrei, D. y Tajer, C. (2015). Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(4), 307-315.
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/307-315/es>
- Tuya, X., Mezones, E., Monge, E., Arones, R., Mier, M., Saravia, M., Torres, J. y Mayta, P. (2016). Violencia laboral externa tipo amenaza contra médicos en servicios hospitalarios de lima metropolitana, Perú 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(4), 670-9. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2550
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P.B., Burr, H., Tuchsén, F., & Bonde, J.P. (2006). Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60,771-775. doi: 10.1136/jech.2005.042986.
- Wlosko, M., & Ros, C. B. (2008). *Violencia laboral y organización del trabajo en personal de enfermería*. In XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-032/256>

Anexos

Anexo 1

Programa de Intervención del Riesgo Público

Introducción

El Riesgo público debe ser considerado un riesgo ocupacional importante, no solo para los responsables de la seguridad y salud en el trabajo, sino para cada uno de los miembros de las organizaciones. Actualmente estamos inmersos en un conglomerado de diversas culturas donde la intolerancia juega un papel importante en la historia del conflicto, las desigualdades sociales, el resentimiento y la obtención de poder crean las guerras, en las cuales en muchas ocasiones quienes terminan lastimados son quienes no forman ni quieren formar parte del conflicto. Colombia no es ajena a todo esto ha vivido en un conflicto armado por más de 70 años el cual ha sido difícil de contener.

Como parte de la sociedad las empresas u organizaciones no son ajenas a esta realidad, aunque en la actualidad las modalidades de conflicto hayan cambiado su presencia, siguen generando consecuencias graves que afectan no solo externamente a través de situaciones de orden público como robos, secuestros, entre otras, sino también, internamente en las organizaciones mediante la violencia laboral que día a día se vuelve más relevante para la productividad, afectando la salud de los trabajadores, o aún más grave, pueden llevar a la muerte de los mismos.

Si bien es cierto que el riesgo público, en su connotación de público, indica que cualquiera puede estar expuesto a estas situaciones. Sin embargo, no es indicativo que no se pueda intervenir. Es por esto, que desde la gestión administrativa se pueden crear estrategias que permitan disminuir la exposición a este tipo de riesgos.

Alcance

El presente programa va dirigido a los trabajadores de la salud y demás personal de la ONG Primera Urgencia Internacional que realizan trabajo de campo en los municipios de Tame, Saravena y Arauquita del departamento de Arauca, de manera que permita establecer una propuesta de intervención para la reducción del riesgo público como medida de seguridad y salud en el trabajo.

Objetivos

Objetivo General

Mejorar aspectos concernientes al autocuidado y brindar conocimientos básicos de seguridad en los trabajadores de la ONG Primera Urgencia Internacional, frente al riesgo público, con el propósito de prevenir incidentes y accidentes, tanto laborales como extralaborales.

Objetivos Específicos

- Brindar recomendaciones que contribuyan a preservar las condiciones de Salud y Seguridad en el Trabajo cuando por objeto propio de su labor se encuentre operando sus actividades cotidianas.
- Dar a conocer e implementar lineamientos estructurales del riesgo público a los trabajadores y colaboradores de la ONG Primera Urgencia Internacional, con el fin de fortalecer los sistemas de prevención en Riesgo Público.
- Identificar los peligros que se pueden generar en la fuente, situación o acto en diligencias o procedimientos enfocados al Riesgo Público al interior de la ONG Primera Urgencia Internacional.

- Fortalecer los diferentes estilos de afrontamiento al Riesgo Público en los trabajadores y colaboradores de la ONG Primera Urgencia Internacional mediante los procesos de socialización y capacitación.

Definiciones

Accidente de trabajo: Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se consideran accidentes de trabajo aquellos que se produzcan:

- Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.
- Durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.
- Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

Accidente de tránsito: De acuerdo al artículo 2° del código nacional de tránsito ley 769 del 2002, se define como evento generalmente involuntario, generado al menos por un vehículo en movimiento, que causa daños a personas y bienes involucrados en él e igualmente afecta la normal circulación de los vehículos que se movilizan por la vía o las vías comprendidas en el lugar o dentro de la zona de influencia del hecho.

Conflicto armado: todo enfrentamiento protagonizado por grupos de diferente índole (tales como fuerzas militares regulares o irregulares, guerrillas, grupos armados de oposición, grupos paramilitares, o comunidades étnicas o religiosas que, utilizando armas u otras medidas de destrucción

Enfermedad laboral: Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

Extorsión: La extorsión es un delito consistente en obligar a través de la utilización de violencia y amenazas a una persona para realizar, tolerar u omitir un acto en contra de su voluntad, con la intención de generar provecho ilícito o beneficio económico para sí o para un tercero.

Misión médica: comprende el conjunto de bienes, instalaciones, instituciones, transporte terrestre, aéreo, fluvial y marítimo, equipos y materiales necesarios para llevar a cabo las actividades propias de la prestación de servicios de salud, tales como, asistencia sanitaria, salud preventiva, educación en salud, administración y apoyo en las prestación de los servicios de salud, atención pre hospitalaria y extramural, conformado a su vez, por el personal profesional de la salud y otras disciplinas, con vinculación laboral o civil, que ejercen

funciones sanitarias, en el marco de la misión humanitaria en situaciones o zonas de conflicto armado u otras situaciones de violencia que afecten la seguridad pública, desastres naturales y otras calamidades.

Robo: Es un delito contra el patrimonio, consistente en el apoderamiento de bienes ajenos de otras personas de manera fraudulenta, empleando para ello fuerza en las cosas o bien violencia o intimidación en las personas.

Secuestro: Es un delito que consiste en privar de la libertad de forma ilícita a una persona o grupo de personas, normalmente durante un tiempo determinado, con el objetivo de obtener un rescate o el cumplimiento de otras exigencias en perjuicio del o los secuestrados o de terceros.

Violencia laboral: consiste en tomar una serie de acciones en contra de otro individuo en el entorno laboral, las cuales pueden ser ejercidas tanto por una figura de autoridad como por uno o más compañeros de trabajo del mismo rango.

Violencia psicológica: toda agresión realizada sin la intervención del contacto físico entre las personas. Es un fenómeno que se origina cuando una o más personas arremeten de manera verbal a otra u otras personas, ocasionando algún tipo de daño a nivel psicológico o emocional en las personas agredidas.

Violencia física: son todas las agresiones que atentan contra el cuerpo de una persona, ya sea a través de golpes, lanzamiento de objetos, encierro, sacudidas o estrujones, entre otras conductas que puedan ocasionar daños físicos.

Riesgo público: son todos aquellos aspectos que se viven en espacios públicos y que pueden poner en riesgo la vida y la integridad física de las personas.

Sistema de gestión: Un sistema de gestión es una herramienta que permite controlar, planificar, organizar y automatizar las tareas administrativas de una organización. Un sistema de gestión analiza los rendimientos y los riesgos de una empresa, con el fin de otorgar un ambiente laboral más eficiente y sostenible

Responsables

Alta Gerencia: Disponer de los recursos financieros, técnicos y humanos para el desarrollo y ejecución de las actividades propuestas en este plan de intervención.

Responsable del SG-SST: Ejecutar las actividades propuestas en este plan de intervención del riesgo público, calcular los indicadores de gestión.

Coordinadores: Fomentar la participación en las actividades del plan de intervención.

Trabajadores: Asistir y participar de las actividades que se establezcan en este plan de intervención.

Duración del programa

Se estima que la propuesta de intervención tenga una duración de 6 meses, de igual manera la ONG puede disponer del tiempo como lo crea conveniente según sus actividades ya definidas para el año. .

Actividades del programa

Este programa se orienta en las actividades preventivas y de control inmediato de los riesgos públicos identificados a través de la evaluación realizada con los trabajadores de la ONG. Se

enfoca en actividades de sensibilización, formación y estructuración de una cultura de autocuidado.

Jornada de prevención de accidentes de tránsito

Revisar el estado técnico mecánico de los vehículos institucionales y de emergencia, brindar una capacitación de actualización en manejo defensivo.

Gestor: Gerencia, responsable SST.

Frecuencia: Capacitación (una vez), revisión preventiva y correctiva diaria de los vehículos.

Participantes: Conductores y trabajadores que poseen vehículo propio para los desplazamientos casa-trabajo-casa.

Modalidad: Revisiones presenciales, capacitación dependiendo las condiciones de la pandemia presencial-virtual.

Formación en Misión Médica

Capacitar a todo el personal en las recomendaciones de seguridad que propone el manual de misión médica del Ministerio de Salud y Protección Social, implementar dentro de la inducción a nuevos trabajadores.

Gestor: Gerencia, responsable SST

Frecuencia: Una vez

Participantes: Conductores y trabajadores de la salud.

Modalidad: Dependiendo de las condiciones de la pandemia presencial-virtual.

Formación en resolución de conflictos

Brindar estrategias a los trabajadores para la resolución de conflictos propios de su labor en la prestación de servicios de salud.

Gestor: Gerencia, responsable SST

Frecuencia: Una vez

Participantes: Conductores y trabajadores de la salud.

Modalidad: Dependiendo de las condiciones de la pandemia presencial-virtual.

Formación en comunicación asertiva

Brindar estrategias de comunicación asertiva al personal de la salud para mejorar la relación médico paciente y evitar conflictos y malas interpretaciones de los servicios de salud.

Gestor: Gerencia, responsable SST

Frecuencia: Una vez

Participantes: Conductores y trabajadores de la salud.

Modalidad: Dependiendo de las condiciones de la pandemia presencial-virtual.

Programa de vigilancia en riesgo público y seguridad

Estructurar e implementar un programa de vigilancia y seguimiento a los casos reportados y las condiciones de seguridad, con el fin de prevenir o intervenir oportunamente las situaciones inseguras.

Gestor: Gerencia, responsable SST, líder de logística.

Frecuencia: Continua

Participantes: Conductores, trabajadores de la salud, personal administrativo.

Modalidad: Presencial y reportes por canales virtuales.

Desactivaciones emocionales

Implementar después de cada semana de trabajo un espacio para la desactivación emocional del equipo que realizan sus funciones en campo, con fin de prevenir afectaciones en la salud mental y evaluar situaciones de seguridad.

Gestor: Gerencia, responsable SST, líder de salud mental.

Frecuencia: una vez por semana

Participantes: Conductores y trabajadores de la salud.

Modalidad: Presencial.

Cronograma

Cronograma a partir del Plan Propuesto							
Tiempo	Actividades	Meses					
Componente		1	2	3	4	5	6
Brindar recomendaciones que contribuyan a preservar las condiciones de Salud y Seguridad en el Trabajo cuando por objeto propio de su labor se encuentre operando sus actividades cotidianas.	Formación en misión médica						
Dar a conocer e implementar lineamientos estructurales del riesgo público a los trabajadores y colaboradores de la ONG Primera Urgencia Internacional, con el fin de fortalecer los sistemas de prevención en Riesgo Público.	Jornada de prevención de accidentes de tránsito						
Identificar los peligros que se pueden generar en la fuente, situación o acto en diligencias o procedimientos enfocados al Riesgo Público al interior de la ONG Primera Urgencia Internacional.	Programa de vigilancia en riesgo público y seguridad Desactivaciones emocionales						
Fortalecer los diferentes estilos de afrontamiento al Riesgo Público en los trabajadores y colaboradores de la ONG Primera Urgencia Internacional, mediante los procesos de socialización y capacitación.	Formación comunicación asertiva Formación en resolución de conflictos						

Indicadores

Indicador de cumplimiento

Establece el cumplimiento de las actividades ejecutadas con respecto a las actividades programadas.

$$\frac{\text{Actividades ejecutadas}}{\text{Actividades programadas}} * 100\%$$

La meta de este indicador es del 90%.

Indicador de participación

Este indicador tiene en cuenta las actividades de capacitación realizadas con los empleados. Establece el número de empleados que participaron en las actividades con respecto al total de empleados activos al momento de la actividad.

$$\frac{\text{Participantes de las actividades}}{\text{Total de trabajadores}} * 100\%$$

La meta de este indicador es del 80%

Anexo 2

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes una clara explicación de la naturaleza y su rol en este ejercicio investigativo, este consentimiento informado atiende a la ley de protección de datos personales 1581 de 2012 y se dirige a los trabajadores de la salud, invitándolos a participar en la investigación: **PREVENCIÓN DE AFECTACIONES EN SALUD MENTAL ASOCIADO CON RIESGO PÚBLICO EN TRABAJADORES DE LA SALUD DE UNA ONG INTERNACIONAL.**

La presente investigación es conducida por los psicólogos David Stiven Foronda Valencia con tarjeta profesional número 198165 y correo electrónico davids.forondav@ecc.edu.co, Estefany Gómez Duque con tarjeta profesional número 211682 y correo electrónico estefany.gomezd@ecc.edu.co y el administrador de empresas José Daniel Paz Ramos con correo electrónico josed.pazr@ecc.edu.co, estudiantes de la especialización en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Universidad ECCI, como parte de su trabajo de grado para la obtención del título. La meta de este estudio es construir un programa de intervención del riesgo público para prevenir afectaciones en la salud mental.

Por tal motivo, se hace necesario evaluar la percepción de este riesgo en los trabajadores de la salud de la ONG Primera Urgencia Internacional por medio de un cuestionario de violencia laboral externa. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario de 34 ítems que incluye información sociodemográfica, factores de riesgo público, afectaciones en salud mental, gestión de la seguridad y salud en el trabajo y gestión de la misión médica, esto tomará aproximadamente entre 15 a 25 minutos de su tiempo. No se harán devoluciones de resultados individuales, pero podrá acceder al informe final de la

investigación. La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y tratada según lo estipulado en el Artículo 2° de la Ley 1090 de 2006, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, las respuestas al cuestionario serán anónimas. No se pagará por la participación en este estudio.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento a los estudiantes. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Desde ya le agradecemos su participación.

Anexo 3

Cuestionario de Violencia Laboral Externa

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

SEXO

Mujer

Hombre

Intersexual

EDAD

Entre 18 y 25 años

Entre 36 y 45 años

Entre 26 y 35 años

Mayores de 46 años

PROFESIÓN/CARGO

Jefe de enfermería	<input type="checkbox"/>	Médico general	<input type="checkbox"/>
Auxiliar de enfermería	<input type="checkbox"/>	Conductor	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	Trabajador social	<input type="checkbox"/>

TIEMPO EJERCIENDO LA PROFESIÓN/CARGO EN LA ONG

Entre 6 meses y 1 año	<input type="checkbox"/>	Entre 5 y 10 años	<input type="checkbox"/>
Entre 1 y 5 años	<input type="checkbox"/>	Más de 10 años	<input type="checkbox"/>

TURNOS DE TRABAJO

Solo diurno Solo nocturno Mixto: diurno y nocturno

FACTORES DE RIESGO PÚBLICO

Durante el tiempo que lleva laborando en la ONG Primera Urgencia Internacional (incluyendo el tiempo en Médicos sin Fronteras) ha sido víctima de los siguientes actos (puede seleccionar varias opciones):

Amenazas Agresión física Agresión verbal Robos/atracos

Durante la pandemia por COVID-19, ha sido víctima de los siguientes actos por ser personal de la salud (puede seleccionar varias opciones):

Amenazas Agresión física Agresión verbal Discriminación

De las dos preguntas anteriores quiénes han sido los agresores (puede seleccionar varias opciones):

Pacientes Familiares Grupos armados Comunidad

Ha estado involucrado en accidentes de tránsito mientras realizaba actividades laborales (brigadas de salud o actividades extramurales) o en los desplazamientos casa-trabajo-casa en su vehículo propio:

Si

No

AFECTACIÓN EN LA SALUD MENTAL

Has presentado alguno de los siguientes efectos en la salud posterior a experimentar amenazas, agresión física, agresión verbal, robos/atracos, accidentes de tránsito o discriminación (puede seleccionar varias opciones):

Ansiedad (preocupación excesiva, miedo, estado de alerta constante)

Depresión (sentimientos de tristeza e irritabilidad, llanto excesivo, pérdida del ánimo para ejecutar actividades)

Alteración en el sueño (aumento o disminución de las horas de sueño)

Alteración en la alimentación (aumento o disminución del apetito)

Estrés

Síntomas psicósomáticos (cefalea, gastritis, diarrea, dolores musculares, estreñimiento)

Afectación en las relaciones sociales y familiares (aumento de las discusiones con familiares o pareja sentimental, disminución del deseo sexual)

GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

¿Ha recibido capacitación relacionada al riesgo público?

Si

No

Tiene conocimiento de cómo informar a la ONG y la ARL en caso de ser víctima de situaciones relacionadas con el riesgo público:

Si

No

GESTIÓN DE LA MISIÓN MÉDICA

A continuación, encontrará algunas recomendaciones de seguridad para el personal de la salud establecidas en el Manual de Misión Médica del Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Queremos conocer el conocimiento y adopción de dichas medidas en la ONG:

Recomendación	Si la conozco y se aplica	Si la conozco, pero no se aplica	No la conozco
Atender siempre a los heridos,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

enfermos, náufragos y población civil sin distinción alguna o carácter desfavorable, determinando la prioridad de la atención únicamente en criterios médicos.

Contar con una red de apoyo en salud mental, que le sirva de soporte ante situaciones críticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportarse siempre con prudencia, discreción y cortesía en el desarrollo de sus actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los medios de transporte sanitario deben tener un cuidado y mantenimiento constante para su buen funcionamiento (mantenimiento técnico - mecánico: aceite, frenos, agua, batería, luces y llantas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El conductor se cerciorará de que el vehículo siempre se estacione en el sentido de la salida y procurará abastecerlo de combustible al final de cada jornada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ante la inminencia de un control sobre la ruta (de cualquiera de las partes en conflicto), se deberá disminuir su velocidad a fin de poder detenerse a la más mínima señal de "PARE".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se podrá transportar o transmitir correo, sobres, mensajes escritos o mercancías de y para terceros fuera del contexto de la Misión Médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se deberá contar con un medio de comunicación permanente: radio, celular o identificar lugares desde donde se pueda realizar la comunicación (cabinas telefónicas, locales de servicios de larga distancia, etc.), que permitan al personal sanitario reportar sus actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En todo desplazamiento deberá mantenerse una comunicación constante con una central, mediante la cual se informe el momento de salida, de llegada al destino, así como cualquier eventualidad durante su recorrido según el tiempo de desplazamiento y si las condiciones lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

permiten.

Evitar la utilización de códigos, señales o claves en las comunicaciones, usar el lenguaje español de manera clara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En las salidas extramurales el equipo sanitario tendrá la obligación de reportarse a su sede (hospital o servicio de salud) a la salida, cada 2 horas según las condiciones y distancia del lugar y durante el regreso de la misión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre se procurará averiguar las condiciones de seguridad con las autoridades locales o por otros medios (Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Desastres (CRUE), Policía Nacional, Ejército, Prensa, entre otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se identificarán los lugares en donde se van a realizar las actividades sanitarias con pendones o banderas, de tal manera que sean visibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de amenaza, aplicar las medidas de protección individual y de seguridad (traslado, reubicación, estudio de riesgo, etc), de acuerdo con las normas legales vigentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conoce el formulario de inscripción para el programa de prevención y protección.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>