



COLEGIO MÉDICO
SANTIAGO

VIOLENCIA EN CONTRA DEL PERSONAL DE SALUD

Dr. Daniel Rojo Vera

Departamento de Estudios
Colegio Médico de Santiago

Santiago, abril 2023

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años hemos sido testigos de un marcado aumento de las agresiones a funcionarios de la salud en recintos de atención. En algunos casos, se trata de acciones de extrema violencia y alta connotación pública, que acaparan titulares de diario. En otros, la mayoría, de hechos cotidianos de menor espectacularidad, pero que se suceden cada día en hospitales y consultorios, con víctimas anónimas que ven mermada su calidad de vida, su confianza y seguridad, dañando de paso la capacidad de respuesta de los servicios asistenciales y el acceso a la salud de sus comunidades de usuarios y usuarias.

La llamada “Ley de Consultorio Seguro” endureció las penas para quienes agredan a funcionarios de salud en ejercicio, y planteó la obligatoriedad de la denuncia por parte de las jefaturas locales de los centros de salud, lo que ha significado un avance, sin embargo, aún no contamos con un catastro centralizado, georeferenciado, que permita intervenir en base a evidencia y objetivar lo que hoy aparece en redes sociales y medios de comunicación.

Por otro lado, es fundamental abordar el tema desde la prevención, incentivando que se hagan las denuncias, mejorando los protocolos y la infraestructura para la protección de funcionarios y pacientes. Pero más importante aún, tenemos que articular las redes necesarias con la comunidad para que estas situaciones no se sigan repitiendo, y que cada ataque a un centro de salud se entienda, no como un hecho aislado o personal, si no como un daño a la propia comunidad y la sociedad en su conjunto.

El Colegio Médico, cumpliendo el mandato de proteger la profesión, ha estado en permanente alerta ante esta situación. Por intermedio de FALMED, posee protocolos de atención para abordar agresiones en sus distintas etapas, y, en coordinación con los diferentes regionales, realiza una labor de difusión en los servicios de salud.

Como Consejo Regional Santiago hemos impulsado múltiples gestiones con el fin de levantar el tema frente a las autoridades. Nuestro gremio es actor permanente en mesas de trabajo que suelen incluir a representantes del Ministerio de Salud y del Ministerio del Interior. Y si bien reconocemos las instancias de reflexión y participación, debemos al mismo tiempo mencionar que lo que como dirigentes nos toca ver es un escenario cada día más complejo, con herramientas que no están siendo evaluadas ni correctamente articuladas.

El presente documento fue encargado a la Unidad de Estudio del Regional Santiago con el objeto de dimensionar el problema y conocer el estado de arte actual en términos de epidemiología, causas y medidas de prevención y mitigación de la violencia en contra del personal de salud a nivel internacional y nacional. Esperamos que sea un aporte a la discusión de un problema cada vez más complejo, que solo podremos enfrentar adecuadamente con un acuerdo entre todos los sectores, y un trabajo mancomunado a corto, mediano y largo plazo.

RESUMEN EJECUTIVO

La violencia en contra del personal de salud (PS) es un problema mundialmente extendido y que, además de afectar el derecho humano a un lugar de trabajo seguro y sin violencia, posee un impacto en la salud pública al poner en riesgo las atenciones de salud, especialmente en las poblaciones más vulnerables: la violencia afecta la salud física y mental del PS y lleva, por ejemplo, a atenciones clínicas de mala calidad, absentismo y alta rotación profesional, desembocando ello en un impacto asistencial directo. La OMS recoge definiciones amplias de este fenómeno a modo de abarcar las múltiples situaciones que pueden afectar la integridad holística y bienestar del trabajador tanto en su lugar de desempeño como en los trayectos a éste. Además, existen distintos orígenes de la violencia, pudiendo provenir del usuario (situación mayormente analizada en esta revisión), de compañeros de trabajo o incluso de delincuencia habitual.

Las cifras más recientes, provenientes de revisiones y metaanálisis, muestran que en el último año a nivel mundial aproximadamente $2/3$ del PS ha sufrido algún tipo de violencia, casi la mitad ha recibido violencia no física y $1/4$ ha estado expuesto a violencia física siendo médicos y enfermeras las actividades con mayor riesgo de sufrir agresiones y las unidades de urgencia y de psiquiatría los lugares de ocurrencia más común. Las pocas cifras obtenidas en nuestro país van en concordancia con los datos internacionales, mostrando ciertas particularidades, como el alto número de TENS atacados en los servicios de urgencia. Los datos, a nivel mundial, están cruzados por el subreporte y la cultura del silencio que ronda esta problemática. Es tal la extensión de la violencia que se llega a creer que es “parte del trabajo” y los datos muestran que al tomar conciencia de la necesidad de combatir las agresiones las cifras de prevalencia aumentan, al aumentar las notificaciones.

El problema es multifactorial e involucra al PS y su interacción con el usuario, su organización, su comunidad y sociedad y por lo tanto las medidas para prevenir la violencia o mitigarla deben ser enfocadas a los distintos actores y en las distintas fases temporales del evento. Junto a ello, las guías y protocolos de prevención debieran seguir las directrices emanadas de la OMS/OIT al respecto que incluyen principios de participación, mirada de género, no discriminación, ser sensible a las diferencias culturales y poseer una gestión sistematizada.

Las medidas de prevención y mitigación, de forma individual, poseen nivel de calidad de evidencia baja o muy baja en

efectividad para evitar la violencia. Sin embargo, los programas completos de prevención con un sistema de gestión sistematizada y retroalimentación articulada poseen nivel de calidad de evidencia moderada en su disminución de la violencia, a pesar de lo metodológicamente dificultoso que es plantear estudios de estas temáticas. En esta revisión se da el ejemplo del programa del Reino Unido “Tolerancia Cero” como ejemplo de buena práctica.

En nuestro país las políticas públicas han girado en torno a mesas de seguridad con actores sectoriales, mandato a mesas en los servicios de salud, iniciativas de registro y asistencia a víctimas. El principal avance de los últimos años es la promulgación de la ley “Consultorio seguro”, la cual aumenta las penas en caso de amenazas o lesiones al PS; sin embargo, es controversial la efectividad de dichas medidas punitivas por si solas y su efecto a nivel de reducir el número de ataques necesita medición. Existe una normativa editada por el MINSAL el año 2018 que incluye medidas pre, en el y post evento de violencia de tipo capacitación al personal, de gestión organizacional y de la planta física. Sin embargo, no existe una política pública nacional que coordine estos esfuerzos y lo principal: que posea un enfoque de gestión y retroalimentación. A futuro los esfuerzos a nivel nacional debieran enfocarse en medir la magnitud del problema y plantearse el desafío de desarrollar una política nacional de prevención de la violencia en contra del PS.

DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LA PROBLEMÁTICA

La OMS define violencia en el lugar de trabajo como “El uso intencional de la fuerza, ya sea una amenaza de uso o el uso efectivo, contra una o más personas en circunstancias relacionadas al trabajo y que lleva o potencialmente puede llevar (con alto grado de probabilidad) a un daño, a la muerte, a daño psicológico, a desarrollo personal imperfecto o deteriorado”. Dicha definición se complementa, y es recogida por la OMS en sus guías, con lo postulado por la Comisión Europea en contra de la violencia en el trabajo: “Todo incidente en el cual el personal es abusado, amenazado o agredido en circunstancias relacionadas a su trabajo o su traslado a este y que involucran un riesgo implícito o explícito a su seguridad, bienestar o a su salud” (Cooper & Swanson, 2002; ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002).

El abanico de comportamientos que son considerados violencia y de violencia en el trabajo están atravesados por contextos culturales y la realidad sociopolítica de cada país, siendo usualmente relacionados a la violencia física, sin considerar la dimensión psicológica del problema. Al hablar de “incidentes” o de “uso de la fuerza” se abarca una gama de conceptos dentro de las diferentes dimensiones de la violencia, contando, por ejemplo: agresión física, homicidios, abuso verbal, hostigamiento, abuso sexual, *mobbing*¹, entre otros. Solo mediante el uso de dichas amplias definiciones es posible catalogar como violencia en el trabajo el gran espectro de situaciones que pueden afectar al trabajador realizando sus quehaceres o en otras circunstancias relacionadas a su trabajo (Cooper & Swanson, 2002; International labour organization, 2020).

Diversas organizaciones internacionales como la OMS, la Organización internacional del trabajo (OIT), la Cruz Roja, el consejo internacional de enfermeras, entre otras, declaran que la violencia en el trabajo es un fenómeno mundial alarmante y que, a pesar de los esfuerzos de cuantificarla y prevenirla, la real dimensión del problema es desconocida y estamos observando “la punta del iceberg”. El problema es tan común y frecuente que, entre trabajadores que tienen contacto diario con público vulnerable, la violencia llega a ser considerada una parte inevitable del trabajo (*Workplace Violence in the Health Sector*, s. f.).

Cifras obtenidas de una revisión sistemática indica que el personal

1. Es, en término simples, el *bullying* en el trabajo.

de salud (PS) está entre los trabajadores con mayor probabilidad de experimentar una agresión en su trabajo (comparado, al menos en USA, a policías y fuerzas de seguridad) (Piquero et al., 2013). Sin embargo, la violencia hacia el PS no es solo un problema de países desarrollados; el problema ha sido cuantificado también (en mayor o menor detalle) en países con escaso nivel de desarrollo y en vías de desarrollo y se estima que podría alcanzar hasta un cuarto de la violencia entre todos los trabajos (*Workplace Violence in the Health Sector*, s. f.).

Estudios provenientes de todos los continentes habitados y de países tan diversos que van de Canadá a Jordania, Pakistán a Australia, Perú a Egipto, Reino Unido a Chile muestran cifras de prevalencia y proponen causas de la problemática similares. Es, a todas luces, un problema mundial que trasciende fronteras, barreras culturales, étnicas, sistemas políticos, sistemas de justicia y religiones. Coinciden, además, en que el grueso del PS suelen ser mujeres, quedando de manifiesto la evidente dimensión de género del problema. Un ejemplo de dicha situación son los datos que muestran que ser mujer y enfermera son factores de riesgo que interactúan para poseer más riesgo de ser agredida en el trabajo. Además, el subreporte de las agresiones suele ser la tónica y la violencia mostró su lado más contradictorio en la pandemia por Sars-Cov2: la sociedad ataca a los mismos que trata de héroes (Caruso et al., 2022a; Cooper & Swanson, 2002; Piquero et al., 2013).

La violencia en contra del PS no es un problema nuevo² y múltiples asociaciones de profesionales a nivel nacional e internacional, gremios y organismos internacionales (como las ya mencionadas OMS y OIT, entre otras) han levantado la voz, a lo largo del tiempo, respecto a la problemática. Desde comienzo de siglo la OMS y la OIT lideran agendas para intentar controlar la violencia en contra del PS y han dictado directrices para ello (ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002). Dicho esfuerzo es necesario no solo por el derecho humano de los trabajadores a tener condiciones dignas en su lugar de trabajo, sino que, además, la evidencia indica que la violencia sobre el PS impacta en la calidad y seguridad de la atención de salud proveída (Geoffrion et al., 2020).

En general cada país, además, posee sus propias políticas públicas y guías de prevención y de cómo afrontar los casos de violencia. En el caso nuestro, el MINSAL emitió la circular 28 del año 2018 (*Norma-Administrativa-sobre-Agresiones-al-personal-de-atencion-en-establecimientos-de-salud.pdf*, s. f.), el cual es el protocolo vigente para guiar el combate a este problema. El año de la emisión de dicha circular fue especialmente álgido en términos de agresiones al PS debido a una seguidilla de casos de alta relevancia en número y gravedad y gran actividad gremial del COLMED para instalar el tema y proteger a sus colegiados. Las notas de prensa de la época recogen declaraciones de dirigentes y autoridades de salud que muestran, por una parte, que en nuestro país la violencia al PS también es un problema antiguo y relevante y, por otro, el establecimiento de una mesa de trabajo entre la subsecretaría de prevención del delito, la asociación de municipalidades, COLMED y CONFUSAM. Dicha mesa propuso acelerar la propuesta de ley denominada “Consultorio seguro”, la cual posee un enfoque punitivo³ del problema y establece el aumento de las penas en casos de agresión, además de la obligación de las autoridades de los centros de salud de

2. En el review de Caruso et al se recoge una publicación de 1892 al respecto.

3. Los bemoles de los castigos penales a las agresiones y su real efectividad serán abordados más adelante en el texto.

interponer denuncias a cada caso. Dicha ley se promulga en noviembre del 2019 (en pleno estallido social) (*Ministerio de Salud anunció que hoy entró en vigencia “Ley Consultorio Seguro”, s. f.; S.A.P, 2019*).

Además del trabajo en torno a la prevención primaria y secundaria de agresiones, nuestro gremio posee (por medio de la fundación de asistencia legal) protocolos claros de cómo afrontar la agresión y de acompañamiento del agredido y realiza difusión de dichos beneficios que se poseen los colegiados (Zuñiga, 2022). Junto a ello, existen numerosos artículos en la revista Vida Médica que hablan del problema y enfocan la prevención en medidas de educación asociado a la importancia de notificar cada caso (*¿Cómo nos hacemos cargos de las agresiones al personal de salud? | Colegio Médico de Chile, s. f.*).

La revisión bibliográfica realizada identificó una gran cantidad de publicaciones, fiel reflejo de lo extendido del problema. Muchas de las publicaciones son dirigidas por investigadores de profesiones específicas (médicos, enfermeras⁴, etc.) focalizando en dichos gremios la recolección de datos (usualmente por medio de encuestas auto aplicadas⁵). La violencia afecta a todos los quehaceres y estamentos dentro del PS, sin perjuicio que hay ocupaciones con mayor riesgo. La caracterización epidemiológica de la violencia se dificulta al abordar a los miembros del equipo por separado y, por lo demás, las posibles medidas preventivas y de intervención sobre los hechos de violencia inciden en todo el PS (ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002; Liu et al., 2019). Debido a ello, el autor de este informe prefiere tratar el tema como “Violencia en contra del personal de salud” y no solo contra los médicos.

Otro factor presente al revisar el tema es la clasificación de los tipos de violencia. La violencia en el trabajo puede dividirse de acuerdo con el agresor y su relación con la víctima. Una clasificación es la propuesta por la oficina de salud ocupacional y estándares de seguridad de California (Program & California, s. f.), la cual divide la violencia en:

- Tipo I: El agresor no tiene relación con el espacio de trabajo y su principal objetivo es cometer un delito (ejemplo, agresión en medio de un robo o un crimen de otra índole).
- Tipo II: El agresor (o sus acompañantes) son receptores del servicio que provee el lugar de trabajo de la víctima (violencia por parte del usuario).
- Tipo III: El agresor tiene relación laboral (de cualquier tipo) con la víctima.

En la violencia tipo III, desde el punto de vista criminológico, predomina la elección racional de delinquir⁶, sopesando pros y contras respecto a la ganancia versus la reprimenda penal. En cambio, en la violencia tipo II la violencia es impulsiva y sin plan previo (Henson, 2010).

Otra forma de clasificar es la propuesta por la OIT (International labour organization, 2020), que

4. Esta profesión posee la mayor cantidad de estudios en esta área (Spelten et al., 2020a).

5. Dicho enfoque puede contener sesgo del recuerdo en sus resultados.

6. Dentro de las contras para delinquir los estudios criminológicos muestran que el delincuente, más que temer a las penas más largas encarcelado, se ve inhibido frente a la posibilidad de ser capturado. Este enfoque permite diseñar medidas de prevención de este tipo de violencia, que no necesariamente coinciden con eventos que dependen de la impulsividad (Henson, 2010).

divide las dinámicas de violencia y acoso en:

- Violencia horizontal: entre trabajadores en el mismo nivel jerárquico.
- Violencia vertical: entre trabajadores y subordinados.
- Violencia por terceras partes: la perpetrada por los receptores (o sus acompañantes) del servicio que provee el lugar de trabajo (es decir, clientes y pacientes).

Estas clasificaciones contribuyen a clarificar el alcance de los términos a usar, la información recolectada y las sugerencias que se pueden tomar para prevenir y combatir la violencia en el trabajo. En términos generales la violencia en contra del personal de salud incluye agresores internos y externos, y los eventos de agresión provenientes de ambas partes, en algunos estudios y revisiones se recolectan juntos. Además, dentro de las dinámicas de violencia interna el acoso sexual es una problemática seria y prevalente (International labour organization, 2020).

Otra circunstancia que puede llegar a ser contundente y afectar la medición de prevalencia es la existencia de agresiones provocadas por pacientes como resultado de sus patologías de base o de reacciones reflejas durante el tratamiento, situaciones que, si bien no son “intencionales”, caen en la definición de violencia que incluye cualquier incidente que provoca daño al trabajador. Muchas veces dichos incidentes no se notifican adecuadamente o incidentes intencionales malamente se categorizan como consecuencia del estado del paciente, llevando a subreporte y falla en el acompañamiento de la víctima y de implementación de medidas para prevenir la violencia (Hou et al., 2022).

La siguiente revisión se enfocará en la violencia perpetrada por “terceras partes”, es decir, que proviene de personas externas y que son usuarias o acompañan a un usuario de los servicios proporcionados por la organización. Dicha violencia usualmente se manifiesta como violencia verbal, física e, incluso, formas de acoso sexual. Si bien es factible estar en una situación de violencia Tipo I (rescate armado de un integrante de banda delictual, por ejemplo), es de ocurrencia marginal, comparado a los casos Tipo II (Wiskow, s. f.).

A su vez, la violencia perpetrada por compañeros de trabajo (pares, trabajadores de la misma organización sin relación directa, visitantes o superiores/subordinados), corre por un carril separado en sus dinámicas, formas de prevención y sanción y posee una gravedad intrínseca que requiere un estudio y revisión por separado. Esto determina que esta temática será abordada solo en forma general cuando cruce e influya en el foco de esta revisión.

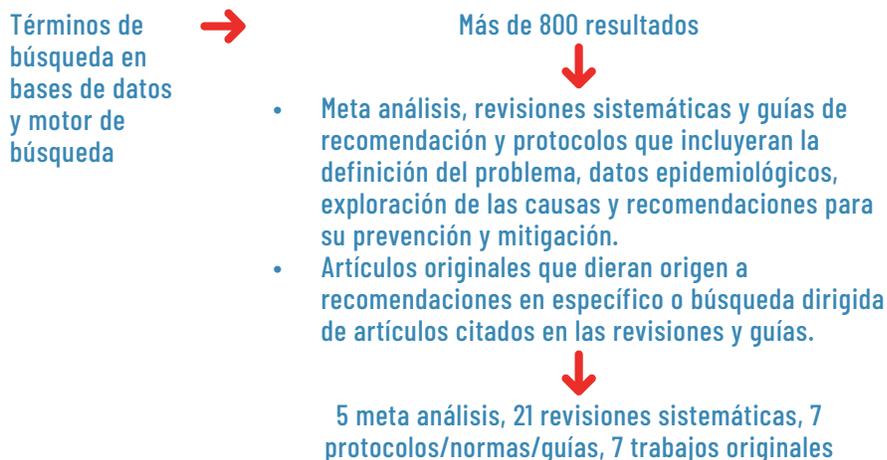
A continuación, se exponen las principales ideas y datos que se cuentan a la fecha respecto a la violencia en contra del personal de salud divididos en los siguientes apartados: Epidemiología, causas y factores de riesgo, consecuencias de la violencia en contra del PS, niveles y tipos de intervención, intervenciones para prevenir y limitar la violencia y conclusiones y perspectivas a futuro.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente informe fue elaborado en el mes abril del 2023. El autor trabajó, con búsquedas en bases de datos electrónicas (PubMed, Scielo, Google Scholar) y en motor de búsqueda Google obteniendo más de 800 resultados entre guías de recomendación, documentos oficiales de organismos internacionales y nacionales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y artículos originales. Dicha búsqueda tuvo como estrategia y criterios de selección en primera instancia que fueran metaanálisis, revisiones sistemáticas y guías de recomendación y protocolos que incluyeran la definición del problema, datos epidemiológicos, exploración de las causas y recomendaciones para su prevención y mitigación. En segunda instancia se incluyeron resultados de búsqueda de artículos originales que dieran origen a recomendaciones en específico o se buscaron de manera dirigida los artículos citados en las revisiones y guías. Junto a ello, se obtuvieron datos y hechos para contextualizar la problemática desde notas de prensa, páginas de gremios y páginas gubernamentales.

Se utilizaron términos de búsqueda simples y combinados (utilizando idioma español e inglés) tipo “violencia en contra de trabajadores de la salud”, “agresiones en contra de trabajadores de la salud”, “agresiones a personal de salud”, “violencia contra médicos” entre otros, abarcando los tópicos expuestos en la estrategia de búsqueda y eliminando trabajos por redundancia. Esto dio como resultado la extracción de recomendaciones de un total de 48 fuentes (5 metaanálisis, 21 revisiones sistemáticas, 7 protocolos/normas/guías, 7 trabajos originales y 8 otras). El autor realizó, de manera individual, el presente informe por encargo de la mesa directiva del Colegio Médico Regional Santiago y no declara conflictos de interés.

Diagrama 1: Metodología de la revisión



EPIDEMIOLOGÍA

Considerando la violencia en todo tipo de trabajo, los eventos en contra del PS contribuyen hasta en un 25% del total, ubicándose en segundo lugar detrás del personal de servicios de seguridad y protección y, acorde a cifras federales de USA, concentran más del 50% de todas las agresiones físicas registradas por año⁷. Cifras genéricas de la OMS muestran que entre el 8 al 38% de todo el PS ha sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida y, a su vez, están en mayor riesgo de ser sujetos a violencia: estudios indican que el PS posee un riesgo de agresiones de hasta 16 veces más que otros rubros⁸ (Caruso et al., 2022b; ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002; Program & California, s. f.).

Datos recolectados en revisiones muestran que, en periodos de 6 a 24 meses, hasta un 95% del PS encuestado ha sufrido alguna forma de violencia por parte de pacientes, 50% por parte de acompañantes y hasta 40% proveniente de compañeros de trabajo (Geoffrion et al., 2020; Spelten et al., 2020a).

Jianxin Liu et al publicaron en 2019 una gran revisión y metaanálisis de la prevalencia a 12 meses de violencia en contra del PS en la cual, luego de analizar los resultados de más de 200 estudios (más de 38000 personas en total), estimaron que el 62% del PS ha estado expuesto a cualquier tipo de violencia en el trabajo, un 43% a violencia no-física y 24% a violencia física. Dentro de la violencia no-física lo más frecuente es el abuso verbal (58%), seguido por amenazas (33%) y acoso sexual (12%). El estudio describe prevalencias más altas en Asia y Norteamérica⁹ que en otras áreas geográficas y constata a enfermeras y médicos como los más afectados. En cuanto al lugar de la agresión, las prevalencias más altas se dan en servicios de urgencia¹⁰, unidades de psiquiatría y en atenciones prehospitalarias. Dichos hallazgos poseen significancia estadística (Liu et al., 2019). En la tabla 1 y 2 se exponen los principales resultados del estudio.

7. Por ejemplo, en USA los paramédicos tienen tasas de agresión física 22 veces mayor que el promedio nacional.

8. Medido en enfermeras de servicios de psiquiatría.

9. Frente a la aparente paradoja de altas prevalencias de violencia en sistemas de salud con buenos indicadores de salud y guías claras de prevención los estudios y las revisiones del tema concluyen que, a medida que se socializa y concientiza respecto al problema, existe mayor notificación de dichos eventos. Más que poseer prevalencias más altas, las cifras reflejan el problema del subreporte.

10. Elliott clasifica los lugares según el nivel de riesgo de violencia en lugares de alta ocurrencia (Urgencias, unidades psiquiátricas por ej.), de mediana ocurrencia (hospitalizados médico-quirúrgicos, policlínico por ej.) y de baja o nula ocurrencia (bibliotecas médicas, salas de clase, auditorios)(Elliott, 1997). Los hallazgos del metaanálisis apoyan dicha clasificación.

Tabla 1: Proporción de exposición a distintos tipos de violencia (Prevalencia a 12 meses)¹¹

Exposición a cualquier tipo de violencia	Categorías	Prevalencia
Sexo	Hombres	60%
	Mujeres	59%
Área geográfica	Asia	65%
	Europa	48%
	Norteamérica	67%
	Australasia	71%
	África	59%
	América Latina	63%
Lugar de la agresión	Prehospitalaria	84%
	Atención primaria	50%
	Hospitales	66%
	Unidades psiquiátricas	67%
	Servicios de Urgencia	79%
Ocupación	Médicos	57%
	Enfermeras	59%
	Otras ocupaciones	44%
	Mezcla de estamentos	67%

¹¹. (Liu et al., 2019).

Tabla 2: Proporción de exposición a distintos tipos de violencia (Prevalencia a 12 meses)¹²

Exposición a violencia no física	Categorías	Prevalencia
Tipo de violencia no física	Verbal	58%
	Acoso sexual ¹³	12%
	Amenazas	33%
	Mixtas	59%
Sexo	Hombres	46%
	Mujeres	46%
Área geográfica	Asia	46%
	Europa	32%
	Norteamérica	59%
	Australasia	39%
	África	33%
	América Latina	37%
Lugar de la agresión	Prehospitalaria	44%
	Atención primaria	30%
	Hospitales	46%
	Unidades psiquiátricas	37%
	Servicios de Urgencia	63%
Ocupación	Médicos	40%
	Enfermeras	45%
	Otras ocupaciones	41%
	Mezcla de estamentos	41%
Exposición a violencia física	Categorías	Prevalencia
Sexo	Hombres	27%
	Mujeres	21%
Área geográfica	Asia	24%
	Europa	20%
	Norteamérica	37%
	Australasia	28%
	África	21%
	América Latina	4% ¹⁴
Lugar de la agresión	Prehospitalaria	21%
	Atención primaria	7%
	Hospitales	27%
	Unidades psiquiátricas	51%
	Servicios de Urgencia	31%
Ocupación	Médicos	18%
	Enfermeras	27%
	Otras ocupaciones	15%
	Mezcla de estamentos	23%

^{12.} (Liu et al., 2019).^{13.} Los autores calcularon un riesgo de casi 4 veces mayor de acoso sexual entre mujeres respecto a hombres.^{14.} Los estudios que cumplieron los criterios de inclusión fueron 3 y parecieran reflejar el problema del subreporte.

Adicional a lo mostrado, datos de otro metaanálisis reciente enfocado desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, muestra cifras similares de prevalencia a todo evento y diferenciado por violencia verbal y física (Binmadi & Alblowi, 2019).

Información de otro metaanálisis, hecho en plena pandemia por Sars-Cov2 y con intención de buscar si hubo incremento en las agresiones, muestra prevalencias similares en Asia y América comparado a Liu et al, concluyendo que en pandemia el problema, al menos, se mantuvo igual (Ramzi et al., 2022).

En específico entre médicos las cifras reportan variaciones por país, mostrando prevalencias de cualquier tipo de violencia entre 54 a 70% (Tailandia y Marruecos y Australia, compartiendo misma cifra, respectivamente). En Australia el 32,3% de los médicos han experimentado violencia física en los últimos 12 meses, con cifras de 55% (agresión verbal) y 23% (agresión física) en médicos generales. También en médicos generales, en Reino Unido el 78% ha experimentado al menos un caso de violencia verbal y en otro estudio, realizado en la región de Flandes, solo el 5% de los médicos generales nunca ha experimentado violencia (incluso se reporta 8% de agresiones de índole sexual) (Kumari et al., 2020; Raveel & Schoenmakers, 2019).

Estudios a nivel nacional han evaluado la situación a nivel de atención primaria y unidades de urgencia. En atención primaria se encontró que el 70% del PS estudiado fue víctima de violencia por parte de los usuarios, siendo mayoritariamente violencia verbal (85,3%, que incluyen insultos, amenazas y agresiones verbales de connotación sexual) y, en cuanto a la ocupación más agredida; médicos, odontólogos y enfermeras fueron agredidos en más de un 80% y el principal perpetrador fue el paciente. Hallazgos realmente preocupantes de este estudio es mostrar que 1/3 de los agredidos encuentra inútil denunciar, 2/3 no le contó a nadie la agresión y solamente un 9% de los agredidos hizo el reporte formal a su jefatura (Vega-Pinochet, 2019).

En el servicio de urgencia se encontró un 13% agresiones físicas en el PS, así como un 51% de agresiones verbales. Se llevó a cabo un análisis estadístico que mostró que el personal paramédico es el con mayor riesgo de sufrir ataques físicos, mientras que enfermeras y administrativos son los con más riesgo de agresiones verbales. Común es la falta de reporte del hecho, llegando como máximo al 20% en caso de agresión física (Paravic-Klijn et al., 2018).

A inicios de 2019 el MINSAL y la Subsecretaría de prevención del delito presentaron los resultados de una encuesta de victimización por agresiones en Salud junto a el anuncio de un proyecto de ley para aumentar las penas en caso de agresión a funcionarios de la salud¹⁵. En dicha encuesta¹⁶ muestra incluyó respuestas de 9200 funcionarios de salud y dentro de sus principales resultados cuenta que: El 60% ha sido agredido de cualquier forma, el estamento paramédico es el más afectado con un 68% de afectados (seguido por los profesionales de ley médica en un 65%, 62% TENS, personal de seguridad 60% y otros profesionales 56%), aproximadamente el 90% de

15. Finalmente, en el transcurso de ese año la moción parlamentaria del diputado Venegas fue tramitada en la cámara de diputados y recibió el patrocinio del gobierno en su trámite en el senado, proyecto de ley que incluía también a trabajadores de establecimientos educacionales, y que terminó llamándose "Consultorio seguro".

16. Disponible solo en notas de prensa. El autor realizó solicitud via ley de transparencia del texto completo, la cual se encuentra en trámite.

los agredidos declara agresiones no físicas (la mayoría descalificaciones, rumores, insultos y un porcentaje bajo de connotación sexual) y aproximadamente un 8% de agresiones físicas (con presencia incluso de armas blancas y de fuego). La encuesta muestra que el agresor más frecuente es el usuario (39%), 20% familiares/acompañantes y un no despreciable casi 40% de agresores con alguna relación laboral a la víctima (16% superiores, 15% pares, 6% otros y 4% subordinados). Es decir, aproximadamente, el 60% de la violencia que experimenta el PS en Chile es Tipo II y el 40% es tipo III (*El 60% de los funcionarios de salud ha sido víctima de agresión en la red pública - La Tercera, s. f.*).

Dentro de nuestro gremio un grupo de colegas permanentemente preocupado del tema de las agresiones es el estamento de médicos en destinación-formación. El capítulo de ex MGZ lideraron una encuesta en el año 2015 que muestran que el 64% has sido víctima de violencia verbal y un 2% de violencia física y más de la mitad se siente inseguro en el desempeño hospitalario (Editorial, 2015).

Como hemos visto las cifras son altas y preocupantes, delimitando un problema que recorre el mundo y que está enquistado en nuestro sistema de salud. Con las cifras en mente, ahora corresponde preguntarnos ¿Por qué?

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

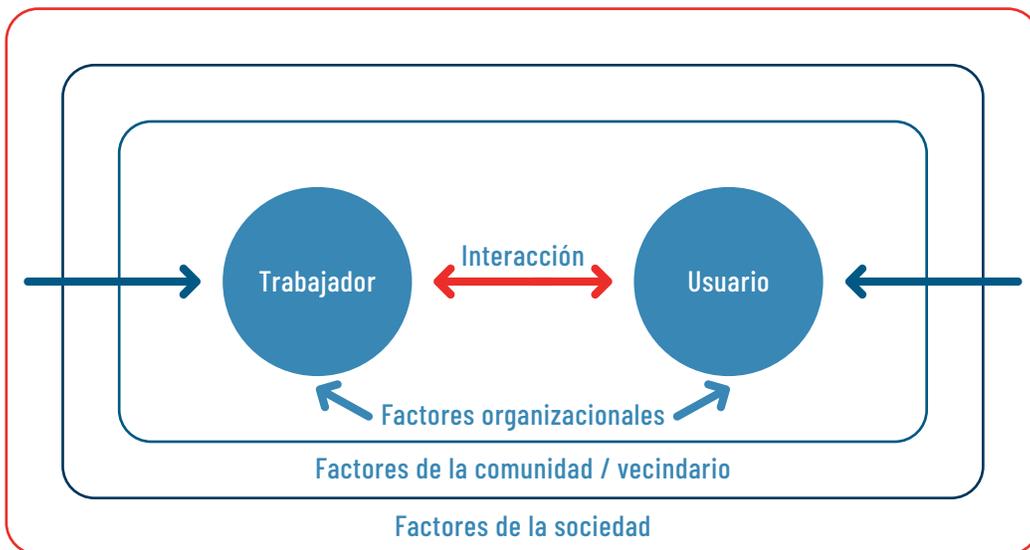
El documento *Workplace violence in the health sector, State of the art*, editado por Cooper y Swanson e incluido como parte de los documentos que la OMS y OIT publicó como gran campaña a comienzos de siglo para intentar erradicar la violencia en el trabajo (Cooper & Swanson, 2002). Dicho documento se hace cargo de lo dificultoso de entender los orígenes de la violencia en contra del PS debido, principalmente, a tres factores:

1. Es un sector productivo que incluye enorme variedad de establecimientos con distintas formas de organización.
2. El PS enfrenta violencia desde múltiples orígenes: usuarios, acompañantes, otros trabajadores de la salud, delincuentes externos, etc. Esto se suma violencia de la comunidad que pueda “salpicar” a los establecimientos de salud (por ejemplo, tiroteos en poblaciones aledañas por peleas de bandas delictuales rivales).
3. El PS es sujeto de distintos tipos de violencia: alguna es intencional (ej. robo con intimidación), sin intención (ej. en la atención de un paciente con delirium), en ocasiones física (ej. empujones, mordidas), verbal y emocional (trato descortés de compañeros de labores).

Basado en esto, reducir a un modelo simple las causas es inadecuado e incorrecto, debido a la existencia de orígenes múltiples de ella.

Por lo mismo, el enfoque multinivel para tratar de crear un modelo causal de las agresiones pareciera ser el más adecuado (Figura 1). En esa línea, Bulatao y VandenBos escribieron que “Un incidente violento en el lugar de trabajo es el resultado cúlmine de interacciones estresantes agravadas por un ciclo vicioso de ideas equivocadas y equivocaciones, frustración e ira” (APA PsycNet PsycBooks-TOC, s. f.).

Figura 1: Modelo básico conceptual de las causas de la violencia en contra del PS ^{17 18}



Si bien las causas precisas son multifactoriales y la evidencia fragmentada, si existe literatura que recoge factores que se creen asociados a la violencia en contra del PS (los cuales se exponen organizados según el modelo básico conceptual en la tabla 3). Además, se han postulado en la literatura factores de riesgo para sufrir violencia entre el PS, algunos de ellos incluso con evidencia proveniente de metaanálisis. De ellos, se hará principal enfoque en los del tipo de violencia II.

17. Este modelo puede utilizarse para entender las causas las dinámicas de la violencia Tipo III (ejercida por personas con relación laboral), sustituyendo "usuario" por "compañero de trabajo".

18. (Cooper & Swanson, 2002)

Tabla 3: Factores asociados a la violencia en contra del personal de salud¹⁹

Nivel del factor	Características del trabajador	Violencia por parte de usuarios	Violencia por parte de compañeros de trabajo	Agresor externo sin relación a la organización (delincuencia)
Déficit cognitivo		x		x
Diagnóstico psiquiátrico	x	x	x	x
Uso de alcohol o drogas	x	x	x	x
Duración de estadía		x		
Víctima de violencia de otro tipo	x	x	x	x
Tipo de personalidad	x	x	x	x
Ocupación	x	x	x	
Edad	x	x	x	x
Género	x	x	x	x
De la interacción				
Estilo confrontacional	x	x	x	
Atención apresurada al usuario	x	x	x	
Presencia de otras personas en la interacción ²⁰	x	x	x	x
Organizacionales				
Controles hacia el trabajador	x		x	
Tiempo de espera al servicio	x	x	x	
Nivel de burocracia		x	x	x
Presencia de seguridad		x	x	x
Visibilidad del área de trabajo		x	x	x
Trabajo en turnos	x		x	
Tasa de recambio de trabajadores	x		x	
Comunidad/vecindario				
Niveles de crímenes		x		x
Niveles de pobreza		x		x
Niveles de uso de drogas		x		x
Densidad poblacional		x		x
Niveles de actividad de bandas delictuales		x		x

19. (Cooper & Swanson, 2002)

20. Se ha indicado que esto es factor protector.

De la sociedad				
Situación económica	x	x	x	x
Aceptación cultural de las expresiones de ira	x	x	x	x
Aceptación cultural de las expresiones de violencia	x	x	x	x
Incremento de la diversidad entre el PS	x	x	x	x

El metaanálisis de Liu et al, a partir de los datos recolectados en los trabajos que analizaron, calculó el *odds ratio* (OR) de un grupo de factores de riesgo respecto a desarrollar violencia en el PS. En la tabla 4 se exponen los factores que registraron OR mayores a 1.

Tabla 4: Factores de riesgo a experimentar violencia por parte del PS²¹

Violencia de cualquier tipo	OR
Trabajo por turnos	1,9
Ocupación con mayor nivel de estudios	1,3
Médicos	1,4
Jornadas laborales de más de 40 horas semanales	2,24
Violencia no física	
Trabajo por turnos	1,5
Ocupación con mayor nivel de estudios	1,3
Médicos	1,5
Enfermeras	1,8
Trabajo en entorno urbano	1,4
Poblaciones caucásicas	2,2
Experiencia más de 5 años	1,1
Jornadas laborales de más de 40 horas semanales	1,4
Violencia física	
Hombres	1,3
Trabajo por turnos	1,8
No casados	1,3
Médicos	2,7
Enfermeras	3,7
Poblaciones caucásicas	2,2
Experiencia de más de 5 años	1,3
Jornadas laborales de más de 40 horas semanales	1,7

Otros autores de revisiones rescatan otros posibles factores que mostraron evidencia en estudios transversales tales como: Trabajar solo, personal con estrés laboral y con pocas competencias,

21. Modificado del original de Liu, tabla que incluye factores en que no se encontró OR mayor a 1, como género por sí solo, por ej. (Liu et al., 2019).

falta de habilidades comunicacionales, infraestructura hospitalaria poco acogedora, excesivas expectativas por parte del paciente y acompañantes respecto a la atención de salud y solución a sus problemas, tiempos de espera prolongados, salas de espera incómodas y atochadas, interacciones en las cuales el paciente espera recibir documentos tipo licencia de reposo, entre otros (Alameddine et al., 2015; Cooper & Swanson, 2002; Ferri et al., 2016; Spelten et al., 2020b). Cabe destacar que, además de las consecuencias en si misma que posee la violencia en forma de agresiones verbales, el abuso verbal es un factor independiente de riesgo de sufrir agresiones físicas (Lanza et al., 2006).

Acorde a la revisión bibliográfica llevada a cabo y en concordancia con documentos oficiales del MINSAL, no existen estudios transversales realizados en Chile que exploren los factores de riesgo en el contexto de la salud pública chilena (Norma-General-Administrativa-sobre-Agresiones-al-personal-de-atencion-en-establecimientos-de-salud.pdf, s. f.). Existe, si, un estudio en que registra la percepción de violencia hacia los usuarios y que muestra que los factores de trato y organizacionales (tiempos de espera, por ejemplo) hacen sentir dañados a los usuarios, de lo que podría inferirse el hecho de que son predisponentes de violencia hacia el PS (Paredes Arevalo & Paravic Klijn, 2006).

CONSECUENCIAS

El impacto de la violencia sobre el PS ha sido ampliamente estudiado y existe evidencia proveniente de estudios transversales de las consecuencias de la violencia ejercida por usuarios (Tipo II), y en este apartado se expondrá lo sintetizado en reviews y estudios escogidos al respecto. Sin embargo, cabe destacar y vale hacer el punto que, la violencia por parte de los usuarios es uno de los tipos de violencia que puede ejercerse sobre el PS y que los otros tipos (especialmente el Tipo III, ejercida por compañeros de trabajo) contribuyen también, en caso de existir, a las consecuencias que se expondrán. (Cooper & Swanson, 2002).

Las agresiones conllevan consecuencias que van más allá del momento de exposición, tanto físicas y algunas veces aún más importantes, psicológicas y en la moral. Esto puede llevar a influir no solo en el trabajador, sino que también en su familia y relaciones sociales, junto a tener impacto en la atención de salud misma y, a la larga, en la sociedad completa (Caruso et al., 2022c; Cooper & Swanson, 2002).

Las consecuencias incluyen:

1. **A nivel individual:** la figura 2 resume los principales efectos a nivel individual en la esfera psíquica de la violencia sobre el PS.

Figura 2: Impacto a nivel personal de la violencia en contra del PS²²



22. Figura traducida de (Caruso et al., 2022c).

Se ha identificado, junto con lo ya expuesto, otras importantes consecuencias como absentismo laboral, falta de valoración frente a las propias competencias profesionales, renunciadas a trabajo e incluso tendencia a cambiar de rubro (con las consecuencias económicas de ello). Además, si bien son menos frecuentes, existe riesgo aumentado a nivel físico como secuelas de fracturas u otras lesiones graves e incluso riesgo de muerte (Berlanda et al., 2019; Caruso et al., 2022c; Cooper & Swanson, 2002; Ferri et al., 2016; Lim et al., 2022).

Otras consecuencias psicológicas agregadas son los pensamientos que cruzan al PS frente a estos hechos, como la extendida creencia que la violencia es inherente a este tipo de trabajo y que sufrirla es cosa de "suerte" por estar en el lugar y momento equivocado, y, además, sienten que no se castigará al perpetrador si denuncian, evitan denunciar para no ser estigmatizados o para "no perder tiempo" llenando formularios (Gerberich et al., 2004)

- 2. Interacción con el usuario:** Evidencia obtenida principalmente de médicos y enfermeras muestra como principal consecuencia en esta categoría una baja de la calidad de la atención que repercute en cambio en la actitud y toma de decisiones y aumento de la "medicina defensiva" (aumento de prescripciones innecesarias, derivaciones no atingentes y aumento de exámenes complementarios) (Caruso et al., 2022c; Cooper & Swanson, 2002; Ferri et al., 2016; Lim et al., 2022).
- 3. Comunitario y social:** Las razones expuestas en el punto 2 repercuten en absentismo, mayores costos en la atención de salud y alta rotación de profesionales. Dichos factores inciden directamente a la comunidad del centro de salud y, en macro, a la sociedad en su conjunto. Se estima que especialmente en países en vías de desarrollo el acceso a atención primaria incluso se pone en riesgo por estos factores (Caruso et al., 2022c; Lim et al., 2022).

No existen, a la fecha, estudios en nuestro país que exploren las consecuencias o las cuantifiquen como carga a nuestro sistema de salud.

NIVELES Y TIPOS DE INTERVENCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA EN CONTRA DEL PERSONAL DE SALUD

Como hemos visto la violencia sobre el PS es multifactorial en sus orígenes y existen un gran número de factores de riesgo de sufrirla. Para prevenir y limitar la violencia, por lo tanto, las intervenciones deben hacerse cargo de los factores de origen de ella.

Algunos autores sistematizan los factores que inciden en la violencia en contra del PS dos niveles: factores estructurales y/o organizacionales y en los factores personales²³, a modo clasificar las acciones a realizar como intervenciones enfocadas a un nivel en específico (Caruso et al., 2022c; Giménez Lozano et al., 2021).

Otro método de análisis corresponde a la denominada matriz de Haddon. El Dr. Haddon a comienzo de los 70s diseñó un método para analizar los daños y lesiones provenientes de accidentes, tomando los incumbentes (víctima, “vector” o agente agresor, ambiente físico y ambiente social) y la temporalidad en torno al evento (pre-evento, evento y post evento). La matriz permite una clara categorización de los tipos de intervención en las distintas etapas, lo que coincide con hablar de medidas de prevención primaria (pre-evento), secundaria (en el evento, también llamadas medidas de protección) o terciaria (post evento). Dicha matriz desde inicios de este siglo ha empezado a usarse para analizar y prevenir violencia en el trabajo, problemas de salud pública (ej. heridas cortopunzantes, potenciales ataques terroristas químicos) y violencia en contra del PS (Spelten et al., 2020b; The State of Queensland; ou=Queensland Health, s. f.; *Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated* / *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, s. f.). En la tabla 5 se expone un ejemplo de matriz de Haddon, utilizando un ejemplo: agresión a un médico en el servicio de urgencia con una tijera de sutura²⁴.

Además, los tipos de intervención se pueden clasificar en: educación y entrenamiento, intervenciones organizacionales y diseño del lugar de trabajo. Así, por ejemplo, tenemos medidas de educación y entrenamiento que afectan a nivel de personal de salud, de pacientes y de comunidad en la fase pre evento (Spelten et al., 2020b).

23. Algunos autores llaman primer nivel de intervención el área organizacional/estructural y segundo nivel los relacionados al trabajador de la salud.

24. Se realiza una adaptación de la matriz, dividiendo el “ambiente social” en organización y comunidad/sociedad.

Tabla 5: Ejemplo de matriz de Haddon aplicado a un evento de agresión a PS.

Fases \ Nivel de intervención	Víctima	Agente Agresor	Ambiente Físico	Organización	Comunidad / Sociedad
Pre evento	Entrenamiento en habilidades de comunicación y trato, entre otras.	Educación en funcionamiento de servicio de urgencia, entre otras.	Box de atención con buena visualización, manejo de material cortopunzante protegido, entre otras.	Protocolo de atención en parejas, entre otras	Planes comunales de "cuidado a los que cuidan", difusión de penas en caso de agresión, entre otras.
Evento (medidas de protección)	Técnicas de desescalamiento y escape, entre otras.	Aviso pronto a personal de seguridad, entre otras.	Alarmas de pánico, vías de evacuación, entre otras.	Uso correcto de protocolos en caso de agresión física, entre otras.	Contacto a fuerza pública expedito, entre otras.
Post evento	Atención médica, intervención psicológica de intervinientes en la emergencia, entre otras.	Uso de la fuerza pública y consecuencias legales, entre otras.	Revisión de protocolos y adecuación de ambiente si es necesario.	Intervención psicológica de intervinientes en la emergencia, apoyo legal a la víctima, entre otras.	Apoyo gremial a víctima, campañas públicas de prevención de violencia, entre otras.

INTERVENCIONES PARA PREVENIR Y LIMITAR LA VIOLENCIA

Dentro del esfuerzo para prevenir y limitar la violencia en contra del PS varios países desarrollados comenzaron en los años 90 a sistematizar en guías de recomendaciones y políticas pública nacionales las principales buenas prácticas y estrategias para prevenir y limitar la violencia contra el PS. Suecia en 1993, Australia en 1996, USA (y California) por medio de sus Departamentos de Trabajo y Seguridad laboral (OSHA y OSHA/CAL) en 1998 y Reino Unido en el año 2000²⁵. Dichas guías están enfocadas a el PS y cargos directivos y, en el caso de la guía de prevención del *National Health Service* (NHS) del Reino Unido, también pone como meta lograr un cambio de actitud en lo usuarios. Todas ellas se enfocan mayoritariamente en la prevención de la violencia Tipo II (y I)²⁶ y abordan el problema desde un punto de vista multidimensional y se enfocan en la gestión de riesgos en general. Contienen, en términos simples, estrategias de resolución de problemas en un proceso cíclico de: identificación del problema, cuantificación del riesgo, reducción del riesgo y revisión de la efectividad de lo realizado²⁷ (Wiskow, s. f.). A la fecha, estas estrategias poseen actualizaciones tales como la guía OSHA de prevención de violencia contra el personal de salud del 2016 y el estándar de prevención y reducción de violencia del NHS editado el 2020²⁸ (*Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers, s. f.; NHS England » Violence prevention and reduction standard, s. f.*).

A comienzos de siglo, junto a los esfuerzos nacionales ya descritos en prevención y reducción de la violencia; el Consejo internacional de enfermeras, Servicios públicos internacionales (internacional de sindicatos de trabajadores del área pública), la OMS y la OIT presentaron el programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector salud que incluye la edición de las “Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud” Dicha guía provee nomenclatura común para la violencia en contra del PS, una guía general de derechos y responsabilidades, los mejores acercamientos al problema, reconocimiento y medición

25. El programa Tolerancia Cero del NHS es impulsado por el ministerio de Salud y recoge guías de recomendación diseñadas por la Autoridad de educación en salud y el Colegio real de enfermeras. La implementación incluyó plazos acotados para que cada trust implementara medidas. En su anuncio, la autoridades de la época fijaron metas de reducción de ataques en 20% para el 2001 y 30% para el 2003 (Wiskow, s. f.).

26. Algunas guías incluyen medidas contra la violencia Tipo III. La guía de la NHS incluye declaración de principios de que la violencia entre trabajadores es inaceptable y propone medidas de prevención, al igual que la guía australiana que, además, toma medidas de prevención frente a la violencia racial.

27. Las medidas, como ya fue visto, pueden dividirse por fases pre, durante y post evento.

28. El enfoque que propone esta guía es el llamado ciclo de Deming, el cual busca validar, controlar y alcanzar una mejora permanente de los procesos mediante cuatro etapas iterativas de gestión. Las medidas preventivas y de reducción están organizadas en las etapas de Plan (Planificar= actualizar estrategias, planes para alcanzar objetivos), Do (Hacer= medir y gestionar riesgos, organizar e implementar procesos, dar recursos y entrenamiento), Check (Verificar= Medir brechas de implementación y recolección acuciosa de los datos de los incidentes en caso de su ocurrencia) y Act (Actuar= revisar el desempeño frente a incidentes, la información de prevención y reducción de eventos y compartirla con las distintas autoridades, tanto del establecimiento como del programa, para sugerir cambios internos y externos)(NHS England » *Violence prevention and reduction standard, s. f.*).

de la violencia, intervenciones en el lugar de trabajo y formas de monitoreo y evaluación. Dichas directrices identifican 5 aspectos claves a tener en foco mientras se diseña la estrategia de mitigación de la violencia:

- **Participativo:** Reuniones periódicas de trabajadores o sus representantes con autoridades de los centros de salud para desarrollar e implementar los programas contra la violencia y tener retroalimentación.
- **Mirada de género:** tener en cuenta las diferencias en cómo se percibe la violencia entre géneros para diseñar intervenciones y entrenamientos focalizados.
- **Sensible a las diferencias culturales:** percepciones, formas y terminologías pueden tener diferencias relevantes entre distintas culturas.
- **Sin discriminación:** las políticas deben tener normas de protección especial a grupos minoritarios de especial cuidado.
- **Gestión sistematizada:** Las políticas deben incluir pasos de desarrollo, implementación, comunicación abierta y retroalimentación articulada. (ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002).

Además de las directrices, existe un manual de entrenamiento que detalla un curso de 3 días para explicar dichas directrices y adaptarlas a cada realidad local (Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector, 2005).

En nuestro país el MINSAL emitió en el año 2018 la norma general administrativa que aborda las agresiones al personal de atención en establecimientos de salud. Dicha norma, vigente a la fecha, indica que “pretende ser un antecedente a tener a consideración para enfrentar el tema de agresiones a profesionales de la salud ocurridas dentro de un establecimiento de salud”. Su objetivo es establecer un marco de acción ante agresiones (verbales y físicas) contra el PS por parte de usuarios y sus acompañantes²⁹ en centros de atención primaria y recintos hospitalarios de todo tipo y tiene como fin “disminuir morbilidad física y psicológica en el PS agredido”. La norma sugiere medidas pre-evento, en el evento y post evento con foco en los trabajadores del establecimiento³⁰ y en la comunidad en la cual está inserto. Junto a lo anterior, se sugieren medidas a nivel de organización y de ambiente físico que en conjunto no guardan mucho cuidado en el orden de la fase que intervienen (*Norma-General-Administrativa-sobre-Agresiones-al-personal-de-atencion-en-establecimientos-de-salud.pdf*, s. f.).

La norma a nivel pre-evento define: situaciones de potencial riesgo de agresión tales como las visitas domiciliarias y el servicio de urgencia, sugiere instrumentos de evaluación de riesgo de agresión a un determinado establecimiento³¹ y propone intervenciones educativas y de trabajo estrecho con las comunidades y de entrenamiento en habilidades comunicacionales al PS. Para el evento establece protocolos de acción frente a agresiones psicológicas (no físicas de cualquier tipo) y/o físicas

29. La norma no se refiere a la violencia Tipo III.

30. La norma hace la distinción entre personal “sanitario” y “no sanitario” de los establecimientos, a modo de énfasis de que el personal administrativo, por ejemplo, incluido en el segundo grupo, también está cubierto por estas medidas.

31. La norma equipara riesgo de agresión a riesgo sicosocial del puesto de trabajo y sugiere utilizar el cuestionario breve SUSES0/ISTAS21 siguiendo la metodología y la periodicidad de evaluación que propone dicha superintendencia (*Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo SUSES0/ISTAS21*, s. f.).

(consumadas³² o no)³³ que incluyen acciones previas como la instalación de botones de pánico y trabajo con fuerzas de orden del sector, instrucciones de no responder la agresión y abandonar el lugar, informar a seguridad y jefaturas y registro del evento. Las acciones posteriores que nombra son la evaluación en mutualidad, altas disciplinarias de pacientes agresores, contención psicológica del evento³⁴ y ofrecer asesoría legal para presentar las querrelas correspondientes. El rol de la dirección incluye garantizar la seguridad de los trabajadores, difundir los protocolos, proveer la asistencia legal, realizar denuncia “cuando corresponda”³⁵ e investigar el evento. Además, se pide a los Servicios de Salud llevar un registro centralizado de agresiones, analizar la incidencia para implementar medidas preventivas específicas, notificar a comité de seguridad y salud, apoyar al trabajador en su reincorporación al puesto, entre otras (*Norma-General-Administrativa-sobre-Agresiones-al-personal-de-atencion-en-establecimientos-de-salud.pdf*, s. f.).

La norma ministerial se ha adaptado a distintos establecimientos y servicios de salud, sirviendo de base de los protocolos internos en dichos establecimientos. A modo de ejemplo, el protocolo del Servicio Araucanía Sur es prácticamente idéntico a la norma MINSAL y el protocolo de prevención de agresiones a PS del hospital en que este autor se desempeña (Hospital Dr. Exequiel Gonzalez Cortés, Resolución exenta 1180 de octubre del 2018) toma como base la norma MINSAL y detalla las funciones de los responsables, aplicadas a la realidad local. Ambos ejemplos se encuentran en plena vigencia y presentan discordancia con la ley “Consultorio seguro”, dejando a criterio³⁶, en ciertas situaciones, la denuncia del delito por parte del director del establecimiento (*PROCEDIMIENTO GENERAL PARA INCIDENTES DE AGRESIÓN*, s. f.).

Evaluar las causas y factores de riesgo de la violencia y tratar de gestionarlos y corregirlos es una aproximación base para disminuir las agresiones y es la fuente más obvia de recomendaciones y estrategias (razonamiento basado en mecanismos³⁷). En términos generales, la calidad del ambiente laboral, redes de apoyo y copiar estrategias y buenas prácticas serían factores protectores en contra de la violencia (Giménez Lozano et al., 2021; Raveel & Schoenmakers, 2019). Sin embargo, hay que tener presente que la gran mayoría de recomendaciones, en términos de nivel de evidencia, son recomendaciones de expertos³⁸ o datos de estudios observacionales (calidad de evidencia baja o muy baja) y solo unos cuantos estudios controlados, prospectivos y randomizados han demostrado disminución de las agresiones con significancia estadística³⁹ (calidad de evidencia moderada).

32. La norma hace diferencia entre una agresión secundaria a la patología del paciente y no secundaria a sus patologías. Se actúa de la misma forma, pero sin incluir altas disciplinarias ni denuncias en el caso de ser consecuencia de sus patologías.

33. La norma acoge la realidad local en torno a daños de propiedad privada del PS (autos, por ejemplo) e incluye ese tipo de daños con su propio protocolo de accionar frente a ese hecho.

34. La norma sugiere el uso de intervenciones que se crearon para manejo de emergencias, el *defusing* (intervención psicológica semi estructurada dentro de las primeras 24hrs del evento) y el *debriefing* (intervención estructurada que detalla los hechos desde cada punto de vista, se realiza dentro de las 72 hrs del evento). Algunas guías, como la OSHA, incluyen su utilización.

35. La norma está desactualizada con las obligaciones de los directores que estipula la ley “consultorio seguro”, promulgada en noviembre del 2019. Dicha ley obliga a hacer la denuncia de los delitos que sufren los trabajadores dentro del recinto o en ejercicio de sus funciones.

36. Se conversó con psicólogo a cargo de la unidad de calidad de vida, la cual está a cargo del seguimiento de los funcionarios agredidos del HEGC, y se le consultó por qué incluso queda a criterio avisar a carabineros en caso de agresión no física (verbal u de otro tipo). Su respuesta fue que se adaptó el protocolo a la realidad, ya que, muchas veces, Carabineros no hace presencia incluso en caso de agresiones físicas.

37. Es decir, inferir intervenciones a partir de los mecanismos de origen del problema y esperar que tengan efecto por ello.

38. Proveniente del razonamiento basado en mecanismos.

39. En este tipo de estudios el grupo control (por razones propias de la problemática) posee sus propias medidas de prevención, lo que complejiza el encontrar diferencias estadísticamente significativas. Además, existe sesgo de desproporción de atención hacia el grupo intervenido (lo que aumenta el registro de eventos en dicho grupo) y sesgo de verificación (las medidas de intervención son obvias, por lo que se pierde el ciego sobre el grupo intervenido por parte del investigador).

A continuación, se ofrece un listado de intervenciones⁴⁰ para prevenir y limitar la violencia que son altamente recomendadas en distintas guías, manuales, revisiones sistemáticas, revisiones Cochrane y diversos protocolos (Geoffrion et al., 2020; *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers*, s. f.; *Investigating the Impact of Healthcare Environmental Design on Staff Security. A Systematic Review* – Soheyla MohammadiGorji, Sheila J. Bosch, Shabboo Valipoor, Giuliano De Portu, 2021, s. f.; *Norma-General-Administrativa-sobre-Agresiones-al-personal-de-atencion-en-establecimientos-de-salud.pdf*, s. f.; ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002; Kumari et al., 2020; Raveel & Schoenmakers, 2019; Spelten et al., 2020b).

Tabla 6: Recomendaciones de tipo educación y entrenamiento en la fase pre evento

Víctima	Agente Agresor	Organización	Comunidad / Sociedad
<ul style="list-style-type: none"> • Proveer información al PS respecto a los protocolos de prevención de agresiones, protocolos de acción frente a una agresión y procedimientos del reporte. Se debe dar enfoque de género, prevención del racismo y lograr un ambiente participativo del personal en esta estrategia. • Entrenamiento en habilidades de comunicación, de negociación, escucha activa, asertividad y autocontrol emocional y del estrés. • Entrenamiento en reconocimiento de pacientes agresivos, en medidas restrictivas progresivas, de autodefensa y escape. • Entrenamiento en técnicas de desescalamiento de comportamientos agresivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar explícitamente, mediante afiches e infografías, la no tolerancia a la violencia y las repercusiones penales y asistenciales de ella (posibilidad de cárcel, altas disciplinarias, etc.). • Informar por medio de documento a firmar por el usuario de las prestaciones que el establecimiento ofrece, acceso expedito a OIRS, educando su utilidad. • Informar debidamente las implicancias de atención con Triage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de protocolos a nivel local. • Capacitaciones al respecto de medidas de prevención y limitación de la agresión, tanto a PS como a directivos. • Capacitaciones respecto a escalas de riesgo de agresión del paciente. • Creación de protocolo de atención médica y seguimiento en caso de agresión y educar al respecto al PS. • Entrenamiento a personal de apoyo psicológico en técnicas de intervención por emergencias (defusing y debriefing). 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo continuo con comunidades locales para educar en uso de oficinas tipo OIRS. • Informar explícitamente, mediante campañas mediáticas, la no tolerancia a la violencia y las repercusiones penales y asistenciales de ella (posibilidad de cárcel, altas disciplinarias, etc.).

40. Recomendaciones extraídas de las referencias explicitadas en el párrafo previo. Todas poseen calidad de evidencia muy baja o baja en términos de reducir las agresiones.

Tabla 7: Recomendaciones de tipo educación y entrenamiento en la fase evento

Víctima	Organización
<ul style="list-style-type: none"> • Entrenar al personal en seguir protocolos para limitar la agresión, informar a seguridad y la importancia de reportar el evento. • Aplicar técnicas de desescalamiento de comportamientos agresivos⁴¹. • Entrenamiento en no contestar la agresión y retirarse del lugar. • Entrenamiento en uso de medidas de restricción progresivas, autodefensa y escape. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitaciones continuas de medidas de limitación de la agresión, con especial foco en las medidas de restricción progresivas, las que solo deben usarse en completa concordancia con protocolos de uso y con resguardo de los derechos humanos.

Tabla 8: Recomendaciones de tipo educación y entrenamiento en la fase post evento

Víctima	Organización	Comunidad / Sociedad
<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar información al PS respecto a los protocolos de prevención de agresiones, protocolos de acción frente a una agresión y procedimientos del reporte. • Capacitaciones para romper la cultura del silencio⁴² que existe en este problema, favorecer el reporte y denunciar a la justicia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar información al PS respecto a los protocolos de prevención de agresiones, protocolos de acción frente a una agresión y procedimientos del reporte. • Capacitaciones para romper la cultura del silencio que existe en este problema, favorecer el reporte y denunciar a la justicia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas de mejora de metas sanitarias que repercutan en valoración del sistema de salud, en reducción de tiempos de espera de la atención y en la calidad de la atención al paciente y acompañantes. • Trabajo continuo con comunidades locales para educar en uso de oficinas tipo OIRS y uso del establecimiento como centro de encuentro de la comunidad, logrando cuidado activo por parte de la población. • Informar explícitamente, mediante campañas mediáticas, la no tolerancia a la violencia y las repercusiones penales y asistenciales de ella (posibilidad de cárcel, altas disciplinarias, etc.).

41. Esta técnica es altamente efectiva cuando es aplicada por expertos en ella, por ejemplo, negociadores de rehenes. Su enseñanza y entrenamiento es difícil, lo que puede explicar que no se ha logrado encontrar evidencia mayor al evaluar el desescalamiento en estudios randomizados.

42. La combinación de la normalización de la violencia como parte del trabajo y el miedo a ser catalogado como incompetente por haber sufrido una agresión y denunciar.

Tabla 9: Recomendaciones a nivel organizacional en la fase pre-evento

Organización	Comunidad / Sociedad
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar protocolos a nivel local. • Protocolos que indiquen evitar las atenciones en solitario en contextos de riesgo de agresión. • Reuniones de comité de prevención que incluya directivos y representantes del PS. • Implementar campañas de prevención de burnout, autocuidado y mejora del clima laboral. • “Marcar” a pacientes agresores o potencialmente agresores para realizar atención con cuidados necesarios o no admitir al paciente a atención⁴³. • Uso de escala de riesgo de agresión en servicios de psiquiatría⁴⁴. • Contratación de servicio de guardias y difusión de protocolos de accionar para coordinar funciones. • Coordinación con fuerzas policiales para lograr pronta reacción y disuasión de eventos de criminalidad común en los establecimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo con la comunidad para el uso del establecimiento como centro de encuentro de la comunidad, logrando cuidado activo por parte de la población. • Políticas públicas de mejora de metas sanitarias que repercutan en valoración del sistema de salud, en reducción de tiempos de espera de la atención y en la calidad de la atención al paciente y acompañantes. • Políticas públicas de planificación de infraestructura sanitaria siguiendo recomendaciones de confort al usuario y de prevención de agresiones. • Políticas públicas para concientizar a medios de comunicación y líderes de opinión con objetivo de no estigmatizar al sistema de salud. Un sistema de salud depositario de opiniones desfavorables crea un clima confrontacional en los usuarios. • Ajustar legislación punitiva de los hechos de agresión, como elemento disuasivo de violencia en contra del PS⁴⁵.

Tabla 10: Recomendaciones a nivel organizacional en la fase evento

Víctima	Organización
<ul style="list-style-type: none"> • Seguir protocolo en caso de agresión. No responder a la agresión. • Medidas a seguir incluyen uso de técnicas de desescalamiento, defensa personal y/o escape del lugar. • Uso de técnicas restrictivas de acuerdo estricto al protocolo. • Activar reacción del equipo de salud que incluya cierre del recinto, llamado a seguridad y fuerza pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir protocolo en caso de agresión. • Asistir a víctima o tomar su lugar en caso de necesidad de uso de medidas restrictivas escalonadas. Aislar al atacante si es posible y necesario (puertas de seguridad) • Llamar a seguridad y a la fuerza pública. • Atender médicamente al agredido, prestando primera atención y derivar a organismo competente en caso de que corresponda.

43. Un trabajo en veteranos de guerra de USA mostró disminución de eventos en población de alto riesgo con esta estrategia. El uso de esta recomendación es discutible ya que es sabido que la mayoría de las agresiones son impulsivas, no planeadas y que los pacientes “marcados” no siempre son violentos (Raveel & Schoenmakers, 2019). Eso sin considerar el hecho de que no se debe denegar la atención de salud a ninguna persona.

44. (Abderhalden et al., 2008)

45. Como fue señalado antes la teoría criminológica de la “elección racional” habla de que el delincuente hace un trabajo de pros y contras frente a la realización de un delito, sopesando los beneficios versus la posibilidad de ser atrapado. Además, la captura es más relevante que la severidad de la pena como método de disuasión de la comisión de un delito. La violencia en contra del PS es un fenómeno intrínsecamente impulsivo, por lo que, al menos desde el punto de vista teórico, obedece a factores distintos a la criminalidad común. Dato a tener en cuenta es que en muchos países en la actualidad se discute el aumento de penas por agresiones al PS, como en USA, país que posee jurisprudencia de considerar los *assault* (agresión física) como *felony* (crimen), es decir, con potencial pena de cárcel de al menos un año, independiente de la gravedad de las lesiones.

Tabla 11: Recomendaciones a nivel organizacional en la fase post evento

Víctima	Organización	Comunidad / Sociedad
<ul style="list-style-type: none"> • Seguir protocolo, cumpliendo con la notificación y aviso a cargos directivos del evento, usando instrumentos de notificación apropiados. • Denunciar o ser asistido en la denuncia por personal capacitado de la institución. • Recibir atención médica y seguimiento en entidad correspondiente. • Recibir asistencia psicológica post evento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar protocolo en caso de eventos. Se debe recolectar la información del incidente a modo de ser usado en etapas de evaluación entre dirección del establecimiento y autoridades de niveles superiores. • Realizar intervención psicológica de asistencia con la participación de todos los afectados (defusing y debriefing)⁴⁶. • Asistir a víctimas en sus atenciones médicas y prestar asesoría legal para la denuncia y querellas. • Tomar medidas contra la posibilidad de subreporte (instar a reportar, preparar capacitaciones a futuro, etc). • Crear un ciclo constante de evaluación y corrección de protocolos entre el PS y las autoridades del establecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de eventos y reuniones con autoridades y representantes de la comunidad para hacer sugerencias de correcciones de protocolos internos, generando un ciclo constante de evaluación, comunicación y mejoras.

Tabla 12: Recomendaciones a nivel del ambiente físico en la fase pre evento⁴⁷

Ambiente Físico
<ul style="list-style-type: none"> • Salas de espera y de atención cómodas, adecuadamente climatizadas y con recursos de entretención para la espera. • Iluminación apropiada externa e interna del establecimiento, vista despejada a pasillos y salas de triage y salas de atención, barreras físicas para recepcionistas, cierre automático de puertas. • Almacenamiento protegido de medicamentos controlados. • Botones de pánico, alarmas portátiles, sistemas cerrados de TV, vidrios antibalas y detectores de metal cuando corresponda⁴⁸.

A nivel de programas integrales de prevención existe evidencia de calidad moderada en términos de reducción del riesgo de violencia. Información obtenida de ensayos clínicos que ponen a prueba guías de recomendaciones completas con el protocolo de *Plan-Do-Check-Act* y la guía OSHA arrojan dichos resultados (Arnetz et al., 2017; Lipscomb, 2006).

^{46.} La no disponibilidad de debriefing se relacionaría a mayor desarrollo de síndrome de estrés post traumático.

^{47.} A nivel post evento el ambiente físico también debiera estar sometido al proceso cíclico de evaluación y mejoras.

^{48.} La literatura de USA suele incluir estas medidas, debido al alto número de ataques con armas de fuego que enfrentan como sociedad. La efectividad de esas medidas no se ha demostrado (Raveel & Schoenmakers, 2019).

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS A FUTURO

A lo largo del año 2019, fruto inicialmente de una moción parlamentaria, se tramitó en nuestro congreso nacional la que luego sería conocida como ley “Consultorio Seguro” (ley 21188, que modifica varios artículos del código penal, subiendo penas en caso de agresiones a personal de salud y de establecimientos educacionales). El apoyo del gobierno de la época a dicho proyecto de ley es, probablemente, el legado más duradero del esfuerzo que se llevó a cabo desde el año 2018 al iniciar una mesa para tratar temas de seguridad de los funcionarios por parte del Colegio Médico, Confusam, la Asociación chilena de municipalidades, Carabineros de Chile, la subsecretaría de prevención del delito y el MINSAL. El 7 de agosto del 2019, en plena tramitación del proyecto de ley, en la comisión de constitución, legislación y justicia del Senado, el entonces Senador Felipe Harboe tomó la palabra y dirigiéndose al entonces subsecretario de redes asistenciales Arturo Zuñiga opinó: “... está bien, este proyecto avanza en la línea de establecer mayores sanciones, pero esto no obsta a que a nuestro juicio (y así lo hemos conversado siempre) es que aquí requieren medidas preventivas y esto va a actuar una vez que se hayan cometido las agresiones y la pregunta acá es ¿Cuáles es el plan que va a implementar el gobierno en su minuto entre el MINSAL y el Ministerio del Interior para prevenir las agresiones tanto a los funcionarios de la salud como también a los profesores? ...”. La comisión continuó su discusión con la toma de la palabra del Senador De Urresti, sin escucharse respuesta a la pregunta formulada por Harboe (Video disponible en Youtube, sesión de comisión del 7 de agosto del 2019, minuto 20 aprox. en adelante).

El extracto mencionado de la sesión de comisión fue el único momento de la elaboración del texto que luego cumplió sus trámites constitucionales en el cual se mencionó que existen otras medidas para prevenir la violencia, más allá del castigo punitivo y esperar la disuasión de la agresión por la existencia de estas penas. Si bien es posible encontrar evidencia de nivel de calidad baja con respecto a la disminución de agresiones por aumento de penas⁴⁹, el enfrentamiento de la violencia en contra del PS es necesariamente integral en medidas debido al origen multifactorial del problema.

49. Estudios observacionales provenientes de China y Arabia Saudita (Ma et al., 2021; Towhari & Bugis, 2020). Reviste curiosidad al revisor dos situaciones de estos países altamente autoritarios: que existan niveles de violencia en contra del PS lo suficientemente altas como para modificar su legislación y las sanciones de cárcel altísimas en caso de ser condenados (hasta 10 años de cárcel en AS incluso en caso de violencia verbal).

Las políticas públicas del Estado de Chile, en la última década, han consistido en emitir la norma de prevención de violencia, promover la conformación de mesas de seguridad a nivel de los Servicios de Salud, mesas de seguridad entre MINSAL y Ministerio del Interior con invitación de otros actores, llevar registro de las agresiones, una encuesta del departamento de estudios de la subsecretaría de prevención del delito y la promulgación de la ley Consultorio Seguro. No existe una política nacional, integrada y coordinada, ni tampoco sistemas de evaluación con retroalimentación articulada de la implementación de las medidas sugeridas en la norma 28 del año 2018 del MINSAL.

La evidencia más robusta en reducción de la violencia en contra del PS proviene de la implementación de programas completos de prevención, lo que pareciera indicar que la suma de efectos de las recomendaciones en particular logra prevenir y reducir la violencia. El análisis de la efectividad de las recomendaciones surgidas de opiniones de experto o estudios observacionales, por separado, es complejo. Muchos estudios controlados han fallado en demostrar la efectividad de dichas medidas (información recolectada en las revisiones citadas en este informe). Es cierto que siempre se recomendará realizar nuevos estudios para evaluar la efectividad de las intervenciones, pero el diseño experimental de estudios prospectivos, controlados y randomizados es extremadamente complejo en esta temática y contiene sesgos que muy probablemente afectan la comparación de resultados. Además, cabe destacar que dichas recomendaciones surgen por medio del razonamiento basado en mecanismos con búsqueda de corregir factores de riesgo estadísticamente probados en su relación a sufrir violencia. Se invita, por ello, a enriquecer las normativas y protocolos nacionales con dichas recomendaciones, adaptándolas a la realidad local, mientras no exista mayor evidencia al respecto.

Otro problema que queda expuesto al realizar estudios en esta temática es el subreporte. El subreporte es un problema en si mismo dentro de la violencia al PS, perpetuando la cultura de tolerancia hacia las agresiones y evitando la cuantificación real de la magnitud de las agresiones. Está demostrado que la implementación de planes de prevención de violencia sube la prevalencia de las agresiones, al tener efecto en la concientización del tema e incentivar el reporte (este efecto es muy patente en los estudios controlados recogidos por las revisiones). Notorio es el caso de Malasia en que, desde el inicio de las políticas anti violencia por parte de su ministerio de salud con la creación de la unidad de salud y seguridad ocupacional el año 2016, experimentó un 159% de incremento de casos de violencia en un periodo de 2 años (*Bully-Harassment-in-Healthcare-Industry-What-are-Our-Roles-in-Prevention-.pdf*, s. f.).

El caso del Reino Unido es, probablemente, el caso de estudio más completo en términos de implementación de una política pública estatal de prevención de la violencia. La política de "tolerancia cero" del NSH lleva poco más de 20 años de implementación y reevaluación continua. El NHS realiza una encuesta anual a sus propios funcionarios en que se pregunta respecto a si se ha sufrido agresión en los últimos 12 meses. En línea con la concientización respecto al reporte en la primera década del programa hubo un aumento de 8 a 15% de personal de salud que refiere haber sido agredido de cualquier forma en el último año. Actualmente, con vaivenes anuales, las agresiones físicas rondan el 15% y las no físicas alrededor de 27%, lo que corresponde a cifras inferiores al promedio de su área geográfica (*Results | Working to Improve NHS Staff Experiences | NHS Staff Survey*, s. f.).

Basado en la experiencia y las cifras disponibles del Reino Unido respecto a la política de tolerancia cero se puede inferir que se encuentran en un estado avanzado de implementación y plantear la hipótesis que esas cifras representan un plató de prevalencia que es difícil de seguir disminuyendo.

En la realidad nacional los pocos estudios de prevalencia fueron descritos y representan mediciones a pequeña escala y con metodologías distintas. No hay mayores datos, tampoco, de causas del fenómeno a nivel local. Además, la implementación de medidas de prevención a nivel nacional no está cuantificada, por lo que es desconocida la magnitud de la concientización al respecto de la violencia y su impacto en las cifras de prevalencia por aumento del reporte. Cada uno de estos puntos es un posible foco de investigación a futuro.

Chile, además, carece de una política pública integrada de prevención de violencia, por lo que la redacción de guías completas de prevención junto a instrumentos de evaluación y políticas evaluables en su implementación y mejora continua es una aspiración ambiciosa para nuestro país.

Otra oportunidad de avanzar en la eliminación o al menos la mitigación de la violencia en contra del PS es la ratificación, a comienzos de marzo, del convenio 190 de la OIT. Dicho convenio promueve el goce de derecho a un trabajo libre de violencia y acoso, incluido el acoso por razón de género. Por ejemplo, el artículo 4 numeral 1 afirma: Todo miembro que ratifique el presente convenio deberá respetar, promover y asegurar el disfrute de derecho de toda persona a un mundo del trabajo libre de violencia y acoso (*Convenio C190 - Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190)*, s. f.; *Senado - Tramitación de proyectos*, s. f.). Es probable que, aunque no aparezcan a corto plazo políticas públicas basadas en la obligación del estado de asegurar estos derechos, aparecerán fallos judiciales que validen alegatos basados en el convenio 190 OIT que pueden crear un clima de necesidad de actuar en esta línea por parte del ejecutivo o del legislador, como ha sucedido en otras oportunidades con convenios internacionales ratificados por nuestro Estado.

Por último, si bien hay mucho en que trabajar en términos de violencia por parte de los usuarios, a futuro los esfuerzos no debieran dejar de lado la violencia ejercida por compañeros de trabajo, situación que también es muy prevalente y comparte consecuencias en desmedro del bienestar del personal de salud.

REFERENCIAS

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.-J., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 193(1), 44-50. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045534>
- Alameddine, M., Mourad, Y., & Dimassi, H. (2015). A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. *PLoS ONE*, 10(9), e0137105. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137105>
- APA PsycNet PsycBooks-TOC. (s. f.). Recuperado 17 de abril de 2023, de <https://psycnet.apa.org/PsycBOOKS/toc/10215>
- Arnetz, J. E., Hamblin, L., Russell, J., Upfal, M. J., Luborsky, M., Janisse, J., & Essenmacher, L. (2017). Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(1), 18-27. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000909>
- Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M., & de Cordova, F. (2019). Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *BioMed Research International*, 2019, e5430870. <https://doi.org/10.1155/2019/5430870>
- Binmadi, N. O., & Alblowi, J. A. (2019). Prevalence and policy of occupational violence against oral healthcare workers: Systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*, 19(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0974-3>
- Bully-Harassment-in-Healthcare-Industry-What-are-Our-Roles-in-Prevention-.pdf. (s. f.). Recuperado 27 de abril de 2023, de <https://www.aocmm.org.my/wp-content/uploads/2019/07/Bully-Harassment-in-Healthcare-Industry-What-are-Our-Roles-in-Prevention-.pdf>
- Caruso, R., Toffanin, T., Folesani, F., Biancosino, B., Romagnolo, F., Riba, M. B., McFarland, D., Palagini, L., Belvederi Murri, M., Zerbinati, L., & Grassi, L. (2022a). Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention. *Current Psychiatry Reports*, 24(12), 911-924. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01398-1>
- Caruso, R., Toffanin, T., Folesani, F., Biancosino, B., Romagnolo, F., Riba, M. B., McFarland, D., Palagini, L., Belvederi Murri, M., Zerbinati, L., & Grassi, L. (2022b). Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention. *Current Psychiatry Reports*, 24(12), 911-924. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01398-1>
- Caruso, R., Toffanin, T., Folesani, F., Biancosino, B., Romagnolo,

- F., Riba, M. B., McFarland, D., Palagini, L., Belvederi Murri, M., Zerbinati, L., & Grassi, L. (2022c). Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention. *Current Psychiatry Reports*, 24(12), 911-924. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01398-1>
- ¿Cómo nos hacemos cargos de las agresiones al personal de salud? | Colegio Médico de Chile. (s. f.). Recuperado 13 de abril de 2023, de <https://revista.colegiomedico.cl/como-nos-hacemos-cargos-de-las-agresiones-al-personal-de-salud/>
 - Convenio C190—Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190). (s. f.). Recuperado 27 de abril de 2023, de https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::PI2100_ILO_CODE:C190
 - Cooper, C., & Swanson, N. (2002). Workplace violence in the health sector State of the Art.
 - Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo SUSESO/ISTAS21. (s. f.). SUSESO: Atención de usuarios. Recuperado 26 de abril de 2023, de <https://www.suseso.cl/606/w3-article-19640.html>
 - Editorial, E. (2015, mayo 5). Agresiones a médicos: Una realidad preocupante | Colegio Médico de Chile. <https://revista.colegiomedico.cl/agresiones-a-medicos-una-realidad-preocupante/>
 - El 60% de los funcionarios de salud ha sido víctima de agresión en la red pública—La Tercera. (s. f.). Recuperado 15 de abril de 2023, de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/60-los-funcionarios-salud-ha-victima-agresion-la-red-publica/481810/>
 - Elliott, P. P. (1997). Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nursing Management*, 28(12), 38-41; quiz 42.
 - Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C., & Di Lorenzo, R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 263-275. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S114870>
 - Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector: The training manual. (2005, enero 1). [Instructional material]. https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/training/WCMS_108542/lang--en/index.htm
 - Geoffrion, S., Hills, D. J., Ross, H. M., Pich, J., Hill, A. T., Dalsbø, T. K., Riahi, S., Martínez-Jarreta, B., & Guay, S. (2020). Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *The Cochrane*

- Database of Systematic Reviews, 9(9), CD011860. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011860.pub2>
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., Ryan, A. D., Mongin, S. J., & Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(6), 495-503. <https://doi.org/10.1136/oem.2003.007294>
 - Giménez Lozano, J. M., Martínez Ramón, J. P., & Morales Rodríguez, F. M. (2021). Doctors and Nurses: A Systematic Review of the Risk and Protective Factors in Workplace Violence and Burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3280. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063280>
 - Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. (s. f.).
 - Henson, B. (2010). Preventing interpersonal violence in emergency departments: Practical applications of criminology theory. *Violence and Victims*, 25(4), 553-565. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.4.553>
 - Hou, Y., Corbally, M., & Timmins, F. (2022). Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1688-1699. <https://doi.org/10.1111/jonm.13721>
 - ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. (2002). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Organización Internacional del Trabajo. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44072>
 - International labour organization. (2020). Safe and healthy working environments free from violence and harassment [Report]. http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_751832/lang-en/index.htm
 - Investigating the Impact of Healthcare Environmental Design on Staff Security: A Systematic Review—Soheyila MohammadiGorji, Sheila J. Bosch, Shabboo Valipoor, Giuliano De Portu, 2021. (s. f.). Recuperado 27 de abril de 2023, de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1937586720921407>
 - Kumari, A., Kaur, T., Ranjan, P., Chopra, S., Sarkar, S., & Baitha, U. (2020). Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *Journal of Postgraduate Medicine*, 66(3), 149-154. https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_96_20
 - Lanza, M. L., Zeiss, R. A., & Rierdan, J. (2006). Non-Physical

- Violence: A Risk Factor for Physical Violence in Health Care Settings. *AAOHN Journal*, 54(9), 397-402. <https://doi.org/10.1177/216507990605400903>
- Lim, M. C., Jeffree, M. S., Saupin, S. S., Giloi, N., & Lukman, K. A. (2022). Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. *Annals of Medicine and Surgery*, 78, 103727. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103727>
 - Lipscomb, J. (2006). Violence prevention in the mental health setting: The New York state experience. *Canadian Journal of Nursing Research*. https://www.academia.edu/70568235/Violence_prevention_in_the_mental_health_setting_the_New_York_state_experience
 - Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., Yan, S., Sampson, O., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., Chang, Y., Yang, Y., Yang, T., Chen, Y., Song, F., & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927-937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
 - Ma, J., Chen, X., Zheng, Q., Zhang, Y., Ming, Z., Wang, D., Wu, H., Ye, H., Zhou, X., Xu, Y., Li, R., Sheng, X., Fan, F., Yang, Z., Luo, T., Lu, Y., Deng, Y., Yang, F., Liu, C., ... Li, X. (2021). Serious Workplace Violence Against Healthcare Providers in China Between 2004 and 2018. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.574765>
 - Ministerio de Salud anunció que hoy entró en vigencia “Ley Consultorio Seguro”. (s. f.). Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. Recuperado 13 de abril de 2023, de <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-anuncio-que-hoy-entro-en-vigencia-ley-consultorio-seguro/>
 - NHS England » Violence prevention and reduction standard. (s. f.). Recuperado 25 de abril de 2023, de <https://www.england.nhs.uk/publication/violence-prevention-and-reduction-standard/>
 - Norma-General-Administrativa-sobre-Agresiones-al-personal-de-atencion-en-establecimientos-de-salud.pdf. (s. f.). Recuperado 13 de abril de 2023, de <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/12/Norma-General-Administrativa-sobre-Agresiones-al-personal-de-atencion-en-establecimientos-de-salud.pdf>
 - Paravic-Klijn, T., Burgos-Moreno, M., Paravic-Klijn, T., & Burgos-Moreno, M. (2018). Prevalencia de violencia física, abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y

- privados. *Revista médica de Chile*, 146(6), 727-736. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000600727>
- Paredes Arevalo, L. A., & Paravic Klijn, T. (2006). PERCEPCION DE VIOLENCIA Y FACTORES ASOCIADOS SEGUN USUARIOS DE UN CONSULTORIO Y POSTAS DE SALUD. CONCEPCION, CHILE. *Ciencia y enfermería*, 12(1), 39-51. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532006000100005>
 - Piquero, N. L., Piquero, A. R., Craig, J. M., & Clipper, S. J. (2013). Assessing research on workplace violence, 2000-2012. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), 383-394. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.03.001>
 - PROCEDIMIENTO GENERAL PARA INCIDENTES DE AGRESIÓN. (s. f.).
 - Program, C.-C., & California, S. of. (s. f.). Cal/OSHA Guidelines for Workplace Security. Recuperado 12 de abril de 2023, de https://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/worksecurity.html
 - Ramzi, Z. S., Fatah, P. W., & Dalvandi, A. (2022). Prevalence of Workplace Violence Against Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 896156. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896156>
 - Raveel, A., & Schoenmakers, B. (2019). Interventions to prevent aggression against doctors: A systematic review. *BMJ Open*, 9(9), e028465. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028465>
 - Results | Working to improve NHS staff experiences | NHS Staff Survey. (s. f.). Recuperado 27 de abril de 2023, de <https://www.nhsstaffsurveys.com/results/>
 - S.A.P, E. M. (2019, noviembre 19). Congreso aprueba «Consultorio Seguro»: Hasta 15 años de cárcel arriesgará quien agrede a funcionarios públicos de la salud | Emol.com. Emol. <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2019/11/19/967737/Congreso-aprueba-consultorio-seguro.html>
 - Senado—Tramitación de proyectos. (s. f.). Recuperado 27 de abril de 2023, de https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=15307-10
 - Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P. F., Maguire, B. J., FitzGerald, D., & Begg, S. J. (2020a). Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD012662. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>
 - Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P. F., Maguire, B. J., FitzGerald, D., & Begg, S. J. (2020b). Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *The Cochrane*

- Database of Systematic Reviews, 2020(4), CD012662. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>
- The State of Queensland; ou=Queensland Health, T. S. of Q. H. (s. f.). Stay On Your Feet®—Haddon’s matrix [Text]. corporateName=The State of Queensland; jurisdiction=Queensland. Recuperado 21 de abril de 2023, de https://www.health.qld.gov.au/stayonyourfeet/injury_prevention/matrix
 - Towhari, A. A., & Bugis, B. A. (2020). <p>The Awareness of Violence Reporting System Among Healthcare Providers and the Impact of New Ministry of Health Violence Penalties in Saudi Arabia</p>. Risk Management and Healthcare Policy, 13, 2057-2065. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S258106>
 - Vega-Pinochet, H. (2019). Violencia percibida por trabajadores de la salud de parte de los usuarios del Servicio de Salud Talcahuano en Lirquén, Chile, 2017. Revista Chilena de Salud Pública, 23(1), Article 1. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2019.55048>
 - Wiskow, C. (s. f.). Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector.
 - Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated | OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. (s. f.). Recuperado 21 de abril de 2023, de <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-9-2004/number-3-september-2004/violence-in-health-care/>
 - Workplace violence in the health sector: Country case studies, Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study: synthesis report - International Labour Organization. (s. f.). Recuperado 12 de abril de 2023, de https://labordoc.ilo.org/discovery/fulldisplay/alma994982593402676/41ILO_INST:41ILO_V2
 - Zuñiga, D. (2022, abril 6). Protocolo ante amenazas o agresiones | Colegio Médico. <https://www.colegiomedico.cl/instrucciones-ante-amenazas-o-agresiones/>



COLEGIO MÉDICO
SANTIAGO