

# Violencia en contra del personal de salud

## Violence against healthcare workers

Daniel Rojo<sup>1</sup>

### RESUMEN

---

**L**a violencia en contra del personal de salud (PS) afecta los derechos de los trabajadores y, también, a la atención de salud propiamente tal.

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 profesiones con mayor riesgo y las unidades de urgencia y de psiquiatría los lugares de ocurrencia más común.

El problema es multifactorial y por lo tanto las medidas para prevenir la violencia o mitigarla deben ser enfocadas a los distintos involucrados y en las distintas fases temporales del evento.

La evidencia muestra que guías integradas con retroalimentación articulada logran reducir la violencia. La norma MINSAL del año 2018 para prevención y mitigación de la violencia es un paso en este sentido. Sin embargo, no existe un registro público de implementación de la norma ni una política pública nacional que coordine estos esfuerzos que posea un enfoque de gestión con retroalimentación continua. A futuro, junto con cuantificar el problema y definir sus causas en Chile, debiera plantearse el desafío de desarrollar una política nacional de prevención de la violencia en contra del PS.

*Palabras clave: Violencia, Agresiones, Personal de Salud.*

### ABSTRACT

---

Violence against healthcare workers (HW) is a fundamental rights issue and a public health problem. Globally two-thirds of HW have experienced violence, half of them experiencing non-physical violence and nearly a quarter being exposed to physical violence. Physicians and nurses are at greater violence risk, and the most common locations where incidents occur are emergency rooms and psychiatric units.

This problem is multifactorial, and therefore, measures to prevent or mitigate violence must englobe factors and temporal phases of the event. Evidence shows that integrated guidelines with articulated feedback can effectively reduce violence. The 2018 MINSAL standard for prevention and mitigation of violence is a step in this direction. However, there is currently not public record of the implementation of this standard, nor is there a national public policy coordinating these efforts with a focus on prevention management and continuous feedback.

Moving forward the perspective, in addition to quantifying the problem and identifying its causes in Chile, it is necessary to address the challenge of developing a national policy for the prevention of violence against HW. Such policy should aim to provide a comprehensive framework that incorporates feedback mechanisms, ensuring continuous improvement in the prevention and management of violence incidents.

*Keywords: Violence, Aggressions, Healthcare workers.*

---

<sup>1</sup> Doctor en biotecnología, anatomopatólogo. Hospital Dr. Exequiel González Cortés y departamento de estudios del Colegio Médico Regional Santiago. Correspondencia a: [danielrojovera@live.com](mailto:danielrojovera@live.com).

## INTRODUCCIÓN

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*<sup>2</sup>, 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 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 países tan diversos como 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. Se constata, además, la evidente dimensión de género del problema: la mayor parte del PS son mujeres. Un ejemplo de dicha situación son los datos que muestran que ser mujer y enfermera son factores de riesgo en el trabajo que se potencian y multiplican la posibilidad de agresión. 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 nuevo 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 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-General-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. Las notas de prensa de la época recogen declaraciones de dirigentes y autoridades de salud que muestran, por una parte,

<sup>2</sup> Es, en término simples, el bullying en el trabajo.

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 punitivo<sup>3</sup> 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 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*).

A nivel gremial en nuestro país, además, el Colegio médico de Chile realiza un trabajo de prevención primaria y secundaria de las agresiones diseñando protocolos para afrontar la agresión y de acompañamiento del agredido y realiza difusión de dichos beneficios que se poseen los colegiados, existiendo también artículos de difusión en la revista Vida Médica (Zuñiga, 2022). Estos esfuerzos suelen provenir de la fundación de asistencia legal del gremio.

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, enfermeras<sup>4</sup>, etc.) focalizando en dichos gremios la recolección de datos (usualmente por medio de encuestas auto aplicadas<sup>5</sup>). Cabe destacar que la violencia afecta a todos los quehaceres y estamentos dentro del PS, sin perjuicio que hay ocupaciones con mayor riesgo. Además, las posibles medidas preventivas y de intervención sobre los hechos de violencia inciden a todo el PS (ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002; Liu et al., 2019).

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 I, desde el punto de vista criminológico, predomina la elección racional de delinquir<sup>6</sup>, 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).

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).

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.

## 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

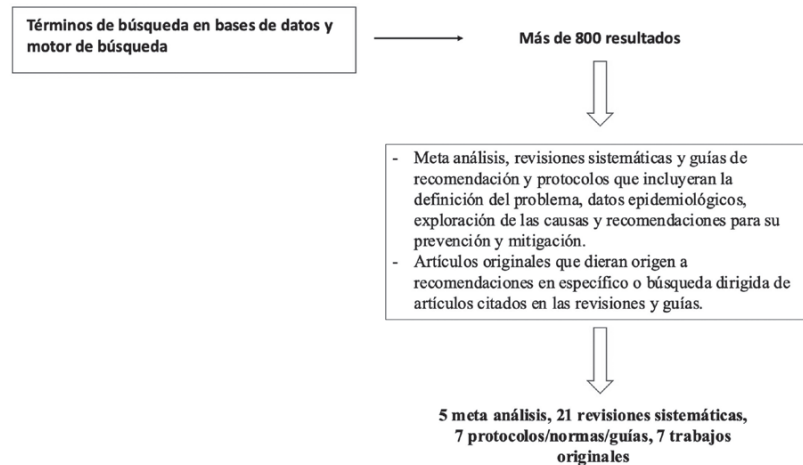
3 Disuadir el delito como respuesta al aumento de penas

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 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. (Henson, 2010).

**Diagrama 1.** Metodología de la revisión



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 en forma 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.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Considerando todo tipo de trabajos, la violencia en contra del PS alcanza hasta un 25% del total,

7 Medido en enfermeras de servicios de psiquiatría.

8 En los países que poseen guías claras de prevención de la violencia, a medida que se socializa y concientiza respecto al problema, existe mayor notificación de dichos eventos.

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 año. 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 rubros<sup>7</sup> (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 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 en los últimos 12 meses. 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 Norteamérica<sup>8</sup> 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 urgencia, 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.

Además, datos de otros metaanálisis que incluye a todos los estamentos de trabajadores de la salud, muestra cifras similares de prevalencia a todo evento y también en datos diferenciados por violencia verbal y física (Binmadi & Alblowi, 2019).

**Tabla 1.** Proporción de exposición a distintos tipos de violencia (Prevalencia a 12 meses)<sup>9</sup>

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%

**Tabla 2.** Proporción de exposición a distintos tipos de violencia (Prevalencia a 12 meses)<sup>10</sup>

Exposición a violencia no física	Categorías	Prevalencia
Tipo de violencia no física	Verbal	58%
	Acoso sexual	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%

<sup>9</sup> (Liu et al., 2019).

<sup>10</sup> (Liu et al., 2019).

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% <sup>11</sup>
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%

Junto a ello, un 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%. 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 en Chile han evaluado la situación en la 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. Datos muy preocupantes de este estudio son los siguientes: 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. Dicha encuesta<sup>12</sup> incluyó respuestas de 9200 funcionarios de salud y dentro de sus principales resultados indica: 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 los agredidos declara agresiones no físicas (la mayoría descalificaciones, rumores, insultos y un

<sup>11</sup> Los estudios que cumplieron los criterios de inclusión fueron 3 y parecieran reflejar el problema del subreporte.

<sup>12</sup> Disponible solo en notas de prensa. El autor realizó solicitud vía ley de transparencia del texto completo, la cual se encuentra en trámite.

**Tabla 3.** Factores de riesgo a experimentar violencia por parte del PS <sup>13</sup>

<b>Violencia de cualquier tipo</b>	<b>OR</b>
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
<b>Violencia no física</b>	
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
<b>Violencia física</b>	
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

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 cercano al 40% de agresores tiene 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.).

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 se hace cargo de lo dificultoso de entender los orígenes de la violencia en contra del PS y describe 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 alejadas 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) (Cooper & Swanson, 2002).

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

<sup>13</sup> (Liu et al., 2019).

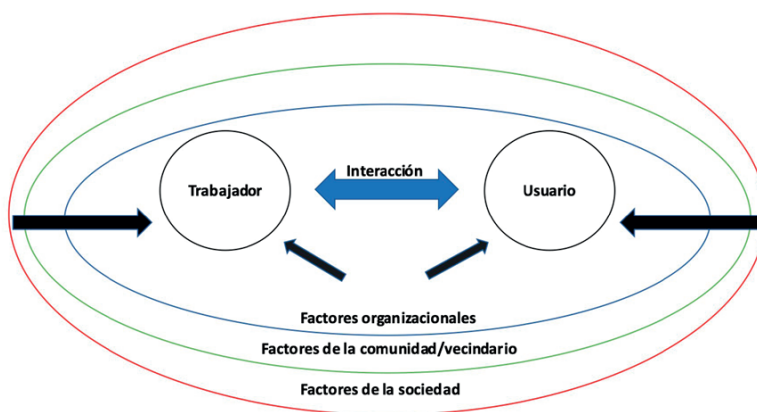


Figura 1: Modelo básico conceptual de las causas de la violencia en contra del PS<sup>14 15</sup>. Los factores afectan la interacción con el usuario, sumando razones y predisponiendo al evento de agresión. A modo de ejemplo: un trabajador con poca preparación en habilidades interpersonales atiende a un usuario ansioso por la atención y poco manejo de impulsos, en un servicio de urgencia atochado y con poca disponibilidad de tiempo, en un vecindario con riesgo sicosocial en una sociedad que entrega pocas herramientas a la salud pública y que destina pocos recursos.

el más adecuado (Figura 1). En esa línea, Bulatao y VandenBos escribieron que “Un incidente violento en el lugar de trabajo es el resultado culminante de interacciones estresantes agravadas por un ciclo vicioso de ideas equivocadas y equivocaciones, frustración e ira” (*APA PsycNet PsycBooks-TOC*, s. f.).

Existen, además, factores de riesgo de sufrir agresiones. 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 3 se exponen los factores que registraron OR mayores a 1.

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, 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 sí 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.).

## 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). Estas consecuencias pueden potenciarse en caso de existir, además, violencia tipo III (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

14 Este modelo puede utilizarse para entender las causas las dinámicas de la violencia Tipo III, sustituyendo “usuario” por “compañero de trabajo”.

15 (Cooper & Swanson, 2002)



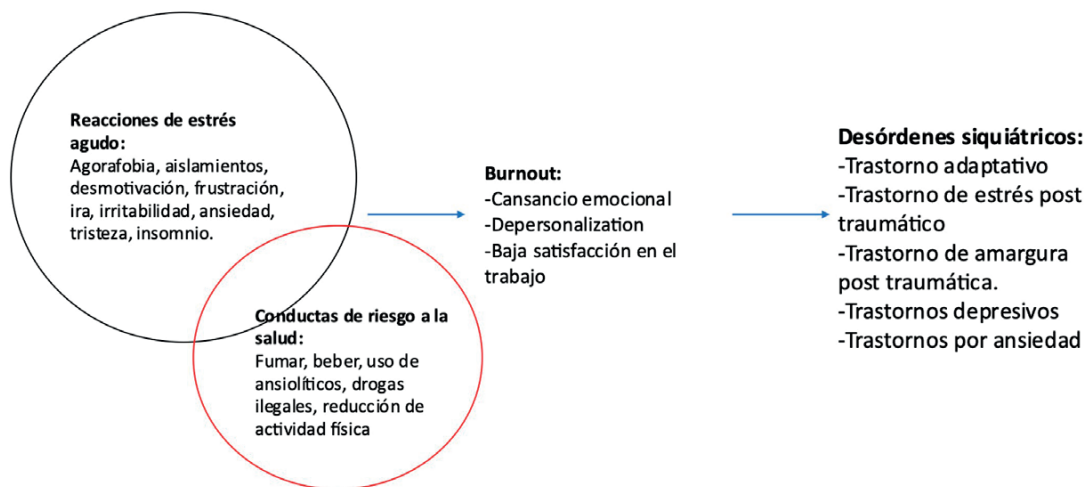


Figura 2. Impacto a nivel personal de la violencia en contra del PS<sup>16</sup>

completa (Figura 2) (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. Existen importantes consecuencias como absentismo laboral, falta de valoración frente a las propias competencias profesionales, renuncias 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

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 personales, 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

<sup>16</sup> Figura traducida de (Caruso et al., 2022c).

denominada matriz de Haddon. El Dr. Haddon a comienzos 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) en el eje horizontal de la matriz y la temporalidad en torno al evento (pre evento, evento y post evento) en el eje vertical. La matriz permite una clara categorización de los tipos de intervención en las distintas fases temporales, 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).

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 y otras en fase de evento o post evento (Spelten et al., 2020b).

## **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 públicas 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 2000<sup>17</sup>. Dichas guías 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 realizado (Wiskow, s. f.). Dicho enfoque busca la mejora continua basada en una retroalimentación permanente, evaluando las medidas, potenciando lo bueno y

mejorando las medidas con menos efectividad. En Reino Unido dicha estrategia se explica con un *Plan-Do-Check-Act* y es el eje central que atraviesa esta política pública. 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 2020 (*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 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 de la violencia, intervenciones en el lugar de trabajo y formas de monitoreo y evaluación. Dichas directrices identifican 5 aspectos claves:

- 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).

En nuestro país el MINSAL emitió en el año 2018 la norma general administrativa (“Norma 28”) que aborda las agresiones al personal de atención en establecimientos de salud. Dicha

<sup>17</sup> El programa Tolerancia Cero del NHS 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 iniciara las medidas. (Wiskow, s. f.).

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 acompañantes 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 todos los trabajadores del establecimiento 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 usar cuestionario abreviado de la superintendencia de seguridad social para cuantificar el riesgo de agresión en un determinado establecimiento 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 (consumadas o no) 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 evento 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”<sup>18</sup> 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.).

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 mecanismos<sup>19</sup>). Sin embargo, hay que tener presente que estas recomendaciones, en términos de nivel de evidencia, son recomendaciones de expertos 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 estadística (calidad de evidencia moderada). Los diseños metodológicos de estudios que tratan de comprobar la efectividad de dichas medidas son muy complejos y son cruzados por sesgos de desproporción de atención y de verificación (entre otros), por lo que, en términos generales, es recomendable ponderar cada recomendación en su justa medida.

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).

A continuación, se ofrece un listado de intervenciones<sup>20</sup> para prevenir y limitar la violencia que son altamente recomendadas en distintas guías, manuales, revisiones sistemáticas, revisiones Cochrane y diversos protocolos en las tablas 4 a la 10 (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).

18 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.

19 Inferir intervenciones a partir de los mecanismos de origen del problema.

20 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 4.** Recomendaciones tipo educación y entrenamiento en fase pre evento

Victima	Agente agresor	Organización	Comunidad/Sociedad
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Entrenamiento en habilidades de comunicación, de negociación, escucha activa, asertividad y autocontrol emocional y del estrés.</li> <li>- Entrenamiento en reconocimiento de pacientes agresivos, en medidas restrictivas progresivas, de autodefensa y escape.</li> <li>- Entrenamiento en técnicas de desescalamiento de comportamientos agresivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-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.).</li> <li>-Informar por medio de documento a firmar por el usuario de las prestaciones que el establecimiento ofrece, acceso expedito a OIRS, educando su utilidad.</li> <li>-Informar debidamente las implicancias de atención con Triage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Creación de protocolos a nivel local.</li> <li>-Capacitaciones al respecto de medidas de prevención y limitación de la agresión, tanto a PS como a directivos.</li> <li>-Capacitaciones respecto a escalas de riesgo de agresión del paciente.</li> <li>-Creación de protocolo de atención médica y seguimiento en caso de agresión y educar al respecto al PS.</li> <li>-Entrenamiento a personal de apoyo psicológico en técnicas de intervención por emergencias (defusing y debriefing).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo continuo con comunidades locales para educar en uso de oficinas tipo OIRS.</li> <li>- 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.).</li> </ul>

**Tabla 5.** Recomendaciones tipo educación y entrenamiento en fase evento

Victima	Organización
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenar al personal en seguir protocolos para limitar la agresión, informar a seguridad y la importancia de reportar el evento.</li> <li>- Aplicar técnicas de desescalamiento de comportamientos agresivos<sup>21</sup></li> <li>- Entrenamiento en no contestar la agresión y retirarse del lugar.</li> <li>- Entrenamiento en uso de medidas de restricción progresivas, autodefensa y escape.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-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.</li> </ul>

**Tabla 6.** Recomendaciones tipo educación y entrenamiento en fase post evento

Victima	Organización	Comunidad/Sociedad
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforzar información al PS respecto a los protocolos de prevención de agresiones, protocolos de acción frente a una agresión y procedimientos del reporte.</li> <li>- Capacitaciones para romper la cultura del silencio<sup>22</sup> que existe en este problema, favorecer el reporte y denunciar a la justicia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforzar información al PS respecto a los protocolos de prevención de agresiones, protocolos de acción frente a una agresión y procedimientos del reporte.</li> <li>- Capacitaciones para romper la cultura del silencio que existe en este problema, favorecer el reporte y denunciar a la justicia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.).</li> </ul>

21 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 de efectividad.

22 Combinación de no reporte y menosprecio a los que denuncian.

**Tabla 7.** Recomendaciones a nivel organizacional en fase pre evento

Organización	Comunidad/Sociedad
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar protocolos a nivel local.</li> <li>- Protocolos que indiquen evitar las atenciones en solitario en contextos de riesgo de agresión.</li> <li>- Reuniones de comité de prevención que incluya directivos y representantes del PS.</li> <li>- Implementar campañas de prevención de burnout, autocuidado y mejora del clima laboral.</li> <li>- "Marcar" a pacientes agresores o potencialmente agresores para realizar atención con cuidados necesarios o no admitir al paciente a atención<sup>23</sup></li> <li>- Uso de escala de riesgo de agresión en servicios de psiquiatría<sup>24</sup></li> <li>- Contratación de servicio de guardias y difusión de protocolos de accionar para coordinar funciones.</li> <li>- Coordinación con fuerzas policiales para lograr pronta reacción y disuasión de eventos de criminalidad común en los establecimientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo con la comunidad para el uso del establecimiento como centro de encuentro de la comunidad, logrando cuidado activo por parte de la población.</li> <li>- 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.</li> <li>- Políticas públicas de planificación de infraestructura sanitaria siguiendo recomendaciones de confort al usuario y de prevención de agresiones.</li> <li>- 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.</li> <li>- Ajustar legislación punitiva de los hechos de agresión, como elemento disuasivo de violencia en contra del PS<sup>25</sup>.</li> </ul>

**Tabla 8.** Recomendaciones a nivel organizacional en la fase evento

Víctima	Organización
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir protocolo en caso de agresión. No responder a la agresión.</li> <li>- Medidas a seguir incluyen uso de técnicas de desescalamiento, defensa personal y/o escape del lugar.</li> <li>- Uso de técnicas restrictivas de acuerdo estricto al protocolo.</li> <li>- Activar reacción del equipo de salud que incluya cierre del recinto, llamado a seguridad y fuerza pública.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir protocolo en caso de agresión.</li> <li>- 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)</li> <li>- Llamar a seguridad y fuerza pública.</li> <li>- Atender médica, primera atención y derivar a organismo competente en caso de que corresponda.</li> </ul>

**Tabla 9.** Recomendaciones a nivel organizacional en la fase post evento

Víctima	Organización	Comunidad/Sociedad
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Seguir protocolo, cumpliendo con la notificación y aviso a cargos directivos del evento, usando instrumentos de notificación apropiados.</li> <li>-Denunciar o ser asistido en la denuncia por personal capacitado de la institución.</li> <li>-Recibir atención médica y seguimiento en entidad correspondiente.</li> <li>-Recibir asistencia psicológica post evento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>-Realizar intervención psicológica de asistencia con la participación de todos los afectados (defusing y debriefing)<sup>26</sup></li> <li>-Asistir a víctimas en sus atenciones médicas y prestar asesoría legal para la denuncia y querrelas.</li> <li>-Tomar medidas contra la posibilidad de subreporte (instar a reportar, preparar capacitaciones a futuro, etc).</li> <li>-Crear un ciclo constante de evaluación y corrección de protocolos entre el PS y las autoridades del establecimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>

23 (Raveel & Schoenmakers, 2019).

24 (Abderhalden et al., 2008)

25 Medida de efectividad controversial. Por ej. USA considera la agresión física como felony (crimen), es decir, con potencial pena de cárcel de al menos un año, independiente de la gravedad de las lesiones. A pesar de ello, presentan las cifras de violencia ya expuestas.

26 La no disponibilidad de debriefing se relacionaría a mayor desarrollo de síndrome de estrés post traumático.

**Tabla 10.** Recomendaciones a nivel del ambiente físico en la fase pre evento<sup>27</sup>

<b>Ambiente físico</b>
- 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 corresponda <sup>28</sup>

## **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.

En el trámite de la ley solo 1 vez se mencionó la necesidad de existencia de medidas preventivas (intervención de senador Harboe en una sesión de comisión de constitución, legislación y justicia, del 7 de agosto del 2019), más allá del castigo punitivo y esperar la disuasión de la agresión por la existencia de estas penas. La teoría criminológica de la “elección racional” habla de que el delincuente sopesa pros y contras frente a la realización de un delito, analizando 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

Si bien es posible encontrar evidencia de nivel de calidad baja, proveniente de regímenes autoritarios, con respecto a la disminución de agresiones por aumento de penas<sup>29</sup>, el enfrentamiento de la violencia en contra del PS es necesariamente integral en medidas debido al origen multifactorial del problema.

Las políticas públicas del Estado de Chile a la fecha tienen como eje la norma de prevención de violencia ya mencionada y su complemento, que mandata su cumplimiento: la resolución ministerial exenta 1063 del año 2018. Dicha resolución mandata, además, la creación de mesas de seguridad en cada servicio de salud que elaboren un plan anual de prevención, recolección de datos de agresiones y sugieran mejoras a la norma. Otras políticas públicas incluyen mesas de trabajo interministeriales, registro centralizado on-line de agresiones y convenios de apoyo entre la subsecretaría de prevención del delito (acceso expedito a unidad de atención de víctimas, por ejemplo).

Sin embargo, 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. Si bien es posible encontrar en motores de búsqueda guías de prevención de servicios de salud (Bío Bío, por ejemplo), los esfuerzos locales no son difundidos a nivel nacional ni existen instancias de compartir experiencias supralocales.

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. 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 y tienden a minimizar la efectividad de las medidas. Se invita, por ello, a enriquecer las normativas y protocolos

27 A nivel post evento el ambiente físico también debiera estar sometido al proceso cíclico de evaluación y mejoras.

28 La literatura de USA suele incluir estas medidas. La efectividad de esas medidas no se ha demostrado (Raveel & Schoenmakers, 2019).

29 Estudios observacionales provenientes de China y Arabia Saudita (Ma et al., 2021; Towhari & Bugis, 2020).

nacionales con recomendaciones que surgen de corregir factores de riesgo conocidos de agresión, adaptándolas a la realidad local, mientras no exista mayor evidencia disponible al momento.

Otro problema que queda expuesto al realizar estudios en esta temática es el subreporte. 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. 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 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.).

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. Un buen punto de partida de esto es el medir el grado de implementación de la norma ministerial 28, la

cual es un excelente insumo para una gran política nacional integrada y que posea retroalimentación articulada a futuro.

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. *BioMedResearch 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>
  - *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=NORML-EXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C190](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORML-EXPUB:12100:0::NO::P12100_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 Medico 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/>
  - 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](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](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—Sobeyla 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](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](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.colegio-medico.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](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.nhstafsurveys.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 [www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin\\_ini=15307-10](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>
  - 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 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](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/>