



GABINETE MINISTRA DE SALUD

DIVISIÓN JURÍDICA

GBM / MVT / MPA / VRC / JHG / SZV

REDES  
SUBSECRETARIA  
Vº Bº

**DEJA SIN EFECTO RESOLUCIÓN EXENTA N° 306,  
QUE APRUEBA NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA  
N° 198 SOBRE AGRESIONES AL PERSONAL DE  
ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, Y  
APRUEBA NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA  
N°28, BAJO EL MISMO TÍTULO.**

SANTIAGO, 04 ABR 2018

**408**

**RESOLUCIÓN EXENTA N° \_\_\_\_\_ /**

**VISTO**, el D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763, de 1979, y de las leyes N°s 18.933 y 18.469; el Decreto N°136, de 2004, del Ministerio de Salud, que aprueba Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; el DFL N°1-19.653 de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; ley N° 19.880, de 2003, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que establece Bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado; resolución exenta N° 306, del Ministerio de Salud, que aprueba norma general administrativa N° 198 sobre agresiones al personal de atención en establecimientos de salud; Resolución N° 1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República y sus modificaciones, y

**CONSIDERANDO,**

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar las acciones.

2. Que, dentro de sus funciones, el Ministerio dictó la Norma General Administrativa N° 198 sobre agresiones al personal de atención en establecimientos de salud, aprobada mediante resolución exenta N° 306, de 6 de marzo de 2018.

3. Que, la anterior norma tuvo un error de escritura correspondiéndole el número "28" y no "198" como fue aprobado.

4. Que, con el objeto de corregir el error y producir certeza en relación al número y contenido de la norma se requiere dejar sin efecto la resolución exenta N° 306 y aprobar la norma general administrativa nuevamente, esta vez con el número que le corresponde.

5. Que, por lo anteriormente señalado, dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN**

**1º APRUÉBASE** el documento denominado "Norma General Administrativa N°28 sobre agresiones al personal de atención en establecimientos de salud", cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 17 páginas, todas ellas visadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

**2º PUBLÍQUESE**, por la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, el texto íntegro de "Norma General Administrativa N°28 sobre

agresiones al personal de atención en establecimientos de salud", y el de la presente resolución en el sitio [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl), a contar de la total tramitación de esta última.

**3º** **REMÍTASE** un ejemplar de la "Norma General Administrativa N°28 sobre agresiones al personal de atención en establecimientos de salud", a los Servicios de Salud del país.

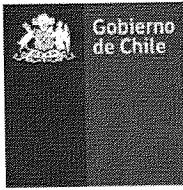
**4º** **DÉJESE SIN EFECTO** la resolución exenta N° 306 de 6 de marzo de 2018, del Ministerio de Salud, que aprobó "Norma General Administrativa N° 198 sobre agresiones al personal de atención en establecimientos de salud".

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



**DISTRIBUCIÓN:**

- Jefe de Gabinete Ministro de Salud
- Jefe de Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
- Jefe de Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Directores de los Servicios de Salud del país
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
- Jefe de División de Gestión de la Red Asistencial
- División Jurídica
- Oficina de Partes



## NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA

28

### Agresiones al personal de atención en establecimientos de salud

#### I. INTRODUCCIÓN

La violencia en los lugares de trabajo no es un fenómeno nuevo, sin embargo, su estudio comenzó hace relativamente poco tiempo. En 1998, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) publica la primera edición de su libro *Violence at Work* (Violencia en el trabajo), el cual aborda dicha situación. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, de España, en su VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, realizada el año 2012, señala que hasta un 11% de los trabajadores de dicho país había sufrido conductas violentas en el trabajo, de los cuales un 2,4% habían sufrido agresiones por personas no pertenecientes al lugar de trabajo (clientes o usuarios). La Organización Iberoamericana de Seguridad Social y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España en la I Encuesta Centroamericana de Trabajo y Salud (2012), que incluyó a Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, señalan que en promedio, el 3,4% de los trabajadores de dichos países, fueron víctima de violencia física cometida por personas relacionadas con su lugar de trabajo (se excluyen personas que trabajan en el mismo lugar).

Según datos de la Oficina de Estadísticas Laborales de los EE.UU., en 1999 se registraron 2.637 agresiones no mortales a trabajadores de hospitales públicos, con una tasa de 8,3 agresiones por cada 10.000 trabajadores, tasa muy superior a cualquier industria del sector privado, de 2 por cada 10.000 trabajadores. La Organización Internacional del Trabajo, en la tercera edición de su informe *“Violence at Work”*, refiere que en una unidad de urgencia de un importante hospital de Barcelona, hasta el 56% de los trabajadores había estado expuesto a agresiones verbales por pacientes o sus parientes.

En Chile las cifras son escasas y, hasta la fecha, no existen estudios transversales que den cuenta de la realidad de la salud pública chilena en la materia. Según las cifras obtenidas a través de una encuesta a nivel nacional, realizada por la Agrupación de Médicos Generales de Zona del Colegio Médico de Chile A.G., se estableció que cerca de un 76% de los médicos ha sufrido algún tipo de agresión, sea física o verbal, mientras que, al evaluar al resto de los profesionales de la salud las cifras alcanzan casi un 96%, con una

percepción de inseguridad de más de un 50%, lo que refleja la necesidad de establecer medidas y protocolos de accionar por parte de las autoridades, de tal forma de garantizar la seguridad en las prestaciones de salud, tanto para los funcionarios como para los usuarios del sistema de Salud.

Las personas angustiadas, en situación de dolor o desesperadas son proclives a realizar acciones violentas. En el caso de los usuarios del sistema de salud, se presentan esas características, por cuanto la diversidad de dolencias contempla desde trastornos psiquiátricos, como la demencia, hasta intoxicación por alcohol u otras sustancias, por lo que la violencia verbal o física aparece en forma común en los establecimientos de la red asistencial de salud.

Los trabajadores del sector de la salud mantienen contacto directo con personas con las características señaladas en el párrafo anterior, por lo que son altamente susceptibles de sufrir agresiones, llegando a normalizar la violencia como un elemento integrante del trabajo.

El presente documento pretende ser un antecedente a tener en consideración para enfrentar el tema de las agresiones a profesionales de la salud ocurridas dentro de un establecimiento de salud. El mismo, contiene no solo marcos de actuación si no también elementos que permiten identificar situaciones de riesgo, medidas de prevención, instrumentos de evaluación del riesgo, entre otros.

## **II. OBJETIVOS**

### **A) Objetivo General**

1. Establecer un marco de acción ante agresiones que pueda sufrir el personal de salud por parte de los usuarios y sus acompañantes, en centros de atención primaria y hospitales de alta, mediana y baja complejidad, con la finalidad de disminuir morbilidad física y psicológica, en personal de salud agredido.

### **B) Objetivos Específicos**

1. Definir las situaciones de riesgo de agresión.
2. Proposición de instrumentos de evaluación del riesgo de agresión en un determinado establecimiento.
3. Definir los tipos de agresiones que pueden existir dentro de un establecimiento de salud.
4. Proponer medidas de prevención de agresiones en los establecimientos de salud.
5. Establecer la población objetivo de las medidas de prevención.
6. Protocolo de actuación ante situaciones de agresión.
7. Definir rol y responsabilidad administrativa que podría existir ante casos de agresión.

### III. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

- a) **Centros de Atención Primaria:** Corresponden a los centros asistenciales donde se produce el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Son Centros de Atención Primaria: CGR, DESAM, PSR, CESFAM, CECOSF y Hospitales de baja complejidad.
- b) **CECOSF** : Centro Comunitario de Salud Familiar
- c) **CESFAM** : Centro de Salud Familiar
- d) **DAU** : Datos de Atención de Urgencia
- e) **DESAM** : Departamento de Salud Municipal
- f) **CGR** : Consultorio General Rural
- g) **OIRS** : Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias
- h) **PSR** : Posta de Salud Rural
- i) **SAPU** : Servicio de Atención Primaria de Urgencia
- j) **SAR** : Servicio de Alta Resolutividad
- k) **SUR** : Servicio de Urgencia Rural

#### 1. SITUACIONES DE RIESGO DE AGRESIÓN.

Se consideran aquellas circunstancias en las que confluyen determinados factores socio-ambientales favorecedores de un clima propenso a generar comportamientos intencionados con tendencia a producir daño físico o psíquico a otra persona:

- a) **Atenciones de Urgencia:** Corresponden a aquellas atenciones que se realizan en un SAPU, SUR, SAR y Servicios de Urgencia de Hospitales de baja, mediana y alta complejidad.  
Se trata de una atención espontánea, en donde los usuarios consultan por una atención inmediata, siendo categorizados según la gravedad. El dolor y desconcierto de los usuarios, junto a la frustración que generan los tiempos de espera, además de la limitada comunicación con el paciente que se genera por la sobrecarga laboral, la presencia de usuarios bajo los efectos de alcohol y estupefacientes, el trabajo en equipos pequeños (1 o 2 funcionarios), entre otros muchos factores, generan que sean este tipo de atenciones aquellas en las cuales se presentan con mayor frecuencia las agresiones a los funcionarios de salud.
- b) **Visitas a domicilio:** corresponde al encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario y/o su familia, la cual tiene su origen generalmente en una necesidad identificada por un miembro del equipo de salud, que tras la valoración del paciente, decide un plan de cuidados a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos.  
Al encontrarse fuera del centro asistencial, el equipo de salud no cuenta con los

resguardos naturales que este proporciona. El equipo, además, se encuentra expuesto a sufrir agresiones en el trayecto al domicilio a visitar.

- c) **Visita Hospitalaria:** Es el encuentro o acercamiento del equipo de salud al usuario y su familia cuando el primero se encuentra hospitalizado. Se establecen planes y objetivos de tratamiento con el fin de mejorar su patología actual. Secundario a la urgencia, se encuentra la visita hospitalaria como lugar de entrega de información sensible, en ocasiones de mal pronóstico para los usuarios, el cual puede presentarse tras evoluciones negativas, de manera inesperada para este y su familia. Esta evolución no prevista, con el consecuente impacto emocional, puede producir reacciones agresivas en usuarios o familiares. Lo anterior se ve potenciado cuando el establecimiento asistencial no cuenta con un espacio y protocolo definido para la entrega de noticias que pueden afectarlos emocionalmente.
- d) **Trabajar solo:** aumenta la vulnerabilidad del trabajador. Esta circunstancia suele ocurrir, por ejemplo, en turnos de urgencia, donde el personal se ve reducido a sólo un médico y un paramédico.
- e) **Estrecho contacto con usuarios, con importante componente emocional:** el dolor, muerte, sufrimiento o incertidumbre presente en los usuarios constituye una situación de riesgo pues provoca una percepción de falta de información o de mala calidad asistencial. La demanda de atención urgente agrava la situación de riesgo por el estrés que provoca la misma urgencia.
- f) **Trabajo con poblaciones marginadas:** Díaz y Romaní (1989) refieren que una población marginada es aquella llevada fuera del sistema social, limitando su participación en los recursos y actividades integradoras de la sociedad. Esto fundamentado en un componente social difícilmente modificable por los propios individuos. Por esto, es lógico esperar que las poblaciones marginadas reaccionen con desconfianza ante intervenciones realizadas a su favor. En este ambiente, la no resolución de sus necesidades básicas urgentes, puede conducir a la desesperación, la cual no implica automáticamente violencia, pero allana el camino a actitudes de rebelión contra lo que se considera un trato injusto, y eventualmente, conducen a abusos contra los trabajadores que prestan el servicio.
- g) **Situaciones en las que se dirime un beneficio económico o administrativo directo o indirecto:** Constituyen situaciones de riesgo por cuanto el paciente busca alcanzar un fin diverso al de recuperación de su salud, por lo que existe frustración si este no se logra. Estas situaciones están referidas, por ejemplo, a la solicitud de recetas de determinados medicamentos, peticiones sin justificación real de incapacidad temporal, prestaciones o pensiones de invalidez, entre otras.
- h) **Precariedad laboral:** Se incluyen en este punto una elevada presión asistencial,

baja capacidad de resolución, aislamiento prolongado, malas condiciones laborales, entre otras. Conduce a situaciones de riesgo a, por un lado, producir desgaste emocional, físico y psicológico en los trabajadores de la salud, lo que puede conducir a síndrome de burn out y malos tratos hacia los usuarios, como por otro lado, al no poder cumplir las expectativas de atención de los usuarios.

- i) **Diferencias entre las expectativas de pacientes y las capacidades del sistema.** El desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud, sus establecimientos y prestaciones, además de su capacidad de resolución según nivel de complejidad, crea en los usuarios expectativas de atención en ocasiones no posibles de cumplir, produciéndose decepción del sistema de salud y distanciamiento con los establecimientos asistenciales presentes en el territorio, esto conduce a la aparición de hostilidades hacia el centro asistencial, representado en sus funcionarios, lo que facilita la manifestación de actitudes violentas. Del mismo modo, el desconocimiento sobre las distintas instancias de atención conducen al mal uso de estas, produciéndose un aumento en los tiempos de atención y espera, junto a la no resolución de los problemas de los usuarios, lo que produce una degradación en la percepción de calidad del servicio entregado a estos.
- j) **Errores de gestión:** Estos pueden producir retrasos y errores en citaciones, procesos diagnósticos y terapéuticos, listas de espera prolongadas y por consiguiente mayor tiempo de espera para ser atendidos, lo cual degrada la percepción de calidad del servicio.
- k) **Degradación en la relación médico-paciente:** debido a la elevada presión asistencial, el no cumplimiento de expectativas de la población, la existencia de escasos o nulos puntos de conversación entre la comunidad y el equipo de salud, la creciente desconfianza en las figuras de autoridad, sumado a un aumento de la violencia civil. Esto ha llevado cada vez más a un trato irrespetuoso del paciente hacia el equipo de salud.
- l) **Características del paciente o su familia:** Contacto con ciudadanos en cuyos rasgos de personalidad destacan un control de impulso deficitario, baja resistencia a la frustración o cierto perfil de agresividad.
- m) **Actitud del profesional que genere hostilidad:** estilos de comunicación (desinterés, frialdad, menoscenso e impaciencia), transmisión de información no real, uso de amenazas, coacciones o insultos por parte del profesional; restar importancia a quejas o críticas por parte del usuario. Se incluye en este apartado la actitud de los profesionales afectados por el síndrome de burnout.
- n) **Características del profesional:** Profesional con problemas de dependencias, problemas mentales, mala praxis.

- o) Escasez de personal.
- p) **Trabajar en zonas socialmente conflictivas.** Entendemos conflicto social como "un proceso que se inicia cuando una parte percibe que otra la ha afectado de manera negativa o que está a punto de afectar de manera negativa, alguno de sus intereses" (Robbins, 1994, p. 461). Lewis (1956) exige además, para que un conflicto pueda catalogarse como social, que este debe trascender lo individual y proceder de la propia estructura de la sociedad. Por factores diversos, estos conflictos pueden desembocar en violencia, exponiendo a los trabajadores a repercusiones directas de la violencia existente, como también a agresiones derivadas de la constante tensión experimentada por la población.
- q) **Ausencia de medidas de seguridad:** esto incluye la falta de cámaras, botones de pánico, guardias, disposición de box o unidades de trabajo que no facilitan la huida.
- r) Acceso no restringido a usuarios a las diversas dependencias del establecimiento de salud.
- s) Trabajo con paciente con patologías psiquiátricas o usuarios de alcohol y/o drogas.

## 2. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE AGRESIONES.

No existen escalas de evaluación de riesgo de agresión a trabajadores de la salud que sean aplicables a todas las situaciones, es por esto, que se sugiere la vigilancia periódica de las situaciones de riesgo de agresión, anteriormente descritas.

Una forma de evaluar el riesgo psicosocial laboral es mediante la utilización de la versión breve del Cuestionario SUESO/ ISTAS21, siguiendo las normas y metodología que recomienda la Superintendencia de Seguridad Social.

Se trata de un cuestionario que analiza las dimensiones psicosociales que tienen influencia sobre la salud de los trabajadores, integra los modelos de demanda, control, apoyo social, esfuerzo, recompensa, entre otros, por lo que tiene la ventaja de analizar simultáneamente muchos factores de riesgo.

Este instrumento fue validado en Chile por un equipo dirigido por la Superintendencia de Seguridad Social (SUESO), demostrando ser un instrumento válido y confiable. (Disponible en: <http://www.ist.cl/wp-content/uploads/2016/08/MANUAL-breve-ISTAS-11-11-2013.pdf>)

### **Periodicidad de las evaluaciones**

Las evaluaciones de riesgo se establecerán en función de las necesidades que se identifiquen, de tal forma de poder planificar las medidas preventivas en función de los datos recabados de los incidentes. Sin perjuicio de lo anterior, se pueden establecer actuaciones puntuales en los centros de salud más conflictivos, o donde no se cumplan los objetivos planteados.

La periodicidad de la evaluación mediante cuestionario SUCESO/ISTAS21 se establece mediante el nivel de riesgo obtenido para la organización tras su aplicación. Este cuestionario clasifica en:

- “Situación sin riesgo” si las cinco dimensiones que evalúa puntuán en riesgo bajo, en este caso la evaluación se repetirá cada 2 años.
- “Situación riesgo medio” si uno de los criterios puntuá como riesgo moderado, en este caso la organización deberá implementar medidas correctivas locales en un plazo de 3 meses y la evaluación se repetirá en dentro de 1 años,
- “Situación riesgo alto” si una o más de los criterios a evaluar puntuán en riesgo alto, a su vez esta se subclasifican en:
  - Riesgo Alto/Nivel 1 si máximo dos dimensiones puntuán como riesgo alto. En este caso la organización tiene un plazo de 3 meses para implementar las medidas correctivas locales y la evaluación se volverá a realizar en 6 meses.
  - Riesgo Alto/Nivel 2 si así puntuán 3 dimensiones. En este caso, la organización tiene un plazo de 6 meses para implementar las medidas correctivas y la evaluación se volverá a realizar en 1 año.
  - Riesgo Alto/Nivel 3 si puntuán como riesgo alto 4 ó 5 de ellas. En este caso la organización deberá informar a su organismo administrador de la Ley 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, con el fin de ser incorporado al programa de vigilancia y la evaluación se volverá a realizar dentro de 1 año.”

### **3. TIPOS DE AGRESIONES QUE PUEDEN EXISTIR DENTRO DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

- a) **Agresión Psicológica:** cualquier acción u omisión que vulnere, perturbe o amenace la integridad psíquica, tales como tratos humillantes o vejatorios, vigilancia, coacción, exigencia de obediencia, explotación, limitación de la libertad ambulatoria, entre otros. La agresión Psicológica puede manifestarse en forma verbal o no:

- b) **Agresión Física:** cualquier agresión dirigida contra el cuerpo de una persona o grupo de personas y que vulnera, perturba o amenaza la integridad física de la mujer o su derecho a la vida.  
Dentro de estas se incluyen las palizas, patadas, bofetadas, tiros, empujones, mordiscos, pellizcos, entre otros.

#### **4. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE AGRESIONES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.**

##### **a) Trabajo con la comunidad.**

Una tarea importante para prevenir las agresiones a los miembros del equipo de salud y a todos que puedan tener relación con el usuario es crear canales abiertos de comunicación con la comunidad, tanto con el usuario en particular, como con los representantes de la comunidad organizada, permitiendo por un lado informar al usuario sobre la cartera de servicios del establecimiento y su real capacidad de resolución, y por otro, generando fuertes lazos y sentimiento de pertenencia por parte de la comunidad con su establecimiento de salud. Entre estas medidas se sugiere:

- i. Trabajo continuo con comités de salud local.
- ii. Facilitar el acceso a OIRS.
- iii. Dar respuestas en periodos establecidos y comprensibles para la población a reclamos y sugerencias de la comunidad.
- iv. Potenciar el desarrollo de actividades comunitarias como punto de encuentro entre la comunidad y el equipo de salud
- v. Detallar y dar conocer cartera de servicios a la comunidad.
- vi. Al ingreso a un programa, entregar documento de notificación que detalle cartera de prestaciones a las cuales puede acceder, el cual debe ser firmado por el usuario. Se aplica este documento como constancia escrita de que las prestaciones a la cuales puede acceder el usuario le fueron explicadas y a su vez fueron comprendidas por este.

##### **b) Mejoramiento interno (educación para la salud en y desde el lugar de trabajo).**

Establecer un programa formativo cuyo objetivo será educar al equipo de trabajadores en habilidades de comunicación e información a usuarios y familiares. Debe incluir técnicas de afrontamiento directo de situaciones conflictivas e información de los aspectos legales sobre las mismas.

Para conseguir estos objetivos se propone un programa de formación que al menos contemple los siguientes contenidos:

- i. Principios básicos de la comunicación en situaciones difíciles.

- ii. Elementos que facilitan y dificultan la comunicación.
- iii. La asertividad: diferentes técnicas.
- iv. La escucha activa.
- v. La comunicación no verbal.
- vi. Técnicas y habilidades de negociación.
- vii. Autocontrol emocional y manejo del estrés.

El programa de formación deberá encontrarse dirigido a todos los profesionales de los Centros Asistenciales que se encuentren sometidos a estas situaciones conflictivas. Se deberá, a su vez, realizar campañas de concienciación y sensibilización sobre la prevención de la violencia en el trabajo tanto en los propios Centros de Atención dirigidos a los profesionales de los mismos, como al resto de la población a través de diferentes medios de difusión.

## 5. POBLACIÓN OBJETIVO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE AGRESIONES.

- a) **Personal Sanitario:** Profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud que tengan contacto directo con pacientes.
- b) **Personal no Sanitario:** trabajadores del área administrativa del establecimiento y que tienen o no contacto directo con el paciente en relación a su atención de salud, tales como funcionarios de limpieza, personal administrativo, personal de seguridad, entre otros.
- c) **Comunidad:** Población del territorio en el cual se encuentra inserto el establecimiento de salud.

## 6. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES DE AGRESIÓN

El presente protocolo de actuación será divulgado entre los trabajadores del establecimiento y deberá contar con un fuerte apoyo y compromiso, tanto por parte de los dirigentes de la institución como de los mandos intermedios, lo que garantizará un conocimiento generalizado del circuito y una implicación de todos los trabajadores en el proceso.

### 6.1 Medidas de seguridad:

Se recomienda a cada Institución, en coordinación con el Servicio de Salud, dentro de su ámbito de actuación y de manera progresiva, la implantación de las siguientes medidas:

#### Pasivas:

- Alarmas, botones de pánico o interfonos en las consultas.
- Videocámaras de vigilancia, debidamente señalizadas, en zonas de ingreso, estacionamientos, pasillos, salas de espera, etc.; garantizando la confidencialidad

e intimidad tanto de los profesionales, como de los usuarios del Sistema Sanitario Público.

- Salidas alternativas de las consultas o disposición de la unidad de trabajo que facilite la huida.
- En actividades que se consideren de riesgo para el profesional, este puede hacerse acompañar de otro funcionario de la salud que tenga relación con la atención de salud del paciente. Será el profesional quien determinará qué actividades considera de riesgo y deberá presentar a su acompañante al paciente.

**Activa:**

- Contar con servicio de seguridad, se deberá explicitar las funciones que este debe realizar, definir ubicación, recorridos y horarios, los cuales deben ser dados a conocer a los trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios.
- La seguridad de los profesionales en la prestación de la asistencia frente a posibles agresiones será considerada para el diseño y la construcción de nuevos centros de salud o al plantear reformas de los existentes.
- Establecer procedimientos eficaces de comunicación y colaboración con las Fuerzas policiales a través de la coordinación de actuaciones concretas y definidas.

## **6.2 Protocolo de actuación ante situaciones de violencia**

La actuación del profesional ante una situación potencialmente peligrosa se ajustará al siguiente protocolo de actuación:

### **6.2.1 Actuación Frente Amenazas o Agresiones**

#### **Agresión Verbal**

- i. No contestar la agresión.
- ii. Retirarse del lugar.
- iii. Informar a seguridad del establecimiento, de no contar con ellos, y si la situación lo amerita, llamar a carabineros.
- iv. Informar al jefe de servicio o director del establecimiento para que concurra al lugar.
- v. Reportar agresión verbal como accidente laboral en documento ad hoc.
- vi. En caso de que la agresión verbal perjudique y perturbe el pleno desarrollo del funcionario, éste debe ser asistido con ayuda psicológica:
  - vi.1. **Defusing.** Realizarse dentro de las primeras 24 horas de lo ocurrido. Se resguardará tiempo dentro jornada laboral de los trabajadores afectados para el cabal cumplimiento de esto en el tiempo establecido.
  - vi.2. **Debriefing.** Realizarse tras 72 horas de lo ocurrido. Se resguardará tiempo dentro jornada laboral de los trabajadores afectados, para el cabal cumplimiento de esto

- en el tiempo establecido.
- vii. Registrar agresión en formulario de registro (Anexo 1), para su reporte mensual a unidad de salud funcionaria de servicio de salud (y municipalidad si corresponde).

#### **6.2.2 Intento o Agresión Física Efectiva por parte de acompañante**

- i. No contestar la agresión
- ii. Retirarse del lugar
- iii. Informar a seguridad del establecimiento, de no contar con ellos, llamar a carabineros
- iv. Llamar a carabineros.
- v. Certificar lesiones sufridas, mediante DAU, reportarlas como accidente laboral.
- vi. Evaluar necesidad de traslado a mutual o institución a fin.
- vii. Suspender atenciones hasta garantizar seguridad del personal.
- viii. Dejar incorporado relato de agresión en libro de novedades.
- ix. Consignar nombre, R.U.T y domicilio de testigos de la agresión.
- x. Avisar a director de institución quién debe realizar la denuncia en carabineros.
- xi. Atención Psicológica.
  - xi.1. **Defusing.** Realizarse dentro de las primeras 24 horas de lo ocurrido. Se resguardará tiempo dentro jornada laboral de los trabajadores afectados para el cabal cumplimiento de esto en el tiempo establecido.
  - xi.2. **Debriefing.** Realizarse tras 72 horas de lo ocurrido. Se resguardará tiempo dentro jornada laboral de los trabajadores afectados, para el cabal cumplimiento de esto en el tiempo establecido.
- xii. Registrar agresión en formulario de registro (Anexo 1), para su reporte inmediato a unidad de salud funcionaria de servicio de salud (Y municipalidad si corresponde)
- xiii. Realizar querella con abogado institución

#### **6.2.3 Intento o Agresión Física Efectiva por parte del paciente, secundario a su patología.**

- i. No contestar agresión
- ii. Toma medidas de contención o aislamiento, previa indicación médica.
- iii. Certificar lesiones sufridas, mediante DAU y reportarlas como accidente laboral.
- iv. Evaluar necesidad traslado a mutual o institución correspondiente.
- v. Informar a tratante o jefe de turno.
- vi. Consignar hecho en ficha clínica del paciente.
- vii. No se presentará querella.

#### **6.2.4 Intento o Agresión Física Efectiva por parte de paciente, No secundario a su**

## patología

- i. No contestar la agresión.
- ii. Retirarse del lugar.
- iii. Informar a seguridad del establecimiento, de no contar con ellos, llamar a carabineros.
- iv. Llamar a carabineros.
- v. Informar a Jefe de Servicio, o Médico de turno para dar alta disciplinaria al paciente.  
(Siempre que no ponga en riesgo la vida del paciente)
- vi. Certificar lesiones sufridas, mediante DAU, reportarlas como accidente laboral.
- vii. Evaluar necesidad traslado a mutual o institución correspondiente.
- viii. Suspender atenciones hasta garantizar seguridad del personal.
- ix. Dejar incorporado relato de agresión en libro de novedades.
- x. Consignar nombre, R.U.T y domicilio de testigos de la agresión.
- xi. Avisar a director de institución
- xii. Atención Psicológica
  - xii.1. **Defusing.** Realizarse dentro de las primeras 24 horas de lo ocurrido. Se resguardará tiempo dentro jornada laboral de los trabajadores afectados para el cabal cumplimiento de esto en el tiempo establecido.
  - xii.2. **Debriefing.** Realizarse tras 72 horas de lo ocurrido. Se resguardará tiempo dentro jornada laboral de los trabajadores afectados, para el cabal cumplimiento de esto en el tiempo establecido.
- xiii. Registrar agresión en formulario de registro (Anexo 1), para su reporte inmediato a unidad de salud funcionaria de servicio de salud (Y municipalidad si corresponde)
- xiv. Se le otorgará asesoría de parte del abogado de la Institución o de uno externo provisto por esta, para que presente la correspondiente querella, en caso de requerirlo.

### 6.2.5 Intento o destrucción efectiva de propiedad privada de miembro del equipo de salud por parte del paciente, no secundario a su patología, o de acompañante.

- i. No contestar la agresión.
- ii. Retirarse del lugar.
- iii. Informar a seguridad del establecimiento, de no contar con ellos, llamar a carabineros.
- iv. Llamar a carabineros.
- v. Informar a Director de la institución, o Médico de turno
- vi. Certificar daños sufridos, mediante constancia carabineros.
- vii. Suspender atenciones hasta garantizar seguridad del personal.
- viii. Dejar incorporado relato de agresión en libro de novedades.
- ix. Consignar nombre, R.U.T y domicilio de testigos de la agresión.

- x. En caso de que la agresión perjudique y perturbe el pleno desarrollo del funcionario, éste debe ser asistido con ayuda psicológica:
  - x.1. **Defusing.** Realizarse dentro de las primeras 24 horas de lo ocurrido. Se resguardará tiempo dentro jornada laboral de los trabajadores afectados para el cabal cumplimiento de esto en el tiempo establecido.
  - x.2. **Debriefing.** Realizarse tras 72 horas de lo ocurrido. Se resguardará tiempo dentro jornada laboral de los trabajadores afectados, para el cabal cumplimiento de esto en el tiempo establecido.
- xi. Registrar agresión en formulario de registro (Anexo 1), para su reporte inmediato a unidad de salud funcionaria de servicio de salud (Y municipalidad si corresponde).
- xii. Se le otorgará asesoría de parte del abogado de la Institución o de uno externo provisto por esta, para que presente la correspondiente querella, en caso de requerirlo.

## **7. Definir rol y responsabilidad administrativa que podría existir ante casos de agresión.**

- a) **Rol de la Dirección del establecimiento:**
  - i. Se ocupará de garantizar la seguridad de los trabajadores.
  - ii. Difundirá el procedimiento de actuación a todos los trabajadores, informando del lugar en el que se encuentra publicado el formulario de registro del incidente, y las instrucciones para facilitar su implementación y cumplimiento.
  - iii. Prestará la asistencia y/o asesoramiento que sea preciso para formular la correspondiente denuncia y querella, en caso de que la víctima lo desee.
  - iv. Investigar las circunstancias relacionadas con el incidente:
    - 1. ¿Dónde ha ocurrido?
    - 2. ¿Cuándo ha ocurrido?
    - 3. ¿Por qué ha ocurrido la agresión?
    - 4. ¿Cuáles fueron las causas concretas o posibles desencadenantes?
    - 5. ¿Cómo sucedieron los hechos?
    - 6. ¿Qué perfil tienen el agresor y su víctima?
    - 7. ¿Existen testigos?
  - v. Realizar denuncia ante carabineros cuando corresponda.
- b) **Rol unidad de salud funcionaria de los Servicios de Salud**
  - i. Se complementará el Registro Centralizado de Agresiones
  - ii. Se llevará a cabo una evaluación de la incidencia para aplicar las medidas preventivas específicas.
  - iii. Se notificará al Comité de Seguridad y Salud.

- iv. Se ofrecerá apoyo médico y psicológico al trabajador afectado en los casos en los que sea necesario y siempre que el Servicio de Prevención cuente con los Recursos Humanos adecuados.
- v. Se realizará una evaluación del trabajador cuando se reincorpore al puesto de trabajo.
- vi. Se realizarán índices estadísticos.
- vii. Se realizarán estudios epidemiológicos para poder crear un mapa de riesgos.

## Anexo 1: Formulario de Notificación de Agresión

**Nombre del(o los) Funcionario(s) Afectado(s):**

.....  
.....  
.....

**Fecha:** **Hora:**

**Lugar de ocurrencia agresión:**

### **Tipo de Agresión:**

Lesiones: (Si/No) Daño material (Si/No)

### **Descripción del evento:**

(En caso de lesiones se ruega adjuntar hoja DAU)

## REFERENCIAS

Agrupación Nacional de Médicos Generales De Zona. Encuesta Seguridad Nacional y Riesgo de Agresiones (2017)

Bessoles, P. (2006) Psicoterapia Post Traumática Contribución a una Categorización Psicodinámica de “Defusing y Debriefing Psicológico”. Subjetividad y Procesos Cognitivos. (9) pp 53-68

Chappel, D. & Di Martino, V. (2006) *Violence at Work 3rd Edition*. Ginebra: ILO.

De Andrés, J., Barruti, M., Borrel, C., Calafell, J., Pasarín, M., Puigpinós, R., Jansa, J. (2002). Salud y Marginación Social. Documentación Social 127, pp 97-123 Recuperado de URL <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/557/05-%20SALUD%20Y%20MARGINACI%C3%93N%20SOCIAL.pdf>

Departamento de Salud Ocupacional, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud (2013) Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo. TRABAJO Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e039772356757886e040010165014a72.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Post-Traumatische Stress-Bewältigung e.V. (2004) Superación del Estrés Postraumático Curso Básico (Norma Vuyk de Ferreira, trad.) Asunción, Paraguay: Taller “Medidas para la intervención aguda en crisis y para la prevención del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)” (Obra origina publicada en 2002)

Dirección General de Protección Civil y Emergencias. España. Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Emergencias y Desastres. Recuperado de : [http://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta25/guiadidac\\_ipc/index.html](http://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta25/guiadidac_ipc/index.html)

FALMED. Instrucciones ante amenazas o Agresiones. Recuperado de <http://www.falmed.cl/prevencion-y-educacion/instrucciones-ante-amenazas-o-agresiones.aspx>

Gil-Monte, P. (2017 ) Violencia en el trabajo y sus modalidades: análisis del fenómeno en Europa, España y Latinoamérica informe violencia en el trabajo y sus modalidades: análisis del fenómeno en Europa, España y Latinoamérica. Recuperado de <http://www.viu.es/wp-content/uploads/2017/01/Violencia-en-el-trabajo-y-sus-modalidades-an%C3%A1lisis-del-fen%C3%B3meno-en-Europa-Espa%C3%B1a-y-Latinoam%C3%A9rica.pdf>

INSHT (2012) VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: MTAS.

Lewis A. COSER, Lewis A., The Functions of Social Conflict. New York: The Free Press, 1956

Ley Núm 20.589. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago de Chile, 24 de Abril de 2012

Ley Núm 20.609. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago de Chile, 24 de Julio de 2012

OISS, INSHT (2012) I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud. Recuperado de [http://www.oiss.org/estrategia/encuestas/lib/iecct/ENCUESTA\\_DEFINITIVA\\_IECCTS.pdf](http://www.oiss.org/estrategia/encuestas/lib/iecct/ENCUESTA_DEFINITIVA_IECCTS.pdf)

Perren-Klingler, G. (2009) Técnicas de prevención secundaria de consecuencias psicológicas postraumáticas ATENCIÓN INMEDIATA Y POST-INMEDIATA. [Diapositivas de Power Point] Recuperado de [http://www.institut-psychotrauma.ch/downloads/originalarbeiten/es/tecnicas\\_de\\_prevencion.pdf](http://www.institut-psychotrauma.ch/downloads/originalarbeiten/es/tecnicas_de_prevencion.pdf)

ROBBINS, Stephen P., Comportamiento Organizacional, Conceptos, Controversias y Aplicaciones, Cap. XIII, P. 461. Edit. Prentice Hall, Sexta Edición, 1994.

Sainz Pinós, Coral, López Triverio, Pablo Federico, Maestre Naranjo, María, Borda Olivas, Jenry, Cabrero Martín, Belén, & Rodríguez de la Pinta, María Luisa. (2011). Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(222), 5-14. Recuperado en 08 de agosto de 2017, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2011000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000100002&lng=es&tlng=es).

United Nations High Commissioner for Refugees (2013) Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons [Violencia Sexual y de Género contra los Refugiados, Repatriados y desplazados internos] Recuperado de <http://www.unhcr.org/3f696bcc4.pdf>