



FUNDACION H. A. BARCELO  
FACULTAD DE MEDICINA

# “VIOLENCIA LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD”

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

FACULTAD DE MEDICINA

FUNDACION HECTOR A. BARCELÓ

CARRERA DE POSGRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA LEGAL

Directora: Prof. Dra. María Teresa Ratto Nielsen

Autora: Dra. Horikian Andrea Veronica. MN: 133.206, MP: 230.198

Directora del Trabajo: Dra. Adel Stella Maris. MN:49736, MP:27596

AÑO 2014



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>DESARROLLO</b> .....	<b>5</b>
DEFINICION DE VIOLENCIA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD .....	9
<i>Formas de expresión de la violencia</i> .....	10
ANTECEDENTES DE LA VIOLENCIA.....	13
LA VIOLENCIA, COMO FUENTE DE PATOLOGIA.....	14
LA VIOLENCIA EN EL AMBITO LABORAL.....	15
<i>Acoso moral</i> .....	18
<i>Mobbing</i> .....	19
<i>Acoso sexual</i> .....	20
LA VIOLENCIA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	21
LOS PACIENTES EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO .....	23
<b>MODELOS PARA ESTUDIAR LA VIOLENCIA</b> .....	<b>26</b>
Modelo ecológico .....	27
El nivel individual.....	27
El nivel de las relaciones.....	28
El nivel de la comunidad .....	28
El nivel social .....	29
<i>Modelo Interactivo de Chappell y Di Martino sobre violencia laboral</i> .....	30
<b>ASPECTO MEDICO-LEGALES DE LA VIOLENCIA EN EL MEDIO SANITARIO</b> .....	<b>36</b>
LA VIOLENCIA EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL DESDE EL DERECHO SANITARIO. DERECHOS DE LOS PACIENTES. DESARROLLO LEGISLATIVO.....	36
DEBERES DE LOS PACIENTES.....	36
LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DESDE UNA PERSPECTIVA SANCIONADORA .....	37
EL PROBLEMA DEL USO DE LA VÍA PENAL COMO HERRAMIENTA SANCIONADORA. LA DENUNCIA.....	38



LA RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN .....	38
ANÁLISIS MÉDICO-LEGAL DE LA VIOLENCIA EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL .....	39
VALORACIÓN DEL DAÑO PRODUCIDO POR ACTOS DE VIOLENCIA.....	39
I. Valoración del daño corporal.....	39
II. Valoración del daño psíquico .....	41
III. La imputabilidad .....	43
<i>CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD.....</i>	<i>45</i>
<i>ASPECTOS DISTINTIVOS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD .....</i>	<i>45</i>
<i>CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS .....</i>	<i>47</i>
<i>PROTOCOLO DE ACCION EN SITUACION DE VIOLENCIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. (Buenos Aires Provincia).....</i>	<i>49</i>
<i>Protocolo de acción en situaciones de violencia en el ámbito hospitalarios .....</i>	<i>50</i>
<i>Actuación inmediata ante una situación violenta o posible agresión externa .....</i>	<i>51</i>
<i>Actuación inmediata ante una situación violenta o posible agresión interna .....</i>	<i>52</i>
<i>Trámites posteriores a la agresión o violencia .....</i>	<i>53</i>
<i>COLEGIO MEDICO.RESOLUCION 616/13 .....</i>	<i>54</i>
<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>59</b>
<b>DATOS DEL TUTOR.....</b>	<b>61</b>
<i>Formación Académica.....</i>	<i>61</i>

## **INTRODUCCIÓN**

En el ejercicio de la medicina, cada día más médicos sufren agresiones por parte de pacientes o sus familiares.

La ley dice que estas situaciones deben ser denunciadas como accidente laboral.

En los últimos años, la violencia se ha constituido en un problema de salud pública muy grave, que se ha extendido en la sociedad argentina hasta alcanzar ámbitos como las escuelas o los hospitales.

Los casos de médicos agredidos crecieron notablemente, sobre todo en el sector de la guardia y en las emergencias en la vía pública o a domicilio. La violencia surge de una interacción compleja de factores a nivel individuo, relación, comunidad, sociedad y política, y se convierte en una cuestión muy compleja.

Los profesionales de los hospitales no escapan a la intolerancia general y son atacados física o verbalmente por algunos pacientes o sus familiares.

Se genera una hostilidad creciente, agravada por la exclusión social y los problemas de alcoholismo o drogadicción de ciertas personas que llegan a las guardias en un estado de agresividad notable.

Hay agresiones que llegan a denuncias judiciales, y médicos que han tenido que trabajar con custodia policial en la puerta del consultorio o en la guardia.

Los casos van desde agresiones verbales hasta amenazas con armas, intimidaciones en domicilios particulares, golpes, fracturas de nariz, empujones.

En la guardia, el vínculo entre los médicos de guardia y el paciente es ocasional, y eso no es factor desfavorable ya que la falta de conocimiento entre el paciente y el



médico atenta contra la paciencia y la tolerancia, que a veces las largas esperas imponen.

He de notar, que uno de los principales inconvenientes en los hospitales públicos es el aumento de la demanda, servicios como la guardia externa, se ven desbordados y el médico de guardia es la cara visible de un sistema en mal funcionamiento y colapsado. Por lo tanto, cuando el médico intenta explicar la situación, la falta de camas de internación, o ambulancias, o simplemente avisa la demora en la asistencia ya que se encuentra ante una emergencia en la sala de shockroom, es donde, muchas veces sufre episodios de violencia.

Otra de los factores que contribuye a las situaciones de violencia son las condiciones y medio ambiente de trabajo: al aumento de la demanda se le suma una insuficiente cantidad de personal y malas condiciones de infraestructura.

Como se dijo anteriormente, los hechos violentos sufridos en el ámbito laboral son considerados accidentes de trabajo, y se deben otorgar a los trabajadores las prestaciones médicas, farmacéuticas y dinerarias correspondientes por parte del empleador. La agresión debe ser denunciada a la ART, la falta de denuncia deja al profesional sin acceso a los beneficiarios que la ley le otorga. También la denuncia debe hacerse ante la comisaria.

A continuación, se ampliara este tema que para aquellos que somos trabajadores de la salud, tanto nos preocupa y que vemos que con el correr de los años, esta situación se agrava mas y mas.

Es angustiante, que una profesión tan bella como es la medicina, se tenga que practicar en tan malas condiciones y con temor a la agresión verbal y física.

## **DESARROLLO**



Se entiende por violencia cualquier comportamiento físico, psicológico/emocional y/o sexual que, por medio de la acción u omisión, provoca daño a las personas (Puget y Berenstain, 1998). La violencia, así entendida, se comprueba en hechos cotidianos a los cuales el individuo está expuesto (víctima) o es el responsable (victimario). Hechos en que la violencia puede estar dirigida hacia sí mismo, hacia las personas o hacia las cosas, y que puede ser directa o implícita. En general, se identifican con ciertas acciones concretas: golpes, balazos y, en su expresión más elocuente y descarnada, la guerra. Es decir, se relaciona con hechos visibles y manifiestos de la agresión física que provoca daños que pueden llegar a producir la muerte. Se reconoce también como expresión de violencia aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o de mala atención, no satisfacción de necesidades de un cliente, proveer de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, cuando se abusa o se recibe un trato injusto.

La violencia identificada como fenómeno multicausa y se aborda a través de diversos estudios como problemática en los ambientes de trabajo, concluyendo que algunos ambientes laborales están más expuestos que otros a diferentes tipos de comportamientos violentos.

Entre los trabajadores con mayor riesgo de actos violentos, según los estudios, se encuentran los que se desempeñan en el sector salud, especialmente en el área intrahospitalaria (Mahoney, 1990; Nogareda, 1990; Beck y col., 1992; Aranetz, 1994 y Sánchez, 2002). Para el CIE (2002) esta problemática tiene carácter universal, es decir, afecta a todos los trabajadores de atención sanitaria en mayor o menor grado, principalmente al personal de ambulancias, médicos y personal de enfermería que se desempeña en servicios hospitalarios. Esta violencia de los funcionarios en el lugar de trabajo también puede generar en ellos comportamientos violentos, extendiéndose hacia los usuarios de los servicios de salud, los que representan el principal foco de atención en este contexto.



La violencia, es un tema prioritario de investigación debido al considerable aumento que ha presentado en los últimos años, atravesando fronteras, edad, raza, condición socioeconómica, religión y sexo, además de las diversas consecuencias que tiene en los individuos, familias y comunidad en general, efectos también reconocidos en el ámbito de la salud de las personas, lo que ha llevado a considerar este fenómeno como una epidemia (OMS, 1996).

Así la violencia, con sus negativos efectos y presente en todo lugar en donde el quehacer humano se manifiesta, ha motivado también estudios sobre esta problemática en los lugares de trabajo, en los que se reconoce que los ambientes laborales más expuestos a actos violentos son precisamente los de atención sanitaria, en especial los trabajadores que se desempeñan en establecimientos hospitalarios.

El médico es frecuentemente requerido para que actúe en emergencias que involucran conductas violentas o con riesgo de violencia para terceros. En estas circunstancias, la práctica médica se ejerce movilizándose a lo largo de un proceso de toma de decisiones que contempla aspectos familiares para el médico, como por ejemplo, temas de clínica psiquiátrica y de medicina general, y aspectos no tan familiares, como por ejemplo, cuestiones de seguridad pública y condicionamientos legales.

Entre las opciones que tiene el clínico para intentar resolver la emergencia, se destacan la de proponer hospitalizar, la búsqueda de colaboración de familiares y la opción de acudir a la justicia. Obviamente, el clínico toma las decisiones



tratando de prevenir que el paciente o sus familiares actúen violentamente, respetando reglamentos y principios éticos.

El médico clínico sabe que debe cuidar su responsabilidad profesional, ya que si el paciente o sus familiares concretan las amenazas en el curso del tratamiento, de manera tal que pudo haberlo previsto, es esperable una acción judicial de reclamo de indemnización por daños contra el profesional y, eventualmente, con el establecimiento asistencial.

Tal es así, que el médico clínico no puede sentirse absolutamente libre en su toma de decisiones, sino que adopta medidas terapéuticas desde el centro de un contexto con límites impuestos por las necesidades de proteger al paciente y terceros, el cuidado de no incurrir en injustificado levantamiento del secreto profesional, la evitación de privar ilegítimamente de la libertad al paciente y la probabilidad de una acusación de abandono de persona.

La conducta violenta de un enfermo puede estar influida por factores patológicos y suele tener un complejo nexo de relación con el interjuego de demanda y oferta de servicio médico. Cuando se establece una relación profesional entre el médico y paciente, sea de manera formal o no, el primero carga con la responsabilidad en el cuidado del enfermo. Aun cuando no existe la formal demanda de servicio por el enfermo, como ocurre cuando éste es llevado al servicio de emergencias por terceros, se habilita la obligación médica del cuidado si tal servicio debe cumplir con la función asistencial establecida por política sanitaria.

Por ende, el médico debe asumir su responsabilidad del cuidado ya que, en caso de no hacerlo, puede enfrentar el riesgo de cometer el delito de abandono de persona.

## DEFINICION DE VIOLENCIA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD

El vocablo “violencia” proviene del latín “vis”, que significa fuerza y lleva implícita la idea de agresión por parte de la persona que la ejerce. El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua define el verbo “violentar” como la aplicación de medios violentos a cosas o personas para vencer su resistencia, obrar con ímpetu o fuerza. Y define también “agresión” como el acto en si, como matarlo, herirlo o hacerle daño, especialmente sin justificación y como acto contrario al derecho del otro.

Para Dollard, Doob, Millar y Mowrer (1939), “agresión es cualquier secuencia de conducta, cuya respuesta de meta es el daño a la persona a la que se dirige”.

Archer y Browne (1989), proponen que la conducta agresiva contempla los siguientes elementos: intención de causar daño, provocación de daño real y alteración del estado emocional.

También, podemos definir a la violencia, como la utilización de la fuerza física o la coacción psíquica ejercida por una persona o un grupo de personas, a otros seres vivos, cosas u objetos. El resultado, es la destrucción o el daño de cosas u objetos, y la lesión o muerte de personas u otros seres vivos, con la consecuente violación de derechos. (Hinde y Groebel, 1989).



La violencia obedece al propósito de mantener, modificar o destruir un cierto orden de cosas, situaciones o valores y es propiciada o facilitada cuando existen desigualdades de derechos y oportunidades.

Al respecto, se pueden tomar varias conductas, entre ellas, la más evidente es la agresión física, pudiendo generar lesiones, invalidez y hasta la muerte. La violencia, generalmente provoca un daño o un malestar en otros.

Es importante, tener en cuenta, no solo la agresión, el resultado trágico, sino también las condiciones sociales y circunstancias, tanto de víctimas como de victimarios involucrados.

En fin, podemos distinguir diferentes categorías de violencia en función a su modalidad, forma de expresión, gravedad, grupos afectados, métodos o formas utilizadas y consecuencias predominantes.

### **Formas de expresión de la violencia**

El fenómeno de la violencia es complejo y multifacético, por lo que resulta una tarea difícil desglosar las diferentes formas de violencia y caracterizarlas, así como establecer sus causas y consecuencias. Según Buinic y Cols existen varias formas o tipos de violencia, según distintas variables a considerar; los individuos afectados, los agentes de violencia, el motivo, según la relación que existe entre agresor y agredido y según la naturaleza de la agresión.

De acuerdo a este último criterio estos autores identifican diversos tipos de clasificaciones de la expresión de violencia, entre las que se distinguen:

### **Según su naturaleza se las puede clasificar en:**



Violencia física, que corresponde al tipo de agresión más evidente, incluye el hecho de pegar, empujar, patear, golpear, retener a alguien en contra de su voluntad, entre otras.

Violencia psicológica, ocurre cuando un individuo es víctima de insultos, sus posesiones personales son destruidas o es sujeto de amenazas o gritos, como un medio de sometimiento.

Violencia sexual, entendida como toda acción que fuerza a otra persona en contra de su voluntad a someterse a actividades sexuales, que van desde la mirada insinuante hasta la violación.

### **Según el modo en el que actúa el agresor:**

Violencia activa, que se refiere a todos aquellos comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, sexual y/o psicológica, que provoca daño a una persona que se encuentra en desventaja en las relaciones de poder.

Violencia pasiva o de omisión, que se refiere a la violencia de la indiferencia, la negligencia, el abandono y la falta de solidaridad.

Mientras que la OMS propone una clasificación que divide a la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia: la violencia auto infligida, la violencia interpersonal/comunitaria y la violencia colectiva.

La violencia auto infligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado, el auto maltrato incluye actos como la automutilación.

Mientras que la violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:



- Violencia familiar y/o de pareja: esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar. Se incluyen aquí el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores.
- Violencia comunitaria: es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar. Esta abarca la violencia de patotas, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

La violencia colectiva se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado.

- La violencia social es aquella infligida para promover intereses sociales sectoriales incluye, por ejemplo, los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados y la violencia de masas.
- La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes.
- La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos motivados por el afán de lucro, tales como los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación.



## ANTECEDENTES DE LA VIOLENCIA

Se ha considerado a la agresividad como un instinto que se transmite genéticamente y que aparece en todos los individuos de la especie, independientemente de su aprendizaje.

El comportamiento violento es más bien aprendido, fomentado y reforzado, y si queremos designar rasgos definitorios del ser humano, los que le distinguen de otros seres naturales, son la cooperación y el altruismo.

Resulta casi imposible tratar de establecer cuáles son los orígenes o las causas de la violencia. Lo que se trata de hacer, es explicar su etiología por las características personales de origen biológico o psicológico, pero esto implicaría dejar de lado efectos determinados por el proceso de relación e interacción entre las personas y de estas con su ambiente social.

Para Whittington (1994), la violencia es un comportamiento humano altamente complejo, determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales actuando tanto de manera conjunta como separados. Esto trae, el modelo de Blenhard y Blanchard (1984), denominado modelo de cálculo emocional y que postula la existencia de mecanismos innatos en la base de la agresión. Este cálculo emocional, de cada situación implica que se dedique un tiempo a la evaluación, el control observacional y la reevaluación de la situación, sobre todo en los seres humanos.

Según Bandura (1980), sobre el aprendizaje social de la agresión, estas conductas se aprenden en la infancia al observarlas en los adultos o en otros niños e imitarlas. Estas conductas pueden ser implementadas en la niñez o quedar



en la memoria del observador y, cuando se presenta la ocasión, recuperarlas para la realización del acto agresivo.

La violencia debe ser entendida como un fenómeno multicausal. Entre los antecedentes de la agresión, uno de los más importantes es la frustración.

La Teoría de la frustración- agresión, formulada por Dollard en 1939, afirmaba que cualquier acontecimiento frustrante lleva a una agresión. Berkowitz (1983), la define como " sentimiento displacentero provocado por condiciones aversivas". Al enfrentarse la persona a una experiencia aversiva, se desencadena una serie de emociones y respuestas expresivo-motoras. La reacción inicial a la frustración es afectiva, y el resultado final es la agresión.

Por otro lado, condiciones de vida como el desempleo, la desigualdad, el deterioro del núcleo familiar, entre otros, pueden contribuir al desarrollo de una conducta violenta medio de resolución de conflictos.

La violencia constituye un elemento muy importante en la sociedad actual, convirtiéndose en una cuestión central de nuestra cultura.

### LA VIOLENCIA, COMO FUENTE DE PATOLOGIA

La muerte y lesiones producidas como consecuencia de actos violentos, se presentan cada vez con mayor frecuencia, afectando a cualquier campo de la vida individual y social. La mortalidad por hechos de violencia ocupa un lugar preponderante entre las causas de muerte y en cuanto a causas de pérdida de años de vida potencial.

Según la OMS (2006), cada año mueren 1,6 millones de personas debido a la violencia; varios millones sufren lesiones y problemas físicos, sexuales,



reproductivos y mentales. La violencia se ha convertido en una de las principales causas de muerte de las personas de 15 a 44 años (Chapell y Di Martino, 2000). La violencia es también generadora de trastornos psicológicos y daños físicos que limitan la funcionalidad de la persona (Rubenstein, 1988), con importantes consecuencias para los individuos y para la sociedad en general.

En el Informe sobre Violencia y Salud de la OMS, en el año 2000, consideraba a la violencia como un problema de salud pública de primer orden, aspecto que se vio reflejado en su campaña de prevención, tratando de mantener, en la actualidad, los objetivos de lograr conocimiento de esta problemática e implantar políticas para tratar de reducir este problema en todos los países.

### LA VIOLENCIA EN EL AMBITO LABORAL

Los episodios de violencia en el ámbito laboral, han ido en aumento en las últimas décadas del siglo XX y principios de este. Esto no es fenómeno nuevo, pero si lo convierte en un tema de preocupación generalizado.

Estudios recientes confirman que la violencia en los centros de trabajo es un fenómeno universal, afectando tanto a países desarrollados como a los países en vías de desarrollo. Este fenómeno difiere en su dimensión, en su grado y en las diversas formas de manifestarse.

Al incremento de los índices de violencia en nuestra sociedad, la amenaza de violencia percibida entre los trabajadores en contacto con el público no ha dejado de aumentar, sobretodo en la última década.

Entre las consecuencias de la violencia en el trabajo no solo se debe tener en cuenta las posibles secuelas derivadas del daño físico, los efectos psicológicos



consecutivos a los episodios violentos parecen ser muy importantes, obligando en los casos más graves a que las víctimas abandonen su puesto de trabajo, o incluso su carrera profesional, en los casos más graves.

Algunos estudios apuntan a que la violencia no física puede llegar a producir mayores síntomas psíquicos que los episodios de violencia física (Findorff y cols., 2005).

La violencia en el lugar de trabajo es una realidad aun más desconocida, debido a que solo son denunciadas una pequeña parte de las agresiones que se producen. Algunos trabajadores, especialmente profesionales de la salud y de servicios sociales consideran con frecuencia que los incidentes violentos forman “parte de su trabajo”, o que el denunciar los hechos pueden repercutir en su reputación como profesionales, lo que impide disponer de datos precisos sobre la magnitud y consecuencias de esta realidad.

Las agresiones en el medio laboral, atentan contra la dignidad y los derechos de los trabajadores, pero también suponen una amenaza a la eficacia y al éxito de las organizaciones.

La violencia laboral, debe ser considerado y tratada teniendo en cuenta su origen multifactorial. Tratar de determinar la causa muchas veces resulta dificultoso, ya que nadie está exento a sufrir en algún momento una agresión física y/o psíquica.

La definición genérica de la violencia en el lugar de trabajo según la Organización Mundial de la Salud: “todos aquellos incidentes los cuales las personas son objeto de maltrato, amenazas o bien ataques en circunstancias relacionadas con su actividad laboral, con la implicación de la amenaza explícita o implícita de su seguridad, bienestar o salud” (OMS, 2000).



La Organización Internacional del Trabajo (OIT) la violencia laboral es “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”; en donde se entiende por "consecuencia directa" un vínculo claro con el ejercicio de la actividad profesional y se supone que ocurre posteriormente, dentro de un plazo de tiempo razonable.

La OIT adoptó algunos convenios sobre la protección de los trabajadores y la dignidad en el trabajo. En 2004, fue publicado el Repertorio de Recomendaciones prácticas sobre la violencia en el trabajo en el sector servicios y medidas para combatir este fenómeno, que aborda la difusión y la gravedad de los actos de violencia en el sector de servicios y en la industria.

La violencia en el lugar de trabajo puede ser interna, esto es, la que tiene lugar entre los trabajadores, o externa, la que tiene lugar entre trabajadores y toda otra persona presente en el lugar de trabajo.

En la práctica, se pueden incluir una amplia gama de comportamientos, a menudo en formas continuas y superpuestas, en el listado se detallan los comportamientos más comunes de agresión.

### Listado de comportamientos

### Ejemplos de comportamientos violentos en el lugar de trabajo

- Ataque Victimización



- Lesiones Intimidación
- Golpes Mensajes ofensivos
- Comportamiento hostil Actitudes agresivas
- Aislar Lenguaje soez
- Acoso sexual y/o racista Insultos
- Coacciones Amenazas
- Acoso psicológico Desprecio
- Desautorización Agresiones físicas
- Piropos obscenos Gritos
- Mirada insinuante Contacto físico o roces innecesarios
- Atropellos Lesiones con armas de fuego
- Humillación Lesiones con arma blanca
- Sarcasmos Burlas
- Descalificación Llamado de atención en público
- Ridiculización Acoso racista

\*Elaboración propia con base en el informe Violence at work, por Duncan Chappell y Vittorio Di Martino, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998, ISBN 92-2-1-110335-8.

Actualmente, se han agregado una serie de conceptos referidos a la violencia psicología en el ámbito laboral que resultan de interés para estudiar dicho fenómeno en el trabajo, algunos de ellos son:

### **Acoso moral**

Una de las manifestaciones de violencia psicológica en el trabajo es la de “acoso moral”, propuesta por Hirigoyen quien la considera como “toda conducta abusiva (gesto, palabras, comportamiento, actitud...) que atenta por su repetición o



sistematización, contra la dignidad o integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente de trabajo”. Hirigoyen acuñó el concepto acoso moral para describir un proceso de maltrato psicológico en el que un individuo puede conseguir hacer pedazos a otro y el ensañamiento puede conducir incluso a un verdadero asesinato psíquico. Se entiende por acoso en el lugar de trabajo hay que entender cualquier manifestación de una conducta abusiva y, especialmente, los comportamientos, palabras, actos, gestos y escritos que puedan atentar contra la personalidad, la dignidad o la integridad física o psíquica de un individuo, o que puedan poner en peligro su empleo, o degradar el clima de trabajo.

### **Mobbing**

En la década del 80, en Suecia, Heins Leymann usó el concepto “mobbing” y lo aplicó a situaciones humanas de hostilidad y de acoso psicológico repetido, en ámbitos laborales, conductas destinadas a atacar a una persona o grupo en particular, elegido como “blanco”. A partir de 1990 (en el Congreso de Higiene y Seguridad de Hamburgo, donde Leymann lo utilizó por primera vez) el concepto se popularizó, y difundió por todo el mundo, dando origen a diferentes investigaciones. Este término proviene de la lengua inglesa, del verbo “to mob” (atacar, asaltar) y agrupa una diversidad de comportamientos con un fondo común: la modalidad agresiva y vejatoria tendiente a la eliminación de un trabajador de la institución.

Otra característica del mobbing es que la estrategia de persecución puede provenir de sujetos diversos. El mobber (o sujeto activo del mobbing) puede ser tanto uno o más colegas del trabajador que pretenden excluirlo por resultarles



incómodo, (incluso por su alto nivel de eficiencia) como la misma empresa, en cuyo caso el fenómeno es conocido como bossing o mobbing vertical. En estos casos, la presión psicológica del empleador está acompañada por los side mobbers (colegas, superiores, gerentes de recursos humanos, etc.) que aún no participando directamente en el acoso, por razones de posicionamiento dentro de las preferencias jerárquicas, excluyen o evitan todo tipo de solidaridad con la víctima. El mobbing desemboca generalmente en una renuncia del trabajador a su empleo, no sin antes haber sufrido seguramente, patologías psíquicas y psicosomáticas.

### **Acoso sexual**

Otra de las formas en las que se manifiesta el acoso es el sexual, aunque las definiciones difieren en algunos detalles en diferentes códigos, leyes, sentencias de los tribunales y convenios colectivos, estas definiciones contienen elementos claves compartidos, como: Conducta de naturaleza sexual, y toda otra conducta basada en el sexo que afecte a la dignidad de mujeres y hombres, que resulte ingrata, irrazonable y ofensiva para quien la recibe. Cuando el rechazo de una persona a esa conducta, o su sumisión a ella, se emplea explícita o implícitamente como base para una decisión que afecta al trabajo de esa persona (acceso a la formación profesional o al empleo, continuidad en el empleo, promoción, salario o cualesquiera otras decisiones relativas al empleo) y conducta que crea un ambiente de trabajo intimidatorio, hostil o humillante para quien la padece.

La OIT acuña para el término acoso sexual en el trabajo “una insinuación o exigencia sexual que, al ser rechazado por quien la recibe, pone en riesgo su estabilidad laboral u oportunidades de trabajo”.



El acoso sexual es, por encima de todo, una manifestación de relaciones de poder. El acoso sexual se presenta de muchas formas. Una de las más notorias es el llamado **acoso quid pro quo**, expresión que describe la situación en que el trabajador es obligado a elegir entre acceder a unas demandas sexuales o perder algún beneficio algo que le corresponde por su trabajo.

### LA VIOLENCIA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Las agresiones a los profesionales de la sanidad y las que se producen en el medio de la educación contra maestros y profesores, comparten ciertos rasgos característicos.

El problema afecta a profesionales que hasta hace muy poco estaban rodeadas de una autoridad incuestionable y un cierto paternalismo, pero hoy en día ya no es así y los pacientes tienen vías para reclamar contra las posibles arbitrariedades y negligencias, las cuales deben ser tomadas como algo positivo. Pero a medida que se fueron facilitando las vías de reclamación civilizada, los casos de protesta incivil y ofensiva crecieron en frecuencia y gravedad.

Las manifestaciones de violencia irracional parecen producirse con mayor frecuencia en los centros públicos que en los centros privados.

Para algunos (Farrel, 1999, Kivimaki, Elovainio y Vathera, 2000), los incidentes violentos en el sector sanitario responden entre otras causas a la frustración que genera en los pacientes el no ver satisfechas sus expectativas, la desestructuración social progresiva, la falta de concepción de lo llamado bien público y una ideología social dominante que fomenta el individualismo y la competencia, hasta legitimar la violencia para resolver un conflicto.



También se ha modificado el perfil del paciente, que se ha vuelto más exigente, está más informado y es más autónomo en el sistema sanitario, el cual es cada vez más complejo, con mayor presión asistencial, el cual muchas veces no se gestiona en condiciones ideales la información que debe transmitirse al paciente.

Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar al deterioro de la calidad de los cuidados y a decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención de salud.

Así como la violencia en el entorno laboral es un fenómeno universal, la violencia en el sector sanitario, en hospitales y centros de salud, parece afectar a todos los países (Di Martino, 2002, Drug, 2002, OIT/CIE/OMS, 2002).

La violencia en el trabajo hace que sea necesario generar una serie de estrategias de prevención novedosas y efectivas. En un estudio reciente de la OIT (2006) se destaca una serie de prácticas exitosas por parte de gobiernos locales y nacionales, empresas y sindicatos en diversos lugares del mundo donde se llevan a cabo políticas de "tolerancia cero" y programas de prevención (Runyan y cols., 2000). Numerosos países han reconocido el problema de la violencia en su legislación sobre la salud y seguridad. Argentina (Bragado, 2004), Bélgica, Canadá, Finlandia, Francia, Polonia y Suecia (Bjorkqvist y cols., 1994) adoptaron recientemente nuevas leyes o enmendaron las normativas existentes para abordar la violencia en el trabajo.

La OIT también adoptó algunos Convenios sobre la protección de los trabajadores y la dignidad en el trabajo. En 2004, fue publicado el Repertorio de Recomendaciones prácticas sobre la violencia en el trabajo en el sector servicios y medidas para combatir este fenómeno (OIT, 2004), que aborda la difusión y la gravedad de los actos de violencia en el sector servicios y en la industria.



## LOS PACIENTES EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Las personas deben cumplir normalmente con numerosas tareas y compromisos en las distintas etapas de la vida, colegio, trabajo, familia, etc., que aseguren su desarrollo y desenvolvimiento normal en la sociedad; sin embargo esto puede verse alterado por la condición de enfermedad y más aún cuando es necesario el ingreso a un hospital. Esta situación hace al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones e interrelaciones que se desarrollan en este medio en el que adopta o pasa ser incluido en el "status de paciente". En efecto, el paciente se enfrenta a un medio con estímulos y situaciones diversas que no solamente alteran la satisfacción de necesidades de orden elemental o biológico, como pueden ser el dormir o el alimentarse, sino también aquéllas de orden superior, especialmente las que comprometen su esfera psico-afectiva.

Estos cambios, según Moro (1999), repercuten además en las necesidades de seguridad y de pertenencia, las que se encuentran afectadas en el individuo aquejado por alguna enfermedad. Esta alteración que sufre toda persona enferma se acentúa especialmente cuando el individuo requiere la internación en un establecimiento de salud, ya que la separación del ambiente familiar, conocido y estable por otro ambiente extraño, con una serie de reglamentación interna, relación con múltiples personas y a veces falta de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad y reducción que pueden surgir en las personas. Se cree, que la persona enferma erradicada de su territorio vital a otro generalmente desconocido pierde en alguna medida la imagen de sí, aparecen sentimientos de culpa y vergüenza, que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante su hospitalización. Entonces las repercusiones de la enfermedad se hacen



mucho más evidentes cuando, por su gravedad o por las condiciones socioeconómicas del paciente, imponen la necesidad de hospitalización.

El hospital, junto con ofrecer atención sanitaria, se constituye entonces en un sistema social complejo y delicado, conformando una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes que pueden llevar a hechos agresivos o violentos. Entonces la hospitalización puede tener una condición de vulnerabilidad aportada por la enfermedad, que puede ser la causa de la pérdida del sentido del control físico y/o psicológico y por el significado de someterse a un ambiente complejo y muchas veces desconocido.

Otro aspecto que pareciera ser inherente a la hospitalización es la falta de intimidad, definida como toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva; ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado. La falta de respeto a la privacidad se manifiesta desde la invasión no sólo a espacio territorial, reducido a una cama y un velador, sino también al ser examinado en la cama de hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo variadas preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro. Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose ésta fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo despersonalizado.

Esta despersonalización creciente, en la que la persona ha pasado a un lamentable segundo plano -ya sea por el aumento de la demanda asistencial y/o



tecnificación de la atención de salud que otorgan los hospitales e instituciones afines, donde la actitud humanizante que debe caracterizar la relación entre prestadores y usuarios se ha ido deteriorando-, ha reducido la visión integral del paciente como ser biopsicosocial, adjudicándose el protagonismo a la enfermedad. Esta visión, se manifiesta en hechos tan cotidianos que casi son parte de la "normalidad" en las relaciones que se establecen entre los prestadores y los usuarios.

Existen probablemente otros hechos que no sólo deterioran la relación entre prestadores y usuarios en el hospital, sino que también vulneran los derechos de éstos últimos, los que, inadvertidamente y en alguna medida, forman parte de la cotidianidad en la atención de salud, reconocida como asimétrica y jerárquica entre cuidadores y pacientes de hospitales, especialmente en los establecimientos públicos.

Los profesionales del área de la salud no sólo han sido testigos de los efectos y secuelas de la agresión, en las personas que solicitan atención, sino que también han representado un foco de estudio en la temática de la violencia. Estas investigaciones en los ambientes sanitarios, establecen que los contextos de atención en salud no están libres del flagelo de la violencia, siendo los establecimientos sanitarios uno de los ambientes laborales más expuestos a actos agresivos de cualquier tipo.

En una investigación realizada en la ciudad de Córdoba, se observó que la ocurrencia de las diversas manifestaciones de violencia en el trabajo así como el acoso laboral, el acoso sexual, las agresiones psicológicas y físicas están frecuentemente presentes en instituciones del sector salud, afectando a un número significativo de trabajadores y constituyen riesgos ocupacionales de gran relevancia para quienes allí se desempeñan.



Los factores de riesgo para la violencia varían entre instituciones de salud; se ha señalado que depende, entre otras cosas, del lugar, tamaño y tipo de actividades desarrolladas, características de la población asistida, escasez de personal, salas de espera, cuartos y corredores abarrotados y con escasa infraestructura y seguridad inadecuada.

Suelen ser las circunstancias antes enunciadas generadoras de situaciones de violencia. La demora en la atención y las exigencias de familiares para que sus parientes fueran atendidos de manera inmediata y con tratamiento especial, fueron identificadas también como detonantes de situaciones violentas en servicios de emergencia de hospitales.

### **MODELOS PARA ESTUDIAR LA VIOLENCIA**

Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tiene comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenirla.

Para estudiar la violencia se han desarrollado diversos modelos, uno de ellos es el modelo ecológico adoptado por la organización mundial de la salud para interpretar la violencia en la sociedad y diagramar acciones para su prevención, otro es el modelo interactivo de Chappell y Di Martino diseñado para evaluar la violencia en el trabajo el cual fue utilizado en el informe sobre violencia en el trabajo Violence at work, realizado por los autores para Oficina Internacional del



Trabajo, en el año 1998 y que luego fue aplicado en diversos estudios sobre violencia laboral.

### **Modelo ecológico**

El modelo ecológico se comienza a utilizar a fines de los años setenta, se aplicó inicialmente al maltrato de menores y posteriormente a la violencia juvenil. En fecha más reciente, los investigadores lo han usado para comprender la violencia de pareja y el maltrato de las personas mayores. Dicho modelo fue aplicado en la ciudad de Puerto Madryn, Argentina en el año 2005 para explicar la violencia en el ambiente hospitalario. El modelo explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de diferentes niveles de influencia sobre el comportamiento.

### **El nivel individual**

El primer nivel del modelo ecológico pretende identificar los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Además de los factores biológicos y personales en general, se consideran factores tales como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato. En otras palabras, este nivel del modelo ecológico centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.



## **El nivel de las relaciones**

El segundo nivel del modelo ecológico indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de actos violentos. En los casos de la violencia familiar, la interacción casi diaria o el compartir el domicilio con un agresor puede aumentar las oportunidades para que se produzcan encuentros violentos. Dado que los individuos están unidos en una relación continua, es probable en estos casos que la víctima sea reiteradamente maltratada por el agresor. En el caso de la violencia interpersonal entre los jóvenes, las investigaciones revelan que estos tienen muchas más probabilidades de involucrarse en actos violentos cuando sus amigos promueven y aprueban ese comportamiento. Los compañeros, la pareja y los miembros de la familia tienen el potencial de configurar el comportamiento de un individuo y la gama de experiencias de este.

## **El nivel de la comunidad**

El tercer nivel del modelo ecológico examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos.

La frecuente movilidad de residencia, la heterogeneidad y una densidad de población alta son todos ejemplos de tales características, y cada uno se ha asociado con la violencia. De igual manera, las comunidades aquejadas por problemas como el tráfico de drogas, el desempleo elevado o el aislamiento social



generalizado es también más probable que experimenten hechos de violencia. Las investigaciones sobre la violencia muestran que determinados ámbitos comunitarios favorecen la violencia más que otros; por ejemplo, las zonas de pobreza o deterioro físico, o donde hay poco apoyo institucional.

### **El nivel social**

El cuarto y último nivel del modelo ecológico examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra esta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países.

#### **Entre los factores sociales más generales figuran:**

- normas culturales que apoyan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos;
- normas que asignan prioridad a la patria potestad por encima del bienestar de los hijos,
- normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres y los niños;
- normas que respaldan el uso de la fuerza excesiva policial contra los ciudadanos;
- normas que apoyan los conflictos políticos.



Entre los factores más generales también cabe mencionar las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen niveles altos de desigualdad económica o social entre distintos grupos de la sociedad.

El modelo ecológico destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan dentro de la familia y en los ámbitos social, cultural y económico más amplios. En un contexto de desarrollo, el modelo ecológico indica también el modo en que la violencia puede ser causada por diferentes factores en distintas etapas de la vida.

### **Modelo Interactivo de Chappell y Di Martino sobre violencia laboral**

Este modelo fue desarrollado por Duncan Chappell y Vittorio Di Martino para el estudio *Violence at work*, publicado por la Oficina Internacional del Trabajo en 1998. Fue diseñado especialmente para estudiar la violencia en el ámbito del trabajo, el mismo identifica los factores de riesgos laborales tanto individuales, sociales, y organizacionales presentes en la manifestación de conductas violentas en el ámbito del trabajo.

Dicho modelo fue utilizado en diversos países de la comunidad europea y en países de América para la interpretación de la violencia laboral, en Chile fue aplicado al sector salud.

Este modelo representa la interacción entre agresor, víctima, factores de riesgo y consecuencias de la violencia en el ámbito laboral. Entre los factores distingue los individuales provenientes de la víctima (agredido), del victimario (agresor) de los del medio en el que se desarrollan las acciones.



Los autores distinguen tanto al perpetrador o gestor de la violencia como a la víctima o receptor de los comportamientos violentos en tres posibles categorías; un cliente o usuario del establecimiento, un compañero de trabajo o un extraño.

En los factores provenientes del agresor se encuentran; la edad, sexo (reconocen que el sexo masculino es más proclive a presentar conductas violentas), experiencias previas de maltrato (violencia intra-familiar), uso de drogas, salud mental y las circunstancias que conducen a la agresión.

Entre los factores o características que pueden asociarse con ser víctima de actos violentos se encuentran; apariencia, estado de salud, edad, experiencias de maltrato previo, sexo, personalidad y temperamento, actitudes y expectativas. La primera impresión y apariencia son importantes en cualquier relación, ya que pueden determinar el tono de la relación y establecer las características del encuentro.

El estrés por sobrecarga de trabajo puede llevar a conductas erróneas o desavenencias, las que precipitan respuestas o reacciones agresivas. La edad y la experiencia de las personas, es otro factor que puede aumentar o disminuir las posibilidades de agresión. La experiencia previa en el manejo de situaciones difíciles, que se asocian también con la edad, permite a los trabajadores reaccionar acorde a su experiencia.

Los hombres tienen más tendencia que las mujeres a responder en forma agresiva en muchas situaciones, a la vez que las mujeres tienen mayor riesgo a ciertos tipos de agresión diferentes a los varones.

La personalidad y actitud, es también un aspecto relevante al considerar el riesgo a la agresión. Algunas personas manejan mejor que otras situaciones de conflicto, esta cualidad es asociada con los rasgos de personalidad. La actitud y



expectativas del usuario o del trabajador, influyen tanto el reconocimiento como las respuestas frente a comportamientos violentos.

La forma en que la víctima reaccione ante la agresión, determina de manera importante el aumento o disminución de los comportamientos violentos. Pareciera ser importante el comportamiento de la víctima frente a su agresor, ya que conductas ansiosas de parte de la víctima pueden motivar más violencia, mientras que una conducta controlada puede ayudar a disminuir tensiones.

El medio influye tanto en el perpetrador como en la víctima de actos violentos. El medio o el lugar en el que se llevan a cabo las interacciones influye tanto por su aspecto físico, organización, actividades que se desempeñan y aspectos culturales que se encuentran presente en todas las sociedades. El diseño físico o características del lugar puede constituir un factor que actúe como un estímulo a los actos violentos o por el contrario los atenúe, así por ejemplo, un lugar amplio, cuyas dependencias se encuentren bien distribuidas y señalizadas disminuyen el riesgo de actos violentos.

La organización del trabajo influye fuertemente en las acciones que se producen, puesto que lugares en los que existe mucha demanda, lo que lleva a sobrecarga de trabajo, induce a situaciones que pueden generar conflictos.

Chapell y Di Martino, señalan que existen ciertos lugares de trabajo que están más expuestos a sufrir actos violentos, debido a las circunstancias o situaciones bajo las cuales se desarrollan las acciones.

Entre estas ocupaciones se encuentran; el trabajo a solas, trabajo con público, trabajar con cosas de valor, trabajar con gente estresada y otras condiciones que otorgan vulnerabilidad a los diferentes ambientes.



Para estos autores la violencia, por ejemplo, en lugares en los que existe contacto con gran cantidad de público, puede ser provocada por o como resultado de una percepción de mala atención o poca calidad del servicio que recibe el usuario, estar asociada con una conducta descuidada del trabajador que provee el servicio o por el incumplimiento de las expectativas que el usuario/cliente tenía de la atención.

Estos autores dan cuenta también de la violencia que surge en los ambientes de trabajo en establecimientos de atención en salud, en el que se establece que la agresión surge en el contexto de relaciones con personas en circunstancias determinadas, generalmente bajo la influencia de estrés. Este último punto es frecuente debido; a la frustración e ira que produce la enfermedad y el dolor, la sobrecarga de trabajo, entre otras situaciones que pueden afectar y hacer que las personas se vuelvan física o verbalmente violentas.

El aumento de la pobreza, el medio inadecuado donde las acciones de salud son realizadas, la manera en que están organizadas, el entrenamiento insuficiente del personal y en general el clima de estrés, puede contribuir sustancialmente al aumento de los niveles de violencia.

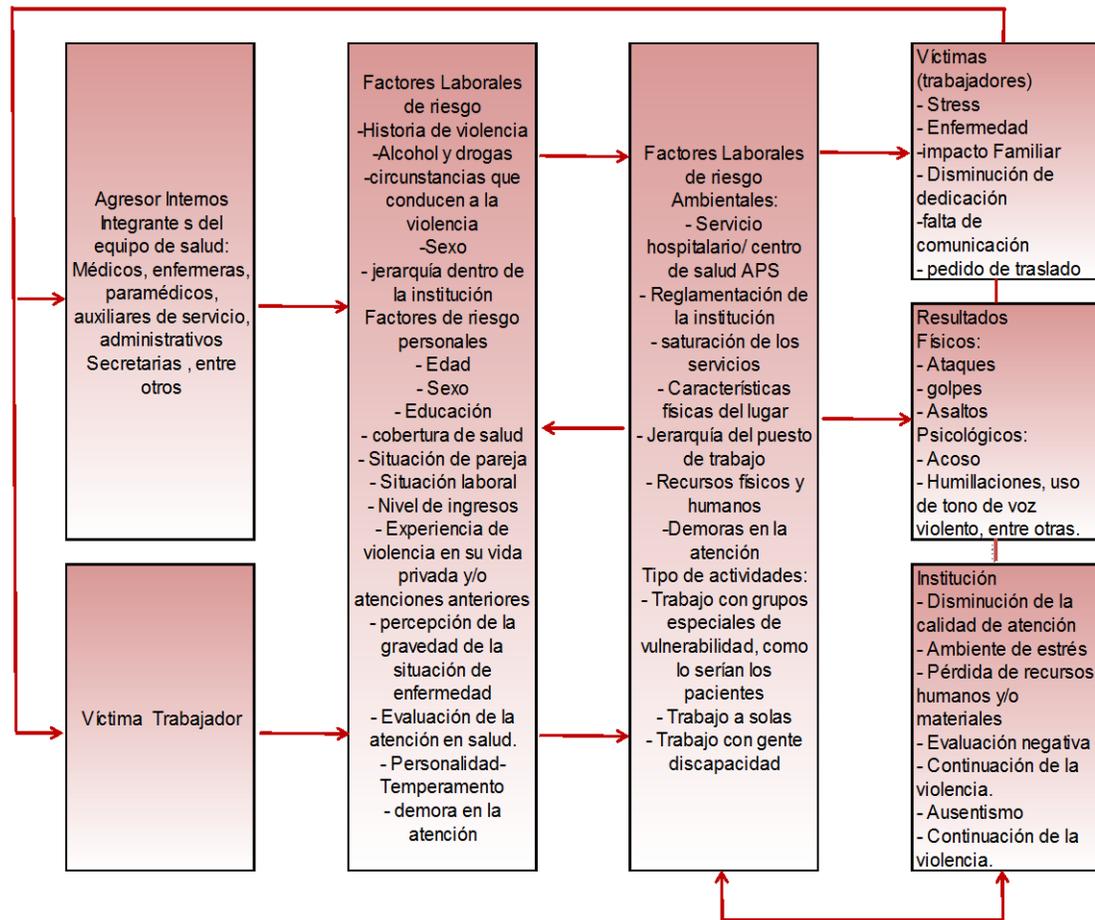
El modelo interactivo de Chappell y Di Martino ha sido adaptado y aplicado al sector salud (Fig. N° 1), en el se representan los factores provenientes tanto de la víctima, en este caso trabajador, del agresor (integrantes del equipo de salud, pacientes, familiares y/o acompañantes) y del ambiente (centros de salud, hospital), los que determinarían la presencia y consecuencias de la violencia en los servicios de salud. Desde el punto de vista del potencial agresor, se distinguen los internos (compañeros de trabajo, superiores) de los externos (paciente, familiares y/o acompañantes).



Dentro de los factores de riesgo de los agresores externos a considerar, provenientes del paciente/ familiares/acompañantes son: edad, sexo, nivel educacional, situación de pareja, nivel de ingresos, tipo de cobertura de salud, situación laboral, antecedentes de maltrato previo, hospitalizaciones previas, experiencias previas en la atención intrahospitalaria, servicio clínico de hospitalización, días de hospitalización, tipo de tratamiento recibido, ayuda requerida durante la hospitalización y la evaluación asignada a la atención en salud, en el caso de instituciones con internación mientras que en instituciones sin internación juegan factores como, historia de atención en el centro, antigüedad de la relación con el profesional, percepción de la gravedad de la situación de enfermedad y situación del servicio.

Entre los factores relacionados a los agresores internos estarían asociados con el nivel de jerarquía, cargo o actividad al interior del establecimiento. La interacción de estos factores podría tener consecuencias en el establecimiento de salud en el cual se encuentra.

Figura Nº1. Violencia Laboral: Un Modelo Interactivo aplicado al Sector salud



Entre las variables socio demográficas que influyen en la víctima de actos agresivos se encuentran; edad, educación, nivel socioeconómico, la posición de jerárquica en la institución y las experiencias de maltrato previo.



## **ASPECTO MEDICO-LEGALES DE LA VIOLENCIA EN EL MEDIO SANITARIO**

Son muchas las cuestiones de orden médico- legales que la violencia trae en el medio sanitario, y tienen que ver con diversos aspectos del Derecho Sanitario, de la Medicina Legal, de la Psiquiatría Forense, y por supuesto, de la Medicina del Trabajo.

### **LA VIOLENCIA EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL DESDE EL DERECHO SANITARIO. DERECHOS DE LOS PACIENTES. DESARROLLO LEGISLATIVO**

La base de estos derechos de los pacientes es la afirmación de la condición de sujeto de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, y, de manera particular, el derecho a decidir libremente y a que se respete su autonomía. Este hecho se manifiesta en forma concreta a través del “consentimiento Informado”, que no es más que la expresión del respeto debido a la consideración de la dignidad humana, afirmando su posibilidad de toma de decisiones, y garantizando su libertad en el ámbito de la salud.

### **DEBERES DE LOS PACIENTES**

El concepto de derecho lleva aparejado de forma inmediata el concepto de deber, dos aspectos complementarios que son absolutamente indisolubles

Desde un punto de vista práctico interesa subrayar la complementariedad de derechos y deberes, que obliga de forma simultánea a una correspondencia entre los actores de cualquier acto jurídico. En el terreno sanitario, el profesional se



convierte, asimismo, en titular de derechos y deberes con relación al enfermo. El derecho a ser informado obliga al deber de proporcionar los elementos que permitan al médico obtener y elaborar la información. Es decir, el deber de colaborar por parte del enfermo en el acto médico, que siempre estará presidido por el principio de buena fe.

Esto garantiza que los participantes en el acto de la asistencia sanitaria confíen y asuman la pertinencia de sus actuaciones, como ocurre en otros negocios y actuaciones jurídicas en los que una actuación en sentido contrario, de vulneración de este principio, anularía la obligación previa de responder de las consecuencias de los daños derivados de esa actuación dolosa y podría generar en sí misma una responsabilidad profesional.

### LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DESDE UNA PERSPECTIVA SANCIONADORA

La protección al profesional sanitario ante agresiones por parte de los usuarios, no cuenta con un tratamiento legislativo específico, por lo que, en el caso de verse en la necesidad de emprender acciones legales, habrá de recurrir a la legislación ordinaria. En este sentido, y como cualquier ciudadano, podrá emprender acciones civiles y/o penales contra los agresores. Todo ello como resultado de la falta de una regulación de tipo administrativo que venga a establecer un catálogo de medidas sancionadoras ante conductas de violencia o actos inaceptables en general por parte de los usuarios del sistema de salud.



## EL PROBLEMA DEL USO DE LA VÍA PENAL COMO HERRAMIENTA SANCIONADORA. LA DENUNCIA

Excepto el delito de Injurias, que es un delito privado y necesita la denuncia del perjudicado, el resto de las situaciones (delito de coacciones, delito de amenazas, delito de lesiones, delito de atentado), salvo que sólo se traten de faltas, son perseguibles de oficio. Si se trata de hechos constitutivos de falta, no son perseguibles de oficio y han de ser denunciados por el perjudicado. Solo hay una excepción para las faltas cuando las víctimas son menores, entonces son también perseguibles de oficio.

## LA RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN

La responsabilidad ante un caso de agresión no termina en el supuesto agresor, sino que alcanza a la propia institución y a la Administración, en el caso de los centros públicos. La organización laboral es la responsable de poner todos los medios a su alcance para evitar este tipo de riesgo, así como de ofrecer a sus profesionales la formación adecuada para manejar las situaciones potencialmente conflictivas que disminuyan su posibilidad de aparición. En el caso de que se produzcan episodios de violencia, es su responsabilidad el dispensar el apoyo y el asesoramiento necesario a las víctimas. Debiera también ser responsabilidad del centro, o de la Administración, el animar a denunciar estos hechos, ofreciendo así un claro mensaje a toda la organización y a los usuarios de que este tipo de conductas no son toleradas, incluso sería deseable que diera la cara, personándose como acusación de los hechos.



## ANÁLISIS MÉDICO-LEGAL DE LA VIOLENCIA EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL

Además de los aspectos relacionados con el Derecho Sanitario, otras cuestiones médico-legales son de interés en el análisis de la violencia que nos ocupa. No sólo desde la Medicina Legal en general, desde la que puede valorarse la dinámica de la que surge la agresión, el conocimiento de los factores de riesgo implicados que ponen en peligro la seguridad e integridad de la víctima, el estudio de los detonantes del comportamiento del agresor, así como el establecimiento de las pautas de actuación médico jurídica; sino también desde las otras disciplinas que tradicionalmente se engloban en el área de la Medicina Legal: la Traumatología y la Psiquiatría Forense y la Medicina del Trabajo. Las dos primeras imprescindibles a la hora de establecer todo lo relativo a la valoración (valoración de la gravedad de las lesiones, de la imputabilidad y de las posibles consecuencias en el estado de salud psíquico) y la Medicina del Trabajo en el estudio de las implicaciones que este tipo de conductas pueden tener en términos de disfunción en la organización, alteración del rendimiento o de la calidad en el trabajo, bajas, absentismo, etc., así como en la prevención de las agresiones como riesgo laboral.

### VALORACIÓN DEL DAÑO PRODUCIDO POR ACTOS DE VIOLENCIA

#### **I. Valoración del daño corporal**

La valoración del daño corporal es la actuación médica dirigida a conocer con la máxima exactitud y objetividad las consecuencias que un suceso traumático determinado ha tenido sobre la integridad física y psíquica de una persona, con el objetivo de obtener una evaluación final que permita al juzgador establecer las consecuencias penales, laborales y económicas del mismo.

El análisis médico para llevar a cabo la valoración de las lesiones debe comprender los siguientes puntos:

1. Estudio de las lesiones provocadas.
2. Determinación del estado de salud anterior.
3. Establecimiento del nexo de causalidad entre el hecho, las lesiones y las secuelas derivadas de ello.
4. Evolución de las lesiones sufridas.
5. Determinación de la fecha de curación o de consolidación.
6. Determinar el estado de salud final tras la evolución máxima de las lesiones, debiendo realizarse una evaluación objetiva y exacta de las secuelas resultantes en sus aspectos anatómicos y funcionales.
7. Establecimiento de la relación de causalidad entre el hecho, la lesión y la secuela a que diere lugar.
8. Determinar las consecuencias de las lesiones postraumáticas sobre todas las actividades que desarrollaba habitualmente el individuo en el ámbito laboral, social y personal.

Los medios de los que dispone el médico evaluador para abordar la pauta metodológica antes relacionada son: la entrevista, el estudio de los documentos médicos y médico-legales y el examen clínico.

El profesional, como cualquier otro ciudadano, debe ser protegido y su derecho a la integridad física y psíquica respetado, no vulnerado. Por otra parte, cuando se atenta contra sus derechos como persona, el tratamiento legal de su caso no



debiera olvidar el principio de la reparación civil que le asiste como ciudadano, sin perjuicio de que la agresión se hubiera producido durante un acto laboral. De no hacerse así, se estaría de alguna manera transmitiendo a la sociedad un mensaje muy pernicioso que podría hacer pensar que agredir al profesional sanitario no es algo cuestionable, no conlleva consecuencias y que se trata de un aspecto que el profesional debe admitir como parte de su trabajo.

El daño que se le cause debe ser reparado, independientemente de otras consideraciones jurídicas relativas a su condición de trabajador que debe ser protegido por la Administración a la que presta servicio.

## **II. Valoración del daño psíquico**

Tanto en las ocasiones en las que la causa del daño es un evento traumático y de orden físico, como cuando la causa del mismo es una acción no física, la valoración del posible daño producido en el psiquismo del sujeto sobre el que ha recaído esta acción lesiva es de una especial dificultad y esto es así por varias razones:

1. “Por los problemas diagnósticos propios de la psiquiatría, y porque en muchas ocasiones se trata de situaciones en las que la patogenia es desconocida o difícilmente demostrable.
2. En la mayoría de los casos, el daño psíquico no es fácilmente objetivable, ya que su constatación depende de la experiencia personal del perito y de la interpretación de los datos obtenidos de la exploración.
3. El daño psíquico suele ser difícilmente cuantificable. Si los baremos son difíciles de aplicar en lesiones físicamente mensurables, son mucho más complejos de aplicar en casos en los que el objeto del problema sea un trastorno psíquico.



4. Los criterios clásicos en lo que se refiere al establecimiento del nexo de causalidad (cronológico, anatómico, cuantitativo, etc.) no son claramente aplicables en el caso del daño psíquico. De la misma manera, el establecimiento de la presencia o ausencia de un estado anterior patológico entraña especial complejidad.
5. La separación de las lesiones neurológicas de las lesiones psíquicas no resulta más que una abstracción que, en la práctica, resulta muchas veces difícil, si no imposible.
6. A esto hay que añadir los problemas que se plantean como consecuencia de la posibilidad de simulación.

En Medicina Legal y Forense es tarea fundamental diferenciar “lo violento” como: aquello que viene de fuera e incide sobre la persona de una manera imprevista ocasionándole un daño o perjuicio, de “lo natural”: lo que se desencadena en el organismo como respuesta a mecanismos internos y sin intervención de causas ajenas o extrañas al mismo. Traer estos conceptos aquí es de gran importancia, ya que el daño psíquico se correspondería con lo violento, mientras que la enfermedad mental, aparecida sin intervención de fuerzas extrañas entraría dentro de lo natural.

Se puede afirmar que el daño psíquico “es todo aquel deterioro de las funciones psíquicas producido generalmente de forma súbita e imprevista, cuando puede reclamarse jurídicamente una responsabilidad, porque en la causación del mismo ha intervenido una conducta intencional o imprudente, o bien cuando existen mecanismos legales privados (seguros de accidentes) o de protección social frente a los infortunios”.

Las secuelas psíquicas, derivadas de traumatismos y de la vivencia situaciones traumáticas, violentas y amenazantes, han crecido en los últimos años ligadas al aumento de los accidentes y de la violencia en distintos medios. La práctica



forense nos demuestra que una gran mayoría de las personas que han sido víctimas de situaciones de violencia van a presentar síntomas psíquicos en relación con el ambiente vivido como amenazante para su integridad física o mental, e incluso para su vida.

Actualmente la valoración del daño psíquico viene siendo requerida en relación con diferentes aspectos de la Administración de Justicia. Desde el Derecho penal, para la valoración de los trastornos psíquicos consecutivos a lesiones orgánicas cerebrales, valoración de trastornos psíquicos que padecen las víctimas de violencia psíquica ejercida de forma continuada en el ámbito familiar y laboral, o a consecuencia de un estrés laboral crónico, en cuyo caso no hablamos de enfermedades mentales, sino de síntomas psíquicos o psicósomáticos. Desde el Derecho civil, administrativo, compañías de seguros, etc., que demandan la delimitación de la naturaleza del daño y su origen.

El posible daño psíquico como consecuencia de las agresiones, incluso en ausencia de violencia física, no ha sido suficientemente investigado.

Se observó que los profesionales sanitarios que habían sido víctimas o testigos de la violencia en el ambiente de su trabajo, se han observado consecuencias de índole psíquico, como síntomas de depresión, altos niveles de ansiedad, sintomatología relacionada con el estrés post-traumático, incluso síntomas constitutivos del síndrome del profesional quemado o burnout.

### **III. La imputabilidad**

Además de la valoración del daño psíquico, la Psiquiatría Forense también está implicada en el establecimiento de la causalidad (que tiene como aspecto fundamental la imputabilidad del supuesto agresor, para lo que será necesaria una



exploración clínica de las condiciones psíquicas del mismo). La peritación psiquiátrica en sus aplicaciones al campo del Derecho penal tiene como objetivo fundamental el establecimiento de relaciones de causalidad psíquica entre las personas y sus acciones. El establecimiento de la Imputabilidad es un requisito previo de la responsabilidad y de la culpabilidad cuando se comete una acción delictiva.

De este concepto jurídico de base psicológica dependen los de responsabilidad y culpabilidad. Imputar un acto es el hecho de poder atribuírselo a alguien. Para que pueda ser así, es preciso no sólo que el sujeto haya sido la causa del hecho, sino también que haya sido su causa moral. El fundamento de la imputabilidad se encuentra en la afirmación de la libertad humana como criterio informante de la capacidad para responder de las acciones, libertad que puede perderse, o no haber existido nunca, si en el sujeto no se reúnen las circunstancias que la condicionan.

Puede definirse la imputabilidad como el conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requerido por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquicamente y éticamente por aquellas.

La primera parte de esta definición es la más importante desde el punto de vista médico-legal. Se alude a condiciones psicobiológicas, englobando los caracteres psíquicos y biológicos, por cuanto no puede atribuirse un significado a una conducta humana sin que en el sujeto se den determinadas condiciones intelectivas o volitivas que le capaciten para una comprensión. Dichas condiciones consisten en: un estado de madurez mínimo (fisiológico y psíquico), plena conciencia de los actos que realiza, capacidad de voluntariedad y capacidad de libertad. Es decir, que en el momento de la ejecución del hecho posea la inteligencia y el discernimiento de sus actos, y que goce de la libertad de su voluntad y de su libre albedrío.



## **CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD**

Las consecuencias de los actos de violencia hacia los profesionales sanitarios no se agotan en las posibles lesiones somáticas ocasionadas por las agresiones físicas. El impacto psíquico y emocional de una agresión no debe minimizarse. Tanto es así que, en ausencia de lesión física, incluso a raíz de agresiones no físicas, el daño psicológico producido en la persona se ha comprobado que puede ser muy importante.

Por otro lado, al impacto sobre la psique en forma de diferentes trastornos psicológicos, se une el efecto sobre la esfera laboral, el desgaste que puede acarrear, llegando incluso, en los profesionales sanitarios, a socavar el nivel de confianza necesario para una óptima relación asistencial. Desde este punto de vista, las agresiones deben considerarse un riesgo que necesariamente ha de tenerse en cuenta desde la prevención para evitar su ocurrencia y para paliar las consecuencias negativas en el sujeto en los casos en que no hayan podido evitarse.

## **ASPECTOS DISTINTIVOS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD**

Los profesionales de la salud están especialmente expuestos al estrés laboral debido a las características del tipo de tareas a realizar y también a la especial situación en la que se encuentran las personas que son los objetos de estas tareas. A los estresores comunes a cualquier profesión se podrían añadir algunas



variables distintivas del ejercicio de la medicina: el contacto cotidiano con el dolor y la muerte, peticiones excesivas por parte del usuario, incapacidad de responder a ciertas demandas, temor a cometer errores irreparables y, sobre todo, el temor a la denuncia, a las agresiones físicas y verbales y a cualquier tipo de presión por parte de los pacientes.

Algunos autores han señalado distintos estresores que afectan cotidianamente al personal sanitario como: la presión que conlleva la responsabilidad de estar trabajando con bienes tan preciados como son la vida y la salud de los seres humanos, muchas veces en situaciones en las que se está obligado a tomar decisiones con rapidez, incluso disponiendo de fuentes ambiguas de información, la constante presión para no cometer errores; la sobrecarga de trabajo expresada en la gran cantidad de contactos emocionales en períodos muy cortos de tiempo con los pacientes, familiares, amigos y otros profesionales de la salud; la prestación de servicios de guardia y/o disponibilidad permanente, unido al trabajo por turnos y a la nocturnidad; además de los riesgos lógicos al contagio de enfermedades o exposición a agentes físicos o químicos.

Otro aspecto a tener en cuenta es el de que el ejercicio de la actividad sanitaria exige una dedicación asidua y permanente, con la obligación de una constante puesta al día en los nuevos conocimientos y técnicas.

A todo ello debemos añadir que en los últimos años hemos asistido a una pérdida significativa del apoyo social y de la valoración que en otro tiempo gozaron los profesionales de la sanidad. Por una parte, el paciente es más consciente de sus derechos – y esto es algo que debe valorarse como muy positivo -; por otra parte, la salud se ha consolidado en un derecho y existe la creencia de que la medicina puede curarlo todo. Pero la práctica médica se mueve normalmente entre unos límites de incertidumbre. El médico se enfrenta a un tipo de paciente cada vez



más reivindicativo, que no tolera el error, o que incluso quiere sacar provecho de él.

Cada día son más frecuentes las manifestaciones de violencia por parte de los pacientes hacia el personal sanitario: insultos, amenazas, incluso agresiones físicas para expresar el desacuerdo con un diagnóstico o con un tratamiento.

De tal modo, la relación con el paciente – que en situaciones normales es uno de los aspectos más gratos de la práctica médica – puede llegar a convertirse en la principal fuente de estrés para el profesional. Estos temores, junto con el aumento de denuncias y reclamaciones propician que se opte, muchas veces, por la medicina defensiva para evitar ser blanco de protestas por las deficiencias del sistema.

Finalmente, el sistema sanitario, con mucha frecuencia, no tiene en cuenta las actitudes, aptitudes y conocimientos de sus profesionales, lo que trae consigo la desmotivación y desilusión, que a la larga repercutirá en un deterioro de la calidad asistencial y en la pérdida de buenos profesionales.

### **CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS**

La experiencia de haber sufrido episodios de agresión, ya sea física o verbal y, más aún, el vivir cotidianamente bajo la amenaza de volver a sufrirlas, o a presenciarlos en otros compañeros, es sin duda alguna una importantísima fuente de estrés laboral, que se vería agravada en el caso de que los individuos no perciban apoyo social por parte de los compañeros y/o de los directivos.



Como ya se ha señalado, las consecuencias de una vivencia de estrés crónico pueden desembocar en cuadros con diferente sintomatología psíquica: agotamiento, ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático –TEPT-, burnout, etc.

Además del daño físico en sus múltiples formas, incluida la muerte en los casos más dramáticos, y además del deterioro de la calidad asistencial y de sus consecuencias para la administración (bajas, abandono de puesto, etc.), la investigación sobre el tema aporta evidencia que demuestra que los efectos psicológicos de las agresiones sobre los profesionales pueden ser considerables.

Durante mucho tiempo se ha prestado mayor atención a la violencia física como posible causa de futuros trastornos psicológicos, habiéndose hallado asociaciones entre las agresiones físicas y el TEPT, con los trastornos de ansiedad, o con efectos sobre la salud psicológica general.

De todos modos, y buscando una claridad expositiva, se detallarán los aspectos más relevantes sobre la sintomatología psíquica derivada de situaciones de violencia en el medio sanitario, hallados en los estudios más recientes, agrupándolos en bloques temáticos.

- Síntomas de ansiedad. La ansiedad es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos y una de las principales causas por la que se requiere atención médica.
- Síntomas de depresión: el estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes en los seres humanos.
- Síntomas constitutivos de trastorno de estrés postraumático- TEPT-. Al estrés inmediato y a la ansiedad que suelen acompañar los primeros momentos tras haber sufrido episodios violentos, se les pueden unir efectos



psicológicos a más largo plazo: insomnio y pesadillas nocturnas en las cuales se revive la agresión que se ha padecido, interrupciones frecuentes del sueño que impiden la necesaria reparación del cansancio, recuerdos persistentes e intrusos que provocan malestar, sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo, irritabilidad, hipervigilancia, etc.

- Síndrome del profesional quemado – burnout -. El concepto de burnout fue introducido por Freudenberger (1974) para describir el estado de agotamiento físico y mental que observó entre cuidadores voluntarios de una clínica de desintoxicación. Posteriormente, Maslach (1976) lo popularizó, efiriéndose al desgaste profesional que sufren los trabajadores de los Servicios Humanos y lo definió como un síndrome cuyos síntomas son el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo. Burke (1987) entiende que es un proceso de adaptación al estrés laboral crónico, cuando han fallado las estrategias de afrontamiento del sujeto.

A continuación, se presenta el protocolo de acción en situación de violencia en el ámbito hospitalario y la resolución según el Distrito II, Avellaneda

### **PROTOCOLO DE ACCION EN SITUACION DE VIOLENCIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. (Buenos Aires Provincia)**

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, las autoridades máximas del Sindicato de Salud Pública, CICOP, UPCN, ATE, AMRA, Agrerriación Médica, FEMEBA Y FEMECOM celebraron un Acta compromiso destinada a aunar esfuerzos y tomar decisiones por consenso, destinadas a la intervención,



reducción y erradicación de todo hecho de violencia en el ámbito sanitario, en cualquiera de sus manifestaciones, tanto interna como externa.

Se trabaja en tres ejes: prevención, intervención y asesoramiento posterior al hecho.

Como primera medida y para tomar conocimiento de los hechos en el momento en que ocurren, evaluar las causas y conocer el origen de la situación violenta, prevenir similares situaciones, tomar las medidas pertinentes y por sobre todo proteger a los trabajadoras/es agredidas/os, se ha diseñado una Planilla de denuncia, que acompaña este protocolo y estará en poder de todos los directores de hospitales y de los representantes de los gremios firmantes.

### **Protocolo de acción en situaciones de violencia en el ámbito hospitalarios**

Este procedimiento se llevara a cabo ante una situación de posible violencia o agresiones en la atención de los pacientes-usuarios-familiares, con comportamientos previos inadecuados, o en la atención a un usuario conflictivo o irritado.

El/la trabajador/a del hospital deberá ponerlo en ejecución cuando sea objeto de las siguientes conductas en el interior o fuera del lugar del trabajo como consecuencia del desarrollo de su actividad profesional:

- ✓ Conductas intimidatorias
- ✓ Violencia física
- ✓ Vandalismo



### **Actuación inmediata ante una situación violenta o posible agresión externa**

1. NO responder a las agresiones o provocaciones verbales. Mantener la calma y tratar de no permanecer solo/a en la contención de la situación.
2. Mantener una adecuada distancia de seguridad con el posible agresor o agresora.
3. Colocarse cerca de la puerta de salida, o de la salida mas próxima.
4. Interrumpir la actividad, mientras que la situación no sea controlada.
5. Pedir ayuda o estar acompañado o acompañada para minimizar la situación de violencia.
6. Llamar al servicio de seguridad para que se comunique con el servicio policial o 911 de inmediato. Asimismo y en forma directa llamar a los cuerpos y fuerzas de seguridad, cuyos números deben estar a la vista de todos para reforzar el pedido de auxilio.
7. Avisar inmediatamente a los compañeros, a su superior jerárquico o al responsable del servicio o turno, mediante canal de comunicación adecuado que previamente se ha pactado.
8. Notificar inmediatamente el incidente al hecho violento del servicio o turno.
9. Comunicarse con los delegados gremiales para que se apersonen y recaben información sobre el incidente ocurrido y realizar las acciones pertinentes.
10. Solicitar asistencia sanitaria, cumplimentando el informe médico y el parte de lesiones si las hubiere.
11. Tramitar la denuncia del hecho ante el área responsable de la institución.
12. Elevar la denuncia a la Dirección de Hospitales.



13. Denuncia particular de la víctima en comisaria o en sede judicial.
14. Asesoramiento jurídico del equipo del hospital o de la red provincial médico legal.

### **Actuación inmediata ante una situación violenta o posible agresión interna**

1. Si la agresión encuadra presuntamente en alguna de las conductas estipuladas por la ley como violencia laboral, el agredido dejará constancia en el área de personal de lo sucedido y podrá retirarse del lugar de trabajo si el equipo médico que lo asistió así lo prescribe. Caso contrario, si no puede retirarse por sus propios medios, la Dirección o quien esta disponga, deberá comunicar a sus familiares la situación para que acompañen su retiro.
2. El trabajador/a deberá denunciar ante su delegado gremial, ante el director del hospital, o ante la Mesa de Consenso por Hospitales Libres de Violencia, que funciona en la Sede Central, los hechos de violencia laboral de los que fuera víctima.
3. Tanto la dirección del hospital, el ámbito gremial, como la Mesa abordarán el tema con absoluta confidencialidad, respeto hacia la víctima del hecho, resguardando su identidad si la misma no desea que se haga pública. Asimismo se garantiza la misma protección a los testigos del hecho.



### **Trámites posteriores a la agresión o violencia**

1. El director/a o autoridad máxima del establecimiento, ante situaciones de violencia deberá ponerse al frente de la situación, acompañando, asistiendo e interviniendo para minimizar las consecuencias del hecho.
2. El director/a o autoridad máxima del establecimiento deberá, si el trabajador así lo requiere, recibirlo en forma inmediata. Si lo desea podrá estar acompañado de su representante gremial. Las partes deberán acordar el abordaje del mismo en un marco de cordialidad, respeto y armonía, digno de la situación planteada.
3. La autoridad institucional, la Mesa y los gremios firmantes repudiarán los hechos y trabajarán en conjunto para proteger a la presunta víctima.
4. El director o autoridad máxima deberá identificar la situación y relevar todas las pruebas a su alcance para aclarar el hecho (fotos, filmaciones de cámaras de seguridad, declaraciones, informes, testigos, relatos pormenorizado del agredido, si este así lo desea).
5. Iniciara el procedimiento de investigación de carácter pre-sumarial y se deberá mantener al tanto de todo la actuación hasta su conclusión a fin de poder corregir sobre la marcha las posibles causas de la misma. Cumplido los pasos, lo girará a la Dirección Provincial de Hospitales a fin de proseguir con el trámite.
6. Las actuaciones antes mencionadas serán comunicadas a la Dirección Provincial de Hospitales y ésta a la Comisión Jurisdiccional Mixta.
7. Se considera importante que la información sobre lo sucedido se comparta con el resto del personal involucrado, superiores jerárquicos del agredido y del presunto agresor para lograr un compromiso de la gestión de no aceptación de la violencia en el ámbito laboral, conforme al acta que celebrara el señor ministro con los gremios, absteniéndose de realizar



cualquier acción que pudiera perjudicar aún más a la víctima y a los testigos.

8. Si se tratare de violencia laboral se ofrecerán espacios de mediación ante esta Mesa de consenso y de acuerdo a las condiciones de cada caso que serán evaluadas por la misma.
9. El Director en el plazo de 72 horas deberá elevar a la Dirección Provincial de Hospitales la Planilla de Registro de Hechos Violentos que fuera aprobada por resolución.
10. Notificar en forma inmediata a la Dirección Provincial de Hospitales y a la Mesa de Consenso.
11. Deberá incentivar todo lo necesario para la comunicación de los hechos.

### **COLEGIO MEDICO.RESOLUCION 616/13**

Consejo Directivo del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito II. Avellaneda, 17/01/2013

De conformidad con lo prescripto por los artículos 5,6,12 y concordantes del DL 5413/58

RESUELVE,

1. Producido un hecho de amenaza, agresión o violencia como los descriptos en los considerandos deberán comparecer en forma urgente e inmediata en el centro asistencial los integrantes y componentes de la Dirección Médica del establecimiento, ya sea ejecutiva o asociada quienes arbitrarán las medidas necesarias e imprescindibles para salvaguardar la seguridad personal de los profesionales médicos en ejercicio de sus funciones que permitan y coadyuven a un correcto desempeño de las mismas.



2. Procederán en forma inmediata al cierre del lugar público o privado en el que se concrete un hecho violento en perjuicio de un médico ya sea de guardia, consultorios externos, etcétera, deslindando la responsabilidad en las autoridades públicas respectivas.
3. Los profesionales médicos víctimas de los hechos aludidos limitarán y en su caso no prestarán la asistencia médica hasta tanto los Directores de Hospitales o autoridades a cargo de los mismos garanticen la integridad física y mental del personal médico y auxiliares.
4. Notificar la presente disposición a todos los establecimientos asistenciales de la jurisdicción a la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, a las Cámaras de Apelaciones de los departamentos judiciales que la integran, a los Intendentes de las Municipalidades y los Directores de los
5. Centros Asistenciales Públicos y Privados Provinciales a los fines de tomar los recaudos respectivos que hacen a sus funciones y misiones específicas, así como a las entidades médicas primarias y gremiales.
6. Comisionar a todos y cada uno de los consejeros que integran el colegio de médicos, Distrito II, a evacuar las inquietudes que exterioricen los profesionales médicos, con cargo de informar lo actuado en forma inmediata al consejo superior del colegio de médicos de la Provincia de Buenos Aires.
7. Disponer que la representación del Colegio de Médicos, Distrito II, estará a cargo de su Mesa Directiva quien deberá inexorablemente promover las acciones judiciales respectivas, denunciando a los funcionarios pertinentes en razón del incumplimiento de las obligaciones y deberes de funcionario público.
8. Publicítese en los medios de rigor.

El Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Resuelve: Artículo 1: Hacer suya la resolución N°616 de fecha



FUNDACION H. A. BARCELO  
FACULTAD DE MEDICINA

17/01/2013 del Consejo Directivo del Distrito II de este Colegio de Médicos  
la que como anexo 1 forma parte integrante de la presente.

Presidente; Dr. Salvador Lo Grasso

## **CONCLUSIÓN**

Como se ha expuesto a lo largo de la tesina, la violencia en el medio laboral no es una novedad, todo lo contrario. Puede ser experimentada en cualquier tipo de profesión y de varias formas posibles.

Me base en el ámbito de la sanidad, ya que como profesional de la salud, es un tema de gran preocupación y para aquellos que realizamos guardias externas, es cada vez más angustiante y dificultoso trabajar de esta manera.

Estamos cada vez más expuestos a las agresiones verbales, físicas, psíquicas, a las amenazas por parte de los pacientes y/o familiares, ya que considero que la sociedad en general ha perdido la tolerancia y el respeto por sus pares y por nosotros, los médicos.

Si bien, ante un hecho de violencia laboral, los trabajadores de la salud en general no saben o simplemente dudan en el cómo proseguir con la denuncia, por ejemplo, entre otras cosas. Muchas veces no denuncian los hechos por temor a que el agresor tome represarías futuras.

Son muchos los determinantes sociales y culturales que intervienen e interactúan en el problema que nos ocupa, entre los que se pueden apuntar:

- La violencia instalada en la sociedad, que se manifiesta en muy diversos ámbitos, y por supuesto también en el medio sanitario.
- La pérdida de prestigio de la profesión médica y la pérdida de confianza por la distancia que se ha generado en la relación médico-paciente.
- La falta de toma de conciencia de la otra cara de la moneda o la “factura” que todos hemos de pagar por esos logros: el escaso tiempo disponible para la visita



en consultas o los recursos limitados ante el cada vez más amplio número de usuarios.

- El desequilibrio producido entre la toma de conciencia de los derechos y los deberes como usuario.
- El deterioro de la relación asistencial, provocado por muchas de las causas anteriores, y que termina deshumanizando el trato prestado por los profesionales, favoreciendo a su vez la falta de comunicación que muchas veces está facilitando que se produzcan los episodios violentos.

Resulta muy decepcionante observar cómo los profesionales sanitarios, que han elegido uno de los trabajos más vocacionales, guiados por la motivación de velar por la salud de las personas y otorgarles los cuidados necesarios, acaben siendo agredidos en un entorno de elevado desgaste personal debido a las altas exigencias psíquicas que conlleva su quehacer diario. En la práctica cotidiana deben enfrentarse a una constelación de estresores presentes en el medio sanitario.



## **BIBLIOGRAFIA**

- Burgos, M. y Paravic, T. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. Rev. Ciencia y Enf. 2003. 9(2), 29-42.
- Duncan Chappell y Vittorio Di Martino Violence at work, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998, ISBN 92-2-1-110335-8.
- Duncan Chappell y Vittorio Di Martino; Violencia el trabajo. Newsletter de Salud y Seguridad Ocupacional de la región Asia Pacífico. 1999. Volumen 6, número 1.
- Letelier Sanz, Patricia; Valenzuela Suazo, Sandra. Violencia: fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intra-hospitalarios de enfermería. Ciencia y enfermería; 2002. 8(2): 21-26. dic. Ilus.
- Organización Internacional del Trabajo, Informe sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud Informe para el debate de la Reunión tripartita las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud. 1998.
- Organización Internacional del Trabajo - Organización Mundial de la Salud,. Directrices marco para afrontar: la violencia laboral en el sector de la salud Génova; 2002. 02. 37 p. Ilus.
- Organización Internacional del Trabajo, Violencia y estrés en el trabajo en el sector de los servicios. Informe Final. 2003.
- Organización Internacional del Trabajo, Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla. Ginebra. 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. 1996 Ginebra, (documento WHO/EHA/SPI.POA.2).



FUNDACION H. A. BARCELO  
FACULTAD DE MEDICINA

- Organización Mundial de la Salud. World report on violence and health. 2002. Génova.
- Organización Mundial de la Salud. Informes finales del 44 Consejo Directivo. 55ª Sesión del Comité Regional; 22-26 sep 2003; Ginebra (SWZ).



FUNDACION H. A. BARCELO  
FACULTAD DE MEDICINA

### **DATOS DEL TUTOR**

Dra. Adel Stella Maris, graduada en la Universidad de Buenos Aires. MP:27596, MN 49736, actual Jefa de Sala del Servicio de Medicina Legal del Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón de Avellaneda.

### **Formación Académica**

- Especialista en Neonatología y Pediatría,
- Especialista en Medicina legal,
- Especialista en Medicina del Trabajo,
- Especialista en Administración Hospitalaria,
- Especialista en Medicina Familiar, Diplomada en Salud Pública