

VIOLENCIA CONTRA PROFESIONALES DE LA SALUD

Dr. Fabián Vítolo
Médico - NOBLE S.A.

>>> ■ **Infobae. 20 de octubre 2010.** En plena Capital, a un cirujano lo obligaron a operar con un revólver en el estómago. El jefe de cirugía del Hospital Piñero fue amenazado para que modifique el orden de los turnos: “La lista de espera la tenés que alterar en función de mi madre a través de este revólver en el estómago que vos tenés”

■ **Consultor de Salud. N° 322. Pág. 6:** Semanalmente, un médico es víctima de agresiones en los nosocomios. “La situación es terrorífica: una vez por semana, un médico es víctima de agresiones en el conurbano bonaerense, aunque el número sería mucho mayor porque muchos de los trabajadores no realizan la denuncia”, remarcó el presidente de la Asociación de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, Jorge Yabkowski

■ **Infoabe. 10 de agosto de 2007:** Otro brutal caso de agresión contra un médico. El profesional fue a una casa por un llamado del SAME, que pedía auxilio para una mujer que tenía un paro cardíaco. La señora falleció y el marido de la hija lo golpeó y lo tiró por las escaleras.

■ **El Observador. La Plata. 3 de diciembre de 2006:** Amenazas de muerte: Llega al Hospital Fernández una paciente embarazada con graves complicaciones. Después de realizarle los estudios correspondientes, los médicos determinan que el bebé ya está muerto. Ya no se podía hacer nada para

salvarlo. En ese momento, el padre de la embarazada saca un arma y amenaza a la médica de Obstetricia: “Si algo le pasa a mi hija, me la vas a pagar”. La médica debió ser asistida para poder recuperarse de este episodio y volver a trabajar normalmente.

Podríamos continuar con los ejemplos hasta el infinito. Si bien sólo se publican en los medios los casos más espectaculares, día a día los médicos y otros profesionales de la salud se enfrentan a todo tipo de violencia por parte de los pacientes o de sus familiares y allegados. El Dr. Jorge Gilardi, titular de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, denunció a mediados de 2010 que las agresiones contra los profesionales en los hospitales públicos crecieron un 60% en el último año. (1) La violencia no es exclusiva del sector público. Los profesionales de instituciones privadas, de obras sociales y de prepagas también sufren ataques de pacientes que consideran que reciben muy poco por sus aportes.

La violencia en el lugar de trabajo - sea física o psicológica- se ha convertido en un problema mundial que atraviesa las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos de profesionales. Representa una amenaza grave contra la eficiencia y el éxito de las Organizaciones. La violencia causa perturbaciones inmediatas, y a veces de largo plazo en las relaciones entre las personas y en el entorno laboral. (2)

Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, el sector de la atención de la salud corre un riesgo grave. La violencia en este sector puede ser casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo (Nordin, H., 1995). (3) En conjunto puede afectar a más de la mitad de los trabajadores de la salud.

Las consecuencias para el profesional no son inocuas. Los posibles efectos de la agresión sobre un individuo son variados y probablemente dependan de la severidad y frecuencia de los episodios y de la percepción de vulnerabilidad ante futuras situaciones similares. Las implicancias de los incidentes violentos sobre la salud de los trabajadores de la salud pueden ser considerables y distintos estudios sugieren que los médicos pueden quedar con secuelas psicológicas tales como síndrome post traumático, insomnio, depresión, y agorafobia (trastorno de la ansiedad que consiste en el miedo a los lugares donde no se puede recibir ayuda. Es el “miedo al miedo”). (4) Si bien las agresiones son consideradas en muchos países, incluido el nuestro, como accidentes de trabajo que deben ser denunciados a la Justicia y a las ART, en general hay bastante desidia en la denuncia.

La experiencia de la agresión por parte de los pacientes también puede llevar a cambios en la conducta de los profesionales, tales como un aumento en las prescripciones médicas y pedidos de estudios o bien la derivación a centros especializados. Un tercio de los médicos víctimas de violencia en el Reino Unido manifestaron haber modificado sus patrones de trabajo luego de haber sido agredidos. (5)

Violencia en el trabajo. Definición

Para poder trabajar en prevención, resulta importante definir qué se entiende por violencia en el trabajo. Muchos profesionales de la salud no denuncian conductas violentas por desconocer qué tipo de acciones se incluyen dentro de este concepto.

Existen diferentes definiciones, muy similares entre

sí. El Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional de los Estados Unidos define a la violencia en el trabajo como “actos violentos (incluyendo agresiones físicas y amenazas de agresiones) dirigidas contra las personas en el trabajo o cuando están cumpliendo con sus obligaciones”. (6) La inclusión en la definición de las amenazas verbales o conductas amenazantes intenta promover una denuncia más frecuente de este tipo de hechos.

Si bien siempre se ha reconocido la existencia de violencia física personal en el lugar de trabajo, la existencia de la violencia psicológica se ha subestimado durante largo tiempo y sólo ahora comienza a recibir la debida atención. La violencia psicológica surge actualmente como uno de los problemas prioritarios en el lugar de trabajo.

Cada vez se reconoce más que la violencia psicológica contra el trabajador se ejerce muchas veces mediante un comportamiento repetido que en sí mismo puede ser relativamente poco importante pero que, al acumularse, puede llegar a ser una forma muy grave de violencia. Si bien puede bastar un único incidente, la violencia psicológica consiste a menudo en actos repetidos, indeseados, no aceptados, impuestos y no correspondidos que pueden tener para la víctima un efecto devastador

El Servicio Nacional de Salud Británico, en su Campaña de Tolerancia 0 a la violencia contra trabajadores de la salud define como violencia a “cualquier incidente en el cual el personal médico o paramédico es abusado, amenazado o agredido en ocasión laboral y con un desafío explícito o implícito a su seguridad, bienestar o salud” (7)

Ayranci, autor que estudió las agresiones contra profesionales en departamentos de emergencia de Turquía distingue cinco categorías de violencia: Abuso verbal, amenazas específicas, acción física con o sin lesión, violencia sexual y una última categoría para todas aquellas situaciones no contempladas en las anteriores. (8)

Otra definición distingue tres tipos de violencia: (9) Agresión física: incluye ataques en distintos niveles:

bofetadas, empujones, trompadas, patadas, palizas, golpes con objetos contundentes, amenazas con armas, puñaladas, tiros, etc. con o sin lesión.

·Amenazas: comunicadas verbalmente o por carta, teléfono, mail. Se incluye en esta categoría a la amenaza de daño físico, lo que puede ser traumático psicológicamente, aunque no se lleve a cabo.

·Acoso: Conducta no correspondida ni deseada que crea un ambiente hostil. Incluye insultos, comentarios despreciativos que buscan que la persona se sienta humillada o avergonzada

En nuestro país, una forma frecuente de violencia es la amenaza explícita o implícita de iniciar acciones legales por mala praxis si las cosas no se solucionan como el paciente o el familiar pretende.

Incidencia y extensión del problema

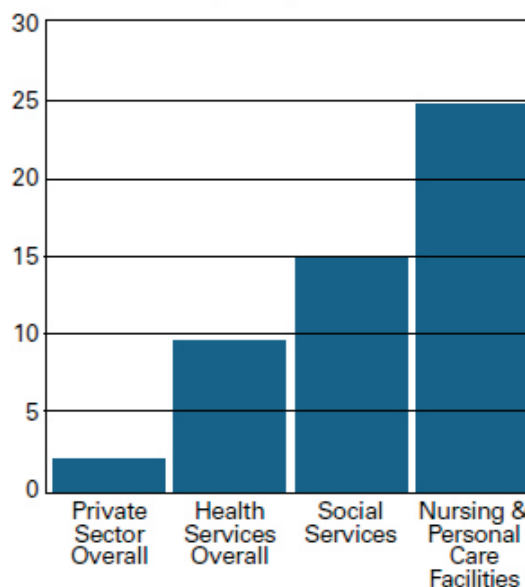
En la Argentina recién se empezó a tomar conciencia de la magnitud problema a partir de las denuncias realizadas por las distintas agremiaciones médicas y por una encuesta realizada por Intramed y el Servicio de Epidemiología del Htal. Italiano de Buenos Aires sobre una base de 30.100 profesionales de la salud. Según este estudio, casi el 55% de los médicos sufre algún tipo de violencia. (10)

Nuestros hallazgos son compatibles con la información que se maneja en otros países desde hace muchos años. La Oficina de Estadísticas del Ministerio de Trabajo de los Estados Unidos (Bureau of Labor Statistics- BLS) informó que entre los años 1996 y 2000 hubo 69 homicidios en los servicios de salud de dicho país. Si bien los asesinatos acaparan la atención, la gran mayoría de la violencia en el lugar de trabajo consiste en agresiones no fatales. Los datos del BLS demuestran que en el año 2000, cerca de la mitad (48%) de las lesiones no fatales ocasionadas por agresiones a los trabajadores norteamericanos de cualquier industria tuvieron su origen en servicios sociales o de salud. La mayoría de las mismas se produjo en hospitales, centros de atención ambulatoria y

servicios de residencias sociales. La mayoría de las víctimas fueron enfermeras, personal auxiliar y administrativo de recepción. Cuando se compara el sector salud con otros sectores de la economía, los números son escalofriantes. El BLS utiliza una tasa que mide el número de eventos violentos cada 10.000 trabajadores de tiempo completo, en este caso agresiones que causaron lesiones. En el año 2000 los trabajadores de la salud tuvieron un índice de 9,3. El de los asistentes sociales fue de 15 y el de las enfermeras y personal de centros de atención terciarios fue de 25, muy lejos del promedio de trabajadores lesionados por agresiones en otras industrias que fue de 2. (Ver cuadro) (11)

Incidence rates for nonfatal assaults and violent acts by industry, 2000

Incidence rate per 10,000 full-time workers



Source: U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. (2001). *Survey of Occupational Injuries and Illnesses, 2000*.

Por más significativos que puedan parecer estos números, es probable que el número de incidentes violentos en instituciones de salud sea mucho mayor. Se estima un importante subregistro de estos episodios, debido en parte a la percepción generalizada en el personal sanitario de que las agresiones son una parte del trabajo. El bajo número de denuncias podría explicarse por la falta

de normas institucionales de notificación o por la creencia del personal de que el reporte no los beneficiará. Peor aún, muchos empleados temen que sus jefes interpreten que las agresiones son el resultado de un pobre desempeño en sus tareas.

La dimensión del problema ha llevado a algunos Estados a tomar medidas tendientes a reducirlo. Reconociendo el peligro que enfrentan los trabajadores del Servicio Nacional de Salud (NHS), el gobierno británico lanzó en octubre de 1999 la campaña "Tolerancia Cero" para reforzar el mensaje de que las agresiones, la violencia y las amenazas contra el personal de sanidad no serían más toleradas. Se establecieron objetivos concretos (ej: reducirla en un 30% a 3 años). Sin embargo, la medición de las agresiones es difícil, y también lo es la evaluación de la efectividad de las medidas de prevención tomadas. (7)

En octubre de 2003, la Asociación Médica Británica, en un intento por conocer la incidencia de la violencia contra los profesionales y el impacto sobre ellos, envió una encuesta a 3.000 médicos, de los cuales respondieron 890. Se les preguntó acerca de sus experiencias personales y sobre sus percepciones generales. Algunos de los hallazgos fueron los siguientes: (5)

- Más de un tercio de los médicos habían experimentado alguna forma de violencia en el trabajo durante el último año. Los más agredidos fueron los emergentólogos, los psiquiatras y los tocoginecólogos.

Casi todos los médicos que reportaron experiencias de violencia habían sido víctimas de alguna forma de abuso verbal en el último año, un tercio había recibido amenazas y un 20% agresiones físicas. La incidencia de abuso verbal es por lejos la más frecuente (un cuarto de los encuestados habían experimentado esta forma de violencia más de cinco veces durante el último año)

- Para casi la mitad de los encuestados, la violencia es un problema en su trabajo, principalmente para los que trabajan en guardias externas y psiquiatría.

Los hallazgos de la encuesta británica son consis-

tentes con otros estudios realizados en países tan disímiles con Turquía (8) y Suiza (12), con porcentajes de violencia de algún tipo superiores al 50%, con porcentajes no despreciables de agresiones físicas (8,5% y 22% respectivamente).

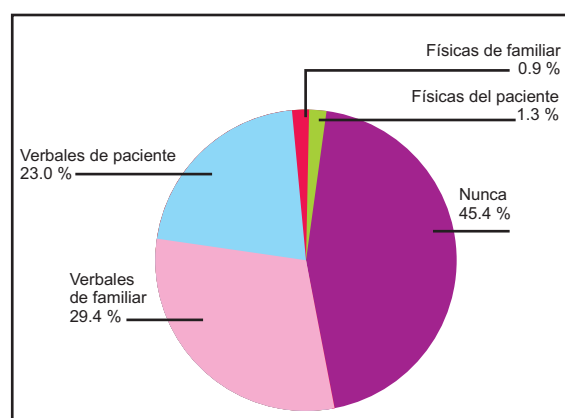
A nivel regional, la encuesta mencionada realizada por Intramed y el Servicio de Epidemiología del Hospital Italiano de Buenos Aires en el año 2005 merece destacarse por la extensión de la muestra. Se obtuvieron 30.100 respuestas de médicos de Argentina, México, Colombia, Perú, Uruguay y otros países. El 75% de los profesionales encuestados fueron argentinos. Sus hallazgos ratifican que los médicos latinoamericanos también se encuentran expuestos: (10)

- El 45,4% de los médicos encuestados reportó haber sufrido algún tipo de agresión

- El 52,4% sufrieron agresiones verbales provenientes de pacientes (23%) o familiares (29,4%)

- El 2,2% (662 médicos) reportó haber sufrido alguna vez agresión física proveniente de pacientes (1,3%) o familiares (0,9%)

- Quienes se dedican a emergencias muestran un exceso de agresiones respecto de otras especialidades.



Nuestros colegas uruguayos no parecen pasarla mejor: un estudio realizado para la Jornada Nacional de Residentes Médicos de 2007, informó que el 70% de los residentes sufrieron algún tipo de

agresión por parte de los enfermos o de sus familiares, a lo largo de su ejercicio (tirones de cabello, insultos, empujones, golpes de puño o puntapiés). (13)

Causas de las agresiones

El fenómeno de la violencia contra los profesionales de la salud es multifactorial. No se trata de un problema individual ni aislado, sino más bien de un problema estructural y estratégico que tiene sus raíces en factores sociales, económicos, organizacionales y culturales. Cada vez más, la violencia doméstica y la violencia callejera pasan a las instituciones de salud. Las carencias estructurales de los sistemas de atención, la fácil accesibilidad a las armas, el abuso de sustancias ilícitas, la pobreza, la marginación y la discriminación han sido citadas como posibles factores contribuyentes o precipitantes. (2)

Un sistema sanitario cada vez más complejo y un paciente cada vez más informado, más autónomo y más exigente han determinado que la relación médico-paciente, en permanente evolución, haya experimentado un cambio en los últimos años al que ni uno ni otro han sabido adaptarse. Las pequeñas frustraciones de la vida diaria se acumulan y los mecanismos de adaptación a las situaciones de conflicto fallan. (13) Los largos tiempos de espera, la falta de infraestructura y de insumos, la insatisfacción con los tratamientos, el escaso tiempo de la consulta y la deficiencia en la comunicación ubican a menudo a pacientes y médicos en el lugar de víctimas de un sistema sobre el que no ejercen el control. Frecuentemente el profesional de la salud queda expuesto como la cara visible de una organización deficiente y es el que recibe las quejas y muchas veces las agresiones de pacientes o allegados que perciben muchas situaciones como injustas.

Entre los factores causales y situaciones “gatillo” mencionados por los distintos trabajos se mencionan: (2) (5) (6) (13)

·Sobrecarga laboral de los médicos, obligados a ver un número excesivo de pacientes para mantener un

ingreso decoroso. Esto se traduce en la falta del tiempo necesario para establecer una relación y examinar al paciente.

·Despersonalización del acto médico. Deterioro de la relación médico-paciente. Falta de libertad en la elección del profesional.

·Proletarización de los “trabajadores de la salud”, el cual es visto como un proveedor más de “servicios”. Desaparición del prestigio y la jerarquía social del médico

·Demoras en la atención “urgente”, en guardias, y servicios de emergencia domiciliaria.

·Retraso en los plazos para estudios complementarios, cirugías y procedimientos programados.

·Falta de infraestructura e insumos. Carencias estructurales del sistema de salud.

·Problemas de cobertura. Factores económicos

·Negativa por parte de la sociedad a considerar la muerte como parte ineludible del ciclo de la vida. Expectativas desmesuradas y poco realistas.

·Falta de aceptación por parte de los pacientes y/o de sus familias de los riesgos inherentes a cualquier procedimiento invasivo.

·Enfermos psiquiátricos o adictos a drogas o alcohol. Antecedentes de violencia.

·Situaciones de angustia por parte del agresor ante una falta de información sobre la situación de un familiar grave (se ve más en urgencias)

·Situaciones en las que el agresor ve frustradas sus expectativas de alcanzar un beneficio directo o indirecto (recetas, exámenes, autorizaciones, certificados etc.), y en los que entiende que una negativa por parte del médico es un atentado a sus “derechos consolidados”.

¿Qué hacer? Algunas recomendaciones

Exceden los objetivos de este artículo el análisis de las soluciones a la violencia desde la perspectiva de quienes diseñan las políticas sociales y sanitarias. En la mayoría de los conflictos violentos subyacen frustraciones profundas, tanto de los pacientes como de los profesionales y la modificación de este escenario dependerá de la toma de conciencia del problema por parte de los dirigentes, tanto del sector público como del privado.

Mientras tanto, las agresiones contra médicos, enfermeras y personal auxiliar continúan y algo debe hacerse en el día a día, mientras se esperan soluciones de fondo. Para minimizar el impacto de las agresiones, se han descrito medidas a nivel institucional y recomendaciones puntuales a los médicos y otros profesionales de la salud para que aprendan a reconocer situaciones peligrosas y sepan qué hacer frente a pacientes agresivos.

a) Recomendaciones a nivel institucional (2) (6) (13)

·Realizar una declaración explícita y visible de que no se tolerará ningún comportamiento violento o que intencionalmente engendre violencia.

·Garantizar la presencia del personal sanitario necesario para una adecuada atención, en cantidad y calidad, en particular en las unidades de admisión, de urgencias o de cuidados intensivos, en los períodos de mayor actividad, durante los traslados de los pacientes, en las horas de almuerzo y cena y por la noche.

·Recopilar, distribuir, exponer y aplicar protocolos o códigos de conducta en los que se expliquen las obligaciones y derechos de los pacientes y de los amigos y parientes.

·Mejorar las prácticas laborales:

-La afluencia de los pacientes y la planificación de los turnos deben adaptarse a las necesidades y los recursos

-Deben evitarse las aglomeraciones

-Los tiempos de espera deben reducirse al mínimo.

-Deben concederse a los profesionales márgenes de flexibilidad para que los pacientes no interpre-

ten las normas y las políticas como obligaciones o limitaciones intolerables.

-Deben preverse tiempos de descanso adecuados.

-Deben evitarse horarios de trabajo demasiado prolongados.

-Se debe brindar información acerca de las demoras a los pacientes que esperan en la guardia.

·Mejorar el entorno físico

-Debe reducirse al mínimo el número de los sectores de acceso del público a las instalaciones de salud.

-El acceso del público a la instalación principal debe estar regulado según protocolos acordados.

-Deben instalarse servicios de seguridad en la entrada principal, cerca del camino de paso de los visitantes y en los departamentos de urgencias.

-En los sectores potencialmente peligrosos, deberán instalarse cámaras de vigilancia

-Considere la instalación de un sistema de detector de metales, especialmente en centros ubicados en zonas de alta criminalidad.

-La sala de espera debe ser lo más cómoda posible, con suficiente cantidad de asientos. Debe reducirse al mínimo el aburrimiento mediante actividades (por ejemplo, facilitando materiales de lectura, televisión, juguetes para los niños.)

-Las salas de tratamiento deben tener dos salidas y, si ello no es posible, han de estar dispuestas de tal manera que permitan una salida fácil.

-Cuando los riesgos son claros o previsibles, deben facilitarse a los trabajadores sistemas de alarma como teléfonos, buscapersonas y radios de onda corta para que, en caso de algún problema, alerten a otros compañeros o se lo comuniquen.

-Se aconseja emplear sistemas silenciosos para evitar la reacción del agresor. Si no se dispone de estos sistemas, la víctima no debe utilizar los que tenga antes de que se haya marchado el agresor, para evitar reacciones violentas de éste.

-Debe disponerse de un sistema de respuesta fiable para cuando se dispare la alarma

-Se debe garantizar que el personal de seguridad contratado se encuentre entrenado para contener físicamente a los pacientes violentos.

·Capacitar al personal en forma continua

- Definición de violencia
- Política y soporte de la institución
- Identificación de posibles situaciones de violencia
- Técnicas de comunicación
- Cómo responder ante una agresión
- Procedimientos de denuncias de agresiones.

·Desarrollar un plan de respuesta: la dirección de la institución debe preparar de antemano los planes para tratar las agresiones contra los profesionales y ayudar a todos los afectados por ella.

·Desarrollar un sistema de notificación y registro. Todos los trabajadores deben saber cómo y donde reportar estos incidentes, sin miedo a las represalias ni a las críticas. Los informes de esos incidentes deben examinarse periódicamente como indicadores para mejorar las medidas de seguridad aplicadas en el trabajo.

b) Recomendaciones a nivel individual. Qué hacer ante un paciente agresivo. (13) (14) (15)

Si las situaciones de conflicto y de riesgo de agresión no se reconocen, no es posible reconducirlas y actuar anticipadamente. El médico debe saber observar la comunicación no verbal del individuo, como son los cambios del tono de voz, la actitud contenida, la situación de sus manos, la mirada fija sin parpadeo, con fijación de la cabeza, palidez, sudoración, inquietud motora, repetición de frases.... En esas condiciones, la agresión física puede surgir en cualquier momento, por lo que se han de tomar siempre las medidas preventivas para eso no suceda. Esto debe incluir el tener prevista una salida de escape físico de la situación.

Cuando un paciente no tiene razón, no debe dársela o al menos no puede salir de la consulta con la sensación de que se la ha dado. Siempre que sea posible, se le debe transmitir el mensaje de que, en todo caso, consideramos su petición pero que nuestra conducta no se modificará por su agresividad. Ha de comprender con toda claridad que ese tipo de conductas son estériles.

El médico debe, en todo caso, evitar el choque con el paciente, estar en actitud de escuchar, no

mostrar temor en ningún momento, mantenerse relajado pero al mismo tiempo razonando y acotando las reacciones del paciente. Las respuestas a las personas violentas deben expresar el deseo de ayudar, pero también deben establecer límites para ese tipo de conducta. Perder de vista estos objetivos aumenta el riesgo de violencia. Pueden emplearse en ese sentido dos técnicas:

·La empatía, que es la capacidad para comprender emociones y sentimientos de otra persona. No significa en absoluto aceptar la agresividad del paciente.

·El señalamiento, que consiste en hacer evidente al paciente o a su familiar su actitud o conducta incorrecta

Del empleo simultáneo de estas técnicas, junto con el autocontrol del propio profesional, dependerá su habilidad para no responder con agresividad a la agresividad que recibe, escalando el problema. El médico debe saber dirigirse al paciente con serenidad, más como un protector que en plan autoritario. El paciente (salvo el intoxicado o psiquiátrico) suele responder adecuadamente a un contacto interpersonal no provocativo. Puede solicitar ayuda a un compañero para que se integre a la entrevista con el fin de que contribuya a solucionar el motivo de la tensión. En los casos de deficiencias del sistema, debe informarse dónde deben derivar sus quejas, ya que la solución no está en manos del médico o la enfermera.

Si a pesar de todo lo anterior ha sido imposible reconducir la situación y evitar la escalada de violencia y la situación peligrosa persiste, no debe insistir. Busque la forma de abandonar el consultorio y reclame la intervención del personal de seguridad, si lo hay, o de otros trabajadores. A veces estas “demostraciones de fuerza” son suficientes para calmar al paciente o al familiar dejándoles claro que el hospital puede controlarlos. Por otra parte, la presencia cercana del personal de seguridad aumenta la sensación de protección del personal sanitario y su confianza en el manejo de situaciones difíciles.

Si el agresor efectivamente recurre a la violencia física, el personal agredido debe concentrarse en su protección personal. Debe escapar de ser

posible y no tratar de contener físicamente al paciente por su cuenta. No debe asumir conductas "heroicas". Se debe dejar que sea el personal de seguridad, específicamente entrenado y contratado para manejar estas situaciones quienes contengan físicamente al paciente. Si el agresor tiene un arma, debe tratar de que la entregue, pero no intentar quitársela. Busque salir de la escena lo antes posible.

Debe tenerse siempre presente que si un paciente ataca y el mismo resulta herido, la institución médica puede ser hallada responsable. El agresor debería poder ser inmovilizado con mínima fuerza, debiéndose disponer del suficiente número de guardias de seguridad como para someter físicamente al paciente sin producirle lesiones.

La denuncia y el apoyo luego del incidente violento

Muchos actos de violencia por parte de los pacientes o sus familiares no son denunciados, y el subregistro de este tipo de incidentes es un problema generalizado, particularmente entre los médicos. La mayoría de las veces, el personal tiende a minimizar la seriedad de estos episodios, considerando a las agresiones como una parte "natural" del trabajo. Muchos empleados pueden temer que sus jefes los culpen por un mal manejo de la situación, otros aducen falta de tiempo o temor a represalias y la mayoría desconoce las vías para denunciar estos hechos.

Los sistemas de información y registro son esenciales para identificar los lugares de trabajo y las actividades en que la violencia puede plantear problemas. Deben comunicarse y registrarse todos los incidentes que impliquen violencia física o psicológica, y aún los incidentes menores, aunque no hayan causado daño. (2)

La dirección debe establecer procedimientos de denuncia y, para reducir los temores planteados, la norma institucional debería aclarar que no se tolerará ningún tipo de discriminación o represalia contra las víctimas o denunciantes de hechos violentos. Todos los reportes deben ser analizados

y deben gatillar acciones inmediatas y de mediano plazo. La falta de seguimiento y feedback por parte de las autoridades aumentará el subregistro.

Todos los trabajadores deben saber cómo y dónde deben informar. Ha de prepararse un formulario con el fin de obtener la siguiente información: (2)

- dónde ha ocurrido el incidente, con descripción del entorno físico.
- fecha y hora
- actividad en el momento del incidente
- detalles de la víctima
- detalles del supuesto autor
- relación entre la víctima y el supuesto autor
- relato de lo sucedido
- resultado
- medidas adoptadas después del incidente
- eficacia de esas medidas
- recomendaciones para impedir que se produzcan en el futuro incidentes similares

Como apéndice de este artículo, se presenta el modelo de formulario de denuncia presentado por el Sindicato Médico de Uruguay, aprobado en el año 2009 por la Comisión Interinstitucional para la Violencia en Salud,

En el caso de que haya habido lesiones, se puede solicitar la certificación para la valoración de las mismas a un médico, quien emitirá un informe lo más detallado posible en cuanto a las lesiones sufridas y al tratamiento pautado. El incidente no sólo debería ser denunciado al responsable del centro de atención de salud sino también al entidad gremial respectiva. Tanto uno como otro iniciarán los procedimientos propios de cada institución, entre los cuales se incluyen la eventual denuncia a la aseguradora de riesgos del trabajo, a la seccional policial y, de corresponder, a la Justicia. En estas instancias debe contarse con asesoramiento legal especializado.

El apoyo a la víctima de la violencia también resulta fundamental en esta etapa. Los efectos psicológicos para el profesional suelen ser importantes y la recuperación después de la violencia en el trabajo puede necesitar un largo período de rehabilitación.

Durante todo este tiempo, debe recibir atención psicológica y apoyo informal. Hay que darle tiempo para la recuperación, pero también animarlo a volver al trabajo. Al principio no debería someterse al trabajador a una presión excesiva; y puede ser que la flexibilidad en forma de trabajo a tiempo parcial, tareas diferentes, o el apoyo a un compañero permita al profesional agredido recuperar la confianza. Para las víctimas de la violencia en el trabajo es importante que, cuando vuelvan a él, se sientan en ese entorno seguros contra toda violencia física o psicológica. ■ <<<

Bibliografía

1. Infobae. 20 de octubre de 2010.
2. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud e Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra, 2002
3. Nordin H. (1995). Solna. Sistema de información sobre las lesiones en el trabajo. Consejo sueco de salud y seguridad en el trabajo.
4. Hobbs, FDR. Fear of aggression at work among general practitioners who have suffered a previous episode of aggression. *British Journal of General Practice*, 50: 6-9. 1994
5. British Medical Association. Health Policy and Economic Research Unit. Violence at work: the experience of UK doctors. October 2003.
6. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). U.S. Department of Labor. Guidelines for preventing workplace violence for healthcare & social service workers. 2004
7. Department of Health. Campaign to stop violence against staff working in the NHS: NHS Zero Tolerance Zone. Health Service Circular 1999/266, London.
8. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 28, Issue 3. p 361-365. April 2005.
9. Warsaw LJ; Messite. J. Workplace violence: preventive and interventive strategies. *J Occup Environ Med* 1996. Oct. 38(10):993-1006
10. Braga F; Prats M, Luna D; Melamud A; Flichtentrei D. Agresiones contra médicos. *Intramed* 22 de agosto de 2005. Accesible em www.intramed.net (Investigaciones)
11. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. (2001). *Survey of Occupational Injuries and Illnesses*, 2000.
12. Hahn S; Needham I. et al. Violence against health care staff in general hospitals: An underestimated problem? *Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector*. 22-24 October 2008. Amsterdam. The Netherlands.
13. Sindicato Médico de Uruguay. Manual Frente a agresiones a los profesionales de la salud. 11 de febrero de 2009. Accesible on line <http://www.smu.org.uy/sindicales/comunicados/com-090211.htm>
14. Sindicato Médico de Uruguay. Agresiones contra médicos y practicantes. Guía de procedimientos. 11 de febrero de 2009. Accesible on line <http://www.smu.org.uy/sindicales/comunicados/com-090211.htm>
15. ECRI. Healthcare Risk Control. Violent or Suicidal Patients. Vol 4. *Mental Health* 2. Jan 1996

APÉNDICE.

MODELO DE FORMULARIO DE DENUNCIA DE AGRESIONES CONTRA MÉDICOS Y PRACTICANTES. (Sindicato Médico del Uruguay, 2009)

**AGRESIONES CONTRA MÉDICOS Y PRACTICANTES
FORMULARIO DE DENUNCIA (*)
REGISTRO****DATOS DEL DENUNCIANTE**

NOMBRES Y APELLIDOS
DOMICILIO
TELONO
CELULAR
CORREO ELECTRICO
MEDICINA GENERAL
ESPECIALIDAD (es)
Nº DE AFILIACIÓN CAJA PROFESIONAL
FECHA DE LA PRESENTE DECLARACIÓN / /

CIRCUNSTANCIA DENUNCIADA

UBICACIÓN EN EL TIEMPO
Fecha / /
Hora

TIPO DE AGRESIÓN

Insultos
Amenazas
Difamaciones
Física
Otro (señalar brevemente)

LUGAR seleccionar Otro

Calles
Departamento
Teléfono

**JERARCA INMEDIATO DEL DENUNCIANTE AL
OCURRIR LOS HECHOS**

Nombres y Apellidos
Cargo del Jeraarca
Teléfono

**FUNCIÓN DEL DENUNCIANTE AL OCURRIR LOS
HECHOS**

Seleccionar otros

TIPOLOGÍA DEL AGRESOR**ANTECEDENTES DEL AGRESOR (si se conocen)**

Antecedentes de toxicomanías
Antecedentes psiquiátricos
Enfermedad organica
Otros

CAUSAS DE LA AGRESIÓN

No recetar medicamento propuesto por el propio paciente
No indicar estudio solicitado
Tiempo en ser atendido
Discrepancias en la atención médica
Discrepancias personales
Malestar por el funcionamiento interno de la Institución
En relación con la certificación de incapacidad laboral
Emitir informes médicos no acordes con sus exigencias
Otros

TESTIGOS

Nombre y apellido	Teléfono
Nombre y apellido	Teléfono
Nombre y apellido	Teléfono

**INTERVENCION DE POLICÍA O PERSONAL DE
SEGURIDAD**

No interviene
Si interviene Policía
Seguridad Privada

**GESTIONES REALIZADAS CON POSTERIORIDAD DE
LOS HECHOS**

Se presentó denuncia:
Sí Jerarca inmediato
Instituci
Policía
Poder Judicial
Gremial
Se registró el hecho en la Historia Clínica

¿Se tramitaron diligencias previas?
Si Juzgado Expediente Nº
No

¿Se celebró Juicio?

SI ¿Fué condenatorio? Seleccionar
NO

¿Recibió apoyo o asesoramiento por parte de la Institución?

SI seleccionar
NO
Otros

¿Recibió apoyo por parte de compañeros o gremios?

SI Especificar
NO

NO

DETALLAR BREVEMENTE QUE OCURRIÓ AL PRESENTAR A DENUNCIA Y SITUACIÓN ACTUAL DEL TRÁMITE

VÍNCULO CON EL PACIENTE Y FAMILIARES

Paciente frecuente ¿Lapso aproximado en años?

Paciente circunstancial

Califique la relación con el paciente anterior al hecho

¿Existe vínculo con familiares del paciente?

Califique la relación con familiares anterior al hecho

¿HA SUFRIDO AGRESIONES PREVIAS?

SI Número de agresiones
Lugar(es)
¿Por el mismo agresor? seleccionar

NO

SE TIENE CONSTANCIA DE ANTERIORES AGRESIONES EN LA INSTITUCIÓN?

SI ¿Fueron denunciadas? seleccionar
¿Por parte del mismo agresor? seleccionar
¿Fueron denunciadas?

NO

¿SE HA IDENTIFICADO AL AGRESOR?

SI Sexo seleccionar Edad
NO

¿SIGUE ATENDIENDO PROFESIONALMENTE AL AGRESOR?

CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN

¿Existieron lesiones?

SI seleccionar Especificar

¿Existe informe de lesiones? seleccionar

¿Ha estado en tratamiento como consecuencia de las mismas?

SI Tipo de Tratamiento

NO

¿Tramitó licencia por enfermedad como consecuencia de la agresión?

SI ¿Como accidente de trabajo?
Tiempo de baja laboral: días
Motivo baja laboral:

NO

NO

¿Existieron daños materiales?

SI Especificar:

NO

MÉTODOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DEL CONFLICTO

¿TIENE COBERTURA DE SEGURO?

seleccionar

¿LE INTERESA BUSCAR UNA RECOMPOSICIÓN DEL VÍNCULO Ó UNA SOLUCIÓN DEL CONFLICTO?

seleccionar

PARA ELLO ¿ESTARÍA DISPUESTO A PROCURAR UNA SOLUCIÓN DE MEDIACIACIÓN, CONCILIACIÓN, Ó ARBITRAJE DESARROLLADA POR TÉCNICOS EN LA MATERIA?

seleccionar

Los datos de carter personal que nos facilita son reservados y serán incluidos en un fichero de tatamiento automatizado de datos, del que es titular una Comisión designada e integrada con representantes de la Academia Nacional de Medicina, la Facultad de Medicina, la Federación Médica del Interior (FEMI), el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Sociedad de Neurología del Uruguay, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y

las Sociedades Anestico Quirúrgicas (SAQ).

La finalidad del registro de información es realizar estudios estadísticos a los efectos de comunicar a las Autoridades competentes los lugares donde más riesgos existen de agresiones a profesionales, a fin de aumentar las medidas de seguridad, poder aconsejar al profesional y sensibilizar a la opinión pública.

USO DE LA REGISTRACIÓN

Lugar y fecha de recibido

Archivo Nro.

Funcionario actuante

Completar este Formulario y enviarlo por correo electrónico a: denunciaviolencia@mednet.org.uy, ó en soporte de papel a la institución gremial correspondiente.