



COLEGIO MÉDICO
SANTIAGO

ESTUDIO IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DE AGRESIONES EN EL PERSONAL DE SALUD

Departamento de Estudios
Colegio Médico de Santiago

Octubre, 2023



COLEGIO MÉDICO
SANTIAGO

Este estudio fue desarrollado por
Gerencia Salud Consultores

Elisa Heynig

Paulina Loaiza

Lear Packer

Susana Pepper

Josefina Carrasco

Daniela Saldaña

Con la contraparte del Dpto. de Estudios del Regional Santiago del Colegio Médico: **Dr. Daniel Rojo Vera** a quien agradecemos por su apoyo a lo largo de todo el estudio.

ESTUDIO IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DE AGRESIONES EN EL PERSONAL DE SALUD

Departamento de Estudios
Colegio Médico de Santiago

Octubre, 2023

Las agresiones a las y los funcionarios de salud en los centros asistenciales son resultado de un fenómeno complejo, multifactorial y de difícil abordaje, donde confluyen en distinta medida, por un lado, actos delictuales; y por otro, la respuesta de pacientes y familiares frustrados con la atención o afectados por enfermedades mentales.

Según información del Ministerio de Salud, durante 2021 se registraron 2.596 agresiones contra el personal de salud; y 6.691 en 2022, más del doble que en el periodo anterior. Se estima que en 2023 ocurren en promedio 21 de estos hechos al día, lo que de mantenerse nos llevaría a cerrar el año con un récord de más de 7 mil casos. Sin embargo, desconocemos qué porcentaje de la realidad cotidiana se refleja en estas cifras, que sólo dan cuenta de los hechos denunciados, dejando fuera las múltiples agresiones consideradas “menores” y que se han tendido a naturalizar, como los ataques verbales, que generan un daño acumulativo a la salud mental de las y los funcionarios de salud.

La llamada “Ley de Consultorio Seguro” endureció las penas para quienes agreden a funcionarios de salud en ejercicio, y planteó la obligatoriedad de la denuncia por parte de las jefaturas locales de los centros de salud, lo que ha significado un avance, sin embargo, las tasas de denuncia parecieran no estar dando cuenta de toda la realidad que se vive hoy en los centros asistenciales, de la sensación de inseguridad de los funcionarios y de las consecuencias de episodios de extrema violencia que cada vez con mayor periodicidad reportan los medios de comunicación.

Fundamental ha sido durante este tiempo el abordaje conjunto con las organizaciones locales, donde destacamos el trabajo que están haciendo hospitales y servicios de salud a través de las mesas de seguridad, buscando mecanismos para abordar el tema desde la prevención, incentivando que se hagan las denuncias, mejorando los protocolos y la infraestructura para la protección de funcionarios y pacientes. Sin duda aún falta mucho por avanzar. Se requiere

articular y fortalecer las redes con la comunidad, porque el ataque a un funcionario de la salud no puede entenderse como un hecho aislado o personal, si no como un daño a la propia comunidad que ve mermado su acceso a la atención. En el diálogo con múltiples actores, en distintas instancias, como Colegio Médico de Santiago hemos buscado entender las complejidades de este fenómeno, con el objetivo de poder aportar con propuestas concretas y efectivas, acordes a la realidad que se vive en los servicios. En este camino, una de las principales barreras ha sido la falta de información para dimensionar la profundidad del problema y dónde se deben enfocar los recursos y las medidas.

Es por esto que decidimos crear una Unidad de Estudios, a cargo del Dr. Daniel Rojo, cuya primera misión fue generar una revisión inicial, con el objeto de dimensionar el problema y conocer el estado de arte actual en términos de epidemiología, causas y medidas de prevención y mitigación de la violencia en contra del personal de salud a nivel internacional y nacional. Dicho trabajo fue publicado en abril de 2023, y nos dio la claridad para entender la necesidad de generar un estudio que nos permitiera conocer el nivel de implementación de medidas de prevención y mitigación de las agresiones en el personal de salud de centros asistenciales de la Región Metropolitana, cuyos resultados ponemos hoy a disposición de la comunidad.

Agradecemos a todas las personas e instituciones que generosamente participaron en este estudio, y nos compartieron su experiencia. Esperamos que este trabajo pueda ser un aporte para seguir avanzando en la búsqueda de soluciones.

Consejo Regional Santiago
Colegio Médico de Chile A.G.

Santiago, octubre 2023

CONTENIDO

1. Resumen Ejecutivo	8
2. Introducción	12
3. Marco conceptual, legal y de contexto	14
I. Marco Legal, normativo y otras indicaciones ministeriales	20
II. Tercer Informe de Violencia Externa (MINSAL): Datos de contexto	27
4. Diseño Metodológico y Proceso de levantamiento de información	35
I. Contacto con establecimientos	37
II. Cuestionarios y difusión	38
A. Metodología de Muestreo y Muestra	39
B. Caracterización de la Muestra	44
III. Entrevistas	48
IV. Sistematización y Análisis	51
V. Algunas consideraciones sobre el proceso y la muestra	52
5. Resultados del Estudio	56
I. Parte 1: Gestión Institucional	57
A. A nivel del MINSAL	57
B. A nivel de los Organismos Administradores de la Ley 16.744 (OAL)	59
C. A nivel de las Direcciones de Servicios de Salud	61
D. A nivel de los Establecimientos de Salud	63
II. Parte 2: Elaboración del Protocolo	65
III. Parte 3: Difusión del Protocolo	67
IV. Parte 4: Implementación del Protocolo	74
V. Parte 5: Medidas de Prevención y Mitigación de Agresiones	78
E. Medidas de trabajo con la comunidad	79
F. Medidas de mejoramiento interno	83
G. Medidas de Seguridad	88
VI. Parte 6: Experiencia del Personal de Salud	91
H. Uso y percepción del Protocolo según el cuestionario a PTS	91
VII. Parte 7: Matriz de Haddon	102
6. Conclusiones y Recomendaciones.	108
I. En relación al MINSAL	109
II. En relación a los Organismos Administradores de la Ley	110
III. En relación a las Direcciones de Servicios de Salud	111
IV. En relación a los Establecimientos de salud	112
7. Bibliografía	116
8. Anexos	118
I. Anexo 1: Descripción de cada Servicio de Salud y la Muestra obtenida	118
II. Anexo 2: Difusión encuesta a Personal de salud	133
III. Anexo 3: Pauta entrevista semi-estructurada	134
IV. Anexo 4: Matriz de Haddon	136

1. RESUMEN EJECUTIVO

El siguiente estudio, realizado por Gerencia Salud Consultores (GSC) para el Regional Santiago del Colegio Médico, busca conocer el nivel de implementación de medidas de prevención y mitigación de las agresiones en el personal de salud de establecimientos de la red pública de la Región Metropolitana (RM), de acuerdo a las normativas vigentes en estas materias, específicamente a la Norma 28 del Ministerio de Salud (MINSAL), del 2018. Para ello se considera, en primer lugar, conocer el nivel de implementación de medidas de prevención y mitigación; en segundo lugar el nivel de conocimiento del personal de la existencia de estas medidas y su percepción sobre ellas.

El presente informe comienza con un breve marco conceptual a fin de dar una aproximación al tema de la violencia en el trabajo y específicamente en el sector salud en Chile. El marco legal y normativo que rige este tema, desde la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las personas en su atención en salud (2012), que establece un marco inicial de las acciones vinculadas a la atención en salud; en el 2018 la publicación de la Norma 28 del MINSAL que enmarca, por primera vez, cómo los establecimientos de salud deben generar medidas para prevenir y mitigar agresiones al personal en salud, reconociendo un problema que afecta la salud y seguridad de las personas; la promulgación a fines del 2019, de la Ley Consultorio Seguro, N°21.188, que aumenta las penas a aquellos que cometan actos de agresión; y la Circular N°3.696 de la SUSESO, que modifica el rol que tienen los Organismos Administradores de la Ley

16.744 (OAL) en cuanto incorpora las agresiones, tanto psicológicas como físicas, dentro de la cobertura que deben ofrecer en el marco de accidentes de trabajo y el establecer medidas de intervención preventivas y de mitigación.

El MINSAL realiza, desde el 2018 y como parte de la Norma 28, el registro de agresiones al personal de salud. El último informe, que cubre el periodo 2022, muestra los datos que compila el Sistema de Reportabilidad de Agresiones al Personal de Salud, con un total de 6.156 agresiones que son analizadas en cuanto a género (siendo las mujeres las más expuestas), nivel de atención (con un 63% que ocurren en APS), tipo de agresión (un 72% verbal), entre otros aspectos. Finaliza el informe haciendo recomendaciones en torno a la prevención, reporte y gestión. En el presente estudio, se da cuenta brevemente de los resultados de este Informe.

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se desarrollaron entrevistas a referentes y expertos, desde el MINSAL, OAL y establecimientos de salud de distinto nivel de atención; el objetivo fue indagar en el proceso de elaboración e implementación del protocolo en los establecimientos, los principales obstáculos y facilitadores del proceso, las medidas de prevención y mitigación implementadas, entre otros aspectos. Se aplicó también un cuestionario, principalmente en línea, dirigido a las personas que trabajan en salud (PTS), indagando en el conocimiento del protocolo, las medidas implementadas y su percepción. Se recibió un total de 1.107 encuestas, con representatividad a nivel de los establecimientos públicos, de APS y hospitales, de la RM. El análisis de resultados se hace de manera transversal y entrelazada, respetando el anonimato y confidencialidad de las instituciones y personas participantes, haciendo el análisis cuantitativo agregado por SS.

Se aborda el contenido de los resultados en torno a distintos ámbitos asociados a la implementación del protocolo, como es el caso de la gestión institucional previa, a nivel de distintos actores involucrados (MINSAL, Organismos Administradores de la Ley 16.744, Direcciones de Servicios de Salud y Establecimientos), la elaboración, difusión e implementación efectiva del Protocolo, las medidas de prevención y mitigación de agresiones utilizadas en los distintos establecimientos; para finalizar, la experiencia del personal de salud y uso del Protocolo.

Los resultados muestran que todos los establecimientos de salud cuentan con un protocolo de acción ante agresiones del usuario externo (o está en proceso de elaboración), si bien el conocimiento de parte de las PTS no es completo, tanto de su existencia como del contenido. Las Mesas de Seguridad se encuentran establecidas y funcionando en todos los SS, aunque con diferencias en su nivel de avances y trabajo; se han implementado medidas para la prevención y mitigación de agresiones, que tienen bajo nivel de conocimiento y una percepción más bien negativa de parte de las PTS; el nivel de avance y desarrollo de estos presenta distintos niveles de avance en la Región Metropolitana (RM), presentando dificultades en términos de comunicación de riesgos y sensibilización sobre el tema, de recursos para la implementación de las medidas, de apoyos de distinta índole, entre otros aspectos.

A partir de la información recabada, se elabora una Matriz de Haddon, como método para estructurar y analizar los factores relacionados con el evento de agresión y apoyar el desarrollo de estrategias de prevención, res-

puesta y mitigación respecto a los diferentes actores relacionados con esta.

Para finalizar, se presentan las principales conclusiones y recomendaciones específicas, divididas en niveles de acuerdo el tipo de gestión y su impacto en la materia; nivel Ministerial, de Organismos Administradores de la Ley, de las Direcciones de Servicios de Salud, y finalmente a nivel de Establecimientos de Salud.

El estudio realizado representa un aporte para el abordaje del problema en el sector salud, sus fortalezas y debilidades, entregando lineamientos de aspectos que pudieran requerir mayor profundización y sugerencias en cuanto su tratamiento y futuro estudio.

Palabras Clave:

Violencia en el trabajo, agresiones externas, trabajadores de la salud, medidas de prevención y mitigación.

2. INTRODUCCIÓN

La violencia en contra de personas que trabajan en salud afecta sus derechos, su calidad de vida, su salud, su integridad y también la atención en salud que brindan a las y los usuarios. El problema es reconocido como uno multifactorial, por lo que las medidas para prevenirla y mitigar sus efectos deben considerar diversos aspectos que se interrelacionan, diferentes actores y las distintas fases temporales del evento. *“La evidencia muestra que guías integradas con retroalimentación articulada logran reducir la violencia. La norma [28] MINSAL del año 2018 para prevención y mitigación de la violencia es un paso en este sentido. Sin embargo, no existe un registro público de implementación de la norma ni una política pública nacional que coordine estos esfuerzos que posea un enfoque de gestión con retroalimentación continua.”* (Rojo Vera, 2023).

El presente estudio es solicitado por el Consejo Regional Santiago del Colegio Médico, desde su Departamento de Estudios, con el objetivo de **Conocer el nivel de implementación de medidas de prevención y mitigación de las agresiones en el personal de salud de establecimientos de la red pública y privada de la Región Metropolitana (RM), de acuerdo a las normativas vigentes en estas materias.** Se plantean como objetivos específicos: **i) cuantificar la implementación de medidas de prevención y mitigación de las agresiones en establecimientos de salud de los 6 Servicios de Salud (SS) de la RM, incluyendo la atención primaria en salud (APS) y de establecimientos de salud privados y ii) cuantificar el conocimiento a nivel del personal de salud de la existencia de**

medidas de prevención y mitigación de las agresiones, en aquellos establecimientos donde se han implementado.

Para cumplir con estos objetivos, **Gerencia Salud Consultores (GSC)** realiza un estudio exploratorio con metodología mixta, que permite contar con información cualitativa y cuantitativa (a través de entrevistas y encuestas) relacionada con la implementación de estas medidas. Esta información es complementada y analizada con la revisión documental en torno al tema de estudio, tanto en Chile como en el mundo. Es importante señalar que el presente informe se centra en la Norma 28 y en su implementación en los establecimientos de salud de la Región Metropolitana, no siendo objeto del estudio el fenómeno de las agresiones externas, sus causas y situación epidemiológica actual en Chile.

A continuación, se presenta el marco conceptual y legal en Chile en torno al tema de la violencia en el trabajo y específicamente en el sector salud; un breve resumen del último informe realizado por MINSAL a modo de contexto; luego, el diseño metodológico y proceso de levantamiento de información. Los resultados del estudio y su análisis se presentan por temática, integrando la información cuantitativa y cualitativa recogida según las dimensiones relevantes del estudio y su objetivo. Se elaboró una Matriz de Haddon con recomendaciones para intervenir, en distintos tiempos y agentes, levantadas de los participantes del estudio; se finaliza con conclusiones y recomendaciones.

3. MARCO CONCEPTUAL, LEGAL Y DE CONTEXTO

Violencia en el lugar de trabajo “El uso intencional de la fuerza, ya sea una amenaza de uso o el uso efectivo, contra una o más personas en circunstancias relacionadas al trabajo y que lleva o potencialmente puede llevar (con alto grado de probabilidad) a un daño, a la muerte, a daño psicológico, a desarrollo personal imperfecto o deteriorado”. (OMS)

Las actitudes y comportamientos considerados como violencia en el trabajo están determinados por el contexto social, cultural y sociopolítico, con una amplia gama de conceptos, principalmente asociados a la violencia física. En el ámbito de la salud, “El problema es tan común y frecuente que, entre trabajadores que tienen contacto diario con público vulnerable, la violencia llega a ser considerada una parte inevitable del trabajo (*Workplace Violence in the Health Sector, s. f.*)” (Rojo Vera, 2023, pg.3). Según diversos estudios, citados en el artículo mencionado de Rojo, indican a las Personas que Trabajan en Salud (PTS) como aquellas con mayores probabilidades de sufrir agresiones en su trabajo¹: “Es, a todas luces, un problema mundial que trasciende fronteras, barreras culturales, étnicas, sistemas políticos, sistemas de justicia y religiones.” (Rojo Vera, 2023, pg.5).

A partir de estudios cuantitativos en su mayoría, se han desarrollado distintos enfoques para **comprender el fenómeno de la violencia en el trabajo**. Según Elisa Ansoleaga, estos se pueden resumir en tres: **1)** la explicación de la violencia con énfasis en las características indivi-

duales del que ejerce la violencia (perpetrador) y de la víctima de ésta; **2)** la explicación de la violencia con énfasis en las características de la relación entre el perpetrador y la víctima; y **3)** la explicación de la violencia con énfasis en las características organizacionales de la institución (Ansoleaga, E. et al, 2017). Derivado de este último enfoque, se incorporan otras dimensiones desde un abordaje multicausal, donde se reconocen *condiciones o estructuras habilitantes que permiten que las agresiones ocurran, estructuras motivadoras o incentivos, bajo las cuales la agresión parece racional y justificable, por último, procesos precipitantes o circunstancias desencadenantes* de la violencia, relacionados con cambios organizacionales y/o del grupo de trabajo que pudieran generar incertidumbre o percepción de pérdida de poder (Ansoleaga, E. et al, 2017, pg. 20-21).

Identificar los **orígenes y causas** de la violencia que afecta a las PTS es complejo dada la multiplicidad de factores y dimensiones que inciden en el problema. Según Cooper y Swanson (en Rojo Vera, 2023), esta relacionado con 3 factores: **“1) Es un sector productivo que incluye enorme variedad de establecimientos con distintas formas de organización; 2) El PS² enfrenta violencia desde múltiples orígenes: usuarios, acompañantes, otros trabajadores de la salud, delincuentes externos, etc. (...); 3) El PS es sujeto de distintos tipos de violencia: alguna es intencional (ej. robo con intimidación), sin intención (ej. en la atención de un paciente con delirium), en ocasiones física (ej. empujones, mordidas), verbal y emocional (trato descortés de compañeros de labores). Basado en esto, reducir a un modelo simple las causas es inadecuado e incorrecto, debido a la existencia de orígenes múltiples de ella.”** (Rojo Vera, 2023, pg.18).

¹ “Cifras genéricas de la OMS muestran que entre el 8 al 38% de todo el PS ha sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida y, a su vez, están en mayor riesgo de ser sujetos a violencia: estudios indican que el PS posee un riesgo de agresiones de hasta 16 veces más que otros rubros (Caruso et al., 2022b; ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002; Program & California, s. f.)” (Rojo Vera, 2023, pg.13)

² Personal de salud.

Por ello se propone un **enfoque multinivel de abordaje** para entender las razones detrás de las agresiones a las PTS. El identificar y entender la interacción entre estos niveles y factores y cómo ellos se influyen, permite no sólo comprender que debe ser un tema al cual se le debe hacer frente desde múltiples dimensiones, sino también focalizar estas acciones en aquellas que puedan tener un efecto real sobre el problema. Para ello se debe tener en cuenta las características locales, con el diseño de acciones que tengan pertinencia territorial y para las personas a quienes afecte. Por otro lado, la necesidad de contar con medidas que contemplen diversos sectores y actores, de forma coordinada y con evaluación constante de los resultados que se obtienen con la implementación de éstas.

Rojo Vera destaca que “otros posibles factores que mostraron evidencia en estudios transversales tales como: Trabajar solo, personal con estrés laboral y con pocas competencias, falta de habilidades comunicacionales, infraestructura hospitalaria poco acogedora, excesivas expectativas por parte del paciente y acompañantes respecto a la atención de salud y solución a sus problemas, tiempos de espera prolongados, salas de espera incómodas y atochadas, interacciones en las cuales el paciente espera recibir documentos tipo licencia de reposo, entre otros (Alameddine et al., 2015; Cooper & Swanson, 2002; Ferri et al., 2016; Spelten et al., 2020b).” (pg.22).

Modelo básico conceptual de las causas de la violencia en contra de las PTS



Diagrama nº1

Fuente: adaptado de Cooper y Swanson, 2002, en base a Rojo Vera, 2023.

Los **efectos** de las agresiones van más allá del momento mismo de la exposición, “tanto físicas y algunas veces más aún importantes, psicológicas y en la moral. Esto puede llevar a influir no solo en el trabajador, sino que también en su familia y relaciones sociales, junto a tener impacto en la atención de salud misma y, a la larga, en la sociedad completa (Caruso et al., 2022c; Cooper & Swanson, 2002).” (Rojo Vera, pg.25). Las consecuencias se pueden categorizar en tres niveles: **individual**, en la esfera psíquica, con reacciones de estrés agudo, conductas de riesgo, burnout³ y desórdenes psiquiátricos. También tiene un impacto sobre el ausentismo laboral, falta de autovaloración, renuncia o cambio de rubro laboral, pensamientos de que la violencia es parte del trabajo, un problema fortuito o de ‘mala suerte’, donde no tiene sentido reclamar ni denunciar porque nada ocurre. Sobre la **interacción con el usuario**: con una baja en la calidad y seguridad de la atención que se le brinda al paciente, un cambio de actitud y “aumento de la medicina defensiva (aumento de prescripciones innecesarias, derivaciones no atingentes y aumento de exámenes complementarios)” (Rojo Vera, 2023, pg.27) con el consecuente aumento del costo de la atención para el sistema y el paciente. Por último, a nivel **comunitario y social**: por los efectos que tienen las consecuencias antes mencionadas, que se reflejan en ausentismo, aumento de costos y alta rotación de PTS, con mayor relevancia en APS.

Como mencionado anteriormente, la **intervención** sobre los factores que inciden debe ser en distintos niveles, que algunos autores, identifican como aquellos estructurales y/o organizacionales y los factores personales. Otro método de análisis es el uso de la matriz de Haddon, que toma los incumbentes: la víctima, el agente agre-

sor, el ambiente físico y el ambiente social; y la temporalidad: pre-evento (para identificar medidas de prevención primaria), evento (prevención secundaria) y post-evento (prevención terciaria). Así también, los tipos de intervención pueden ser en educación y entrenamiento, intervenciones organizacionales y de diseño del lugar de trabajo.

Las guías de recomendaciones y políticas públicas para prevenir y limitar la violencia contra las PTS, que fueron analizadas por Rojo Vera (2023) plantean un abordaje multidimensional, con un enfoque de gestión de riesgos que incluye como meta el lograr un cambio de actitud en los usuarios. Para ello las estrategias implican la identificación del problema, la cuantificación del riesgo, la reducción de éste y la evaluación de efectividad de aquello que fue implementado. Las directrices identifican 5 aspectos clave para su diseño: esta deber ser elaborada de forma participativa con las y los trabajadores, con una mirada de género (especialmente relevante en el campo del trabajo en salud), sensible a las diferencias culturales (con pertinencia territorial), sin discriminación y con una gestión sistematizada (Rojo Vera, 2023).

Como contexto, a continuación, se menciona el marco legal y normativo, junto con otras indicaciones que se han entregado desde el nivel central, de forma cronológica. Esto permite tener también una idea de los énfasis que se han puesto desde lo normativo, sobre el tema de las agresiones al personal de salud.

³ Término acuñado en la década de los 70, para referirse a un “síndrome asociado al desgaste profesional de las personas que trabajan en sectores de servicio, donde el contacto con los usuarios es habitual y constante. (...) En tanto, al ser el Burnout una respuesta extrema al estrés crónico laboral presenta repercusiones en cada individuo, afectando aspectos organizacionales y sociales, siendo identificado como un síndrome tridimensional, puesto que se compone de cansancio emocional, despersonalización en el trato con clientes/usuarios y la dificultad para el logro/realización personal (Martínez, 2010). Así, esta afectación psicológica abarca la totalidad del funcionamiento de una persona, disminuyendo sus niveles productivos y la percepción respecto de su trabajo.” (Poblete y Jiménez, 2022, pg.254).

I. MARCO LEGAL, NORMATIVO Y OTRAS INDICACIONES MINISTERIALES

Ley 20.584 (Derechos y Deberes) y la Ley 18.834 (Estatuto Administrativo).

Ley que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, que *“habla del derecho a recibir asistencia en caso de accidente en actos de servicio, así como tratos vejatorios, degradantes o maltratos por parte de pacientes, usuarios o cualquier persona ajena al establecimiento. Esta ley se aplica en conjunto con la ley del Ministerio del Interior N° 18.834, en el artículo 90 del decreto de fuerza de ley N°29, del año 2004, la cual en su Título IV sobre los derechos de los funcionarios, habla del derecho a ser defendidos y a exigir a la institución a la que pertenecen, persiga la responsabilidad civil y criminal de las personas que atenten contra su vida o su integridad corporal.”* (MINSAL, Tercer Informe Violencia Externa en Redes Asistenciales. Periodo 2022).

Norma 28 del Ministerio de Salud.

En Chile, el 2018 el Ministerio de Salud (MINSAL) emite la Norma General Administrativa N°28⁴: que aborda las agresiones al personal de atención en establecimientos de salud. Esta *“pretende ser un antecedente a tener a consideración para enfrentar el tema de agresiones a profesionales de la salud ocurridas dentro de un establecimiento de salud”* con el objetivo de establecer un marco de acción para hacer frente a las agresiones físicas y verbales a PTS que provengan de parte de usuarios externos (pacientes y sus acompañantes).

En esta se definen situaciones de riesgo de agresión en la atención en salud, los distintos instrumentos que hay en Chile para la evaluación del riesgo de agresiones (con el Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo, que utilizaba, al momento de publicación de la Norma, el instrumento SUSESO ISTAS-21⁵), los tipos de agresiones que pueden existir dentro de un establecimiento de salud, las medidas de prevención de agresiones (trabajo con la comunidad y mejoramiento interno) y la población objetivo de estas medidas (personal sanitario, no sanitario y comunidad).

Luego se presenta un Protocolo de actuación ante situaciones de agresión, que *“será divulgado entre los trabajadores del establecimiento y deberá contar con un fuerte apoyo y compromiso, tanto por parte de los dirigentes de la institución como de los mandos intermedios, lo que garantizará un conocimiento generalizado del circuito y una implicación de todos los trabajadores en el proceso”* (Norma 28, pg.9). Se recomienda la implementación de medidas de seguridad (pasivas y activas), el protocolo frente a situaciones de violencia y agresiones, tanto verbal como física, así como de destrucción efectiva de propiedad privada y de miembros del equipo de salud. También define los roles y responsabilidades administrativas, tanto a la dirección del establecimiento como a la unidad de salud funcionaria de los SS.

⁴ Aprobada por Resolución Exenta N°408, del 4 de abril del 2018.

⁵ Este instrumento y protocolo ha sido actualizado en agosto del 2022 por parte del MINSAL y a partir de enero del 2023, se utiliza el “Cuestionario de Evaluación del Ambiente Laboral – Salud Mental/SUSESO” (CEAL-SM/SUSESO), que precisamente incorpora la dimensión de confianza y justicia organizacional, vulnerabilidad y de violencia y acoso. https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/empresa/8-factores-psicosociales/2-normativa/2022-11-10_protocolo-psicosocial.pdf?sfvrsn=f1412e26_2

Resolución Exenta N°1063.

Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión y Desarrollo de las Personas. 20 de noviembre del 2018. (Memorandum C34/N°73: *Envía resolución sobre constitución de Mesa de Seguridad sobre Prevención y Tratamiento de las Agresiones a los Trabajadores del Sistema Público de Salud en los Servicios de Salud de la Red*). Reconociendo a las PTS como aquellas que presentan un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia debido al estrecho contacto con usuarios; estableciendo que ésta atenta contra la dignidad y los derechos de las PTS, así como una amenaza a la eficiencia y el éxito de las organizaciones; que se ha dictado la Norma Administrativa N°28; se mandata la creación de una *Mesa de Seguridad sobre Prevención y Tratamiento de las Agresiones a los Trabajadores del Sistema Público de Salud*, en cada Servicio de Salud del País. Se instruye a los Directores de SS la obligación de garantizar el funcionamiento de la Mesa, establece los miembros que a lo menos deberán ser los integrantes, establecer las normas de funcionamiento de esta y sus objetivos (especificando las materias mínimas que deberá abordar) y el nombramiento de un profesional como punto focal del SS en los temas relacionados.

Ley Consultorio Seguro (N° 21.188).

Promulgada en diciembre del 2019, modifica algunos artículos del código penal y la Ley 20.584 de Deberes y Derechos de los pacientes, con un enfoque punitivo de aumento de penas en casos de agresión a las PTS⁶.

Ordinario N°C34 / 910.

Subsecretaría de Redes Asistenciales, Dpto. de Relaciones Laborales. 30 de marzo del 2021. Comunica actualización del nuevo formato de reportabilidad para eventos de Violencia Externa o agresiones a funcionarios de la salud a causa o con ocasión del desempeño de sus funciones. Esto con el objetivo de optimizar la calidad de los datos para el registro pertinente y oportuno de retroalimentación y toma de decisiones en la Red Asistencial. El nuevo sistema de reportabilidad comprende: 1) una nueva planilla de reportabilidad desde los SS, 2) un instructivo de cada uno de los campos que se deben llenar, 3) el Formulario de Notificación de Agresiones hacia los Funcionarios y Funcionarias de la Salud Pública (FAF) que permite el respaldo físico, 4) actividad de capacitación para el registro, dirigido al conjunto de referentes de Violencia Externa, 5) Programa de Capacitación: “conjunto de actividades, organizadas en niveles de complejidad, secuenciales y de amplitud creciente para las cuales se gestionarán de acuerdo a los recursos disponibles y que serán diseñadas bajo la lógica de una “línea formativa” que fortalezca competencias que contribuyan a la gestión de la relación usuario–funcionario para incidir en el [sic] prevención, control, mitigación y eliminación de los eventos de violencia externa.”, 6) un conjunto de referentes de la relación usuario–funcionario para eventos de violencia externa: 29 profesionales designados como Referentes Técnicos a nivel de SS (Rex N°1063), profesional referente en los establecimientos dependientes de los SS, a través de la Mesa de Seguridad, en coordinación con la Municipalidad, se nombrará un referente por comuna; todos estos referentes para apoyar el sistema de reportabilidad, 7) Fecha de reportabilidad (último viernes de la primera semana de cada mes).

⁶ Según Rojo Vera, “el único momento de la elaboración del texto [una intervención del Senador Harboe que menciona la necesidad de incluir medidas preventivas y pregunta cuál será el rol del MINSAL y del Ministerio de Interior en esto] que luego cumplió sus trámites constitucionales en el cual se mencionó que existen otras medidas para prevenir la violencia, más allá del castigo punitivo y esperar la disuasión de la agresión por la existencia de estas penas. Si bien es posible encontrar evidencia de nivel de calidad baja con respecto a la disminución de agresiones por aumento de penas, el enfrentamiento de la violencia en contra del PS es necesariamente integral en medidas debido al origen multifactorial del problema.” (Rojo Vera, 2023, pg42).

Ordinario N°C34 / 378

Subsecretaría de Redes Asistenciales, Dpto. de Relaciones Laborales. 1 de febrero del 2022. *Hacerse parte en las querellas cuando los funcionarios y funcionarias de salud sean objeto de violencia externa.* Comunica las modificaciones que hace la Ley Consultorio Seguro (N° 21.188), y las modificaciones que introduce en la Ley N° 20.584, con lo que solicita a los Directores de los SS a nivel nacional a que, en caso de agresiones a funcionarias/os, “*deberá hacerse parte de las querellas y/o querellarse directamente y, en segundo lugar, representar al funcionario o funcionaria agredida jurídicamente en sede judicial de acuerdo a lo preceptuado en referidas normas*”.

Ordinario N°C34 / 1623.

Subsecretaría de Redes Asistenciales, Gabinete. 19 de mayo del 2022. *Solicita fortalecer y relevar el trabajo de la Mesa de Seguridad de los Servicios de Salud del país y algunas orientaciones.* Solicita maximizar los esfuerzos para potenciar el desarrollo de las Mesas de Seguridad (REX N°1063), “*poniendo especial énfasis en el objetivo de la rehabilitación y recuperación del funcionario o funcionaria*”. Para ello solicita activar las Mesas de Seguridad de los SS “*en carácter de urgencia*”, citando a reunión e informando al nivel central de los avances y acciones a más tardar el 30 de mayo del 2022.

Ordinario N°C34 / 3386.

Subsecretaría de Redes Asistenciales, Dpto. de Relaciones Laborales. 21 de septiembre del 2022. Acuerdo de colaboración de los CAVD de la Subsecretaría Prevención del Delito; fortalecimiento del trabajo de la Mesa de Seguridad. Comunica el convenio de colaboración suscrito, “*con la finalidad de tener una alternativa a conside-*

rar, en caso que las circunstancias lo ameriten, en acceder a las prestaciones que brindan los Centros de Apoyo a Víctimas de Delitos Violentos” (CAVD). Por lo cual solicita incluir en los protocolos actuales que abordan la prevención y tratamiento de agresiones a PTS, la coordinación entre ambas instituciones en la derivación oportuna a las víctimas que, por sus circunstancias requieran de atención en salud mental de forma urgente y esta no pueda ser provista por el mismo. El SS debe designar a la persona que será la contraparte técnica del convenio. Insta también a levantar y registrar los hechos para poder dimensionar la magnitud del fenómeno “*para un adecuado diagnóstico de este fenómeno, y con ello proponer y aplicar políticas públicas eficientes y eficaces orientadas a erradicar la violencia de la organización de la cual están siendo objetos las y los trabajadores de la salud*”. Para ello informa sobre la disponibilidad de la plataforma para la reportabilidad de los eventos. Finalmente, releva la instancia de la Mesa de Seguridad como “*eje de trabajo estratégico de la organización, poniendo especial énfasis en el objetivo de la rehabilitación y recuperación del funcionario o funcionaria*”.

Circular N°3.696.

Superintendencia de Seguridad Social. 30 de septiembre de 2022. “*Atención en salud mental y programa de intervención temprana.*” Modifica el Título II. Calificación de accidentes del trabajo, del Libro III. Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes y el Título I. Generalidades, del Libro V. Prestaciones médicas, ambos del compendio de normas del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la ley N° 16.744. Vigente desde el 1° marzo 2023. Incorporase un nuevo párrafo en la definición de accidente de trabajo, que este “*puede ser de naturaleza física y/o psíquica*”; incorpora en violencia laboral las situaciones de Violencia tipo 1 (sin relación laboral, por ej: un robo), Violencia tipo 2: donde hay relación entre autor/a y víctima mientras se ofrece un servicio (donde incluye al personal socio-sanitario entre otros) y Violencia tipo 3: hay algún tipo de implicación laboral entre el agresor/a y su víctima; e incluye también las prestaciones de rehabilitación tanto psíquica como física. Por otro lado, define el Programa de intervención temprana que deberán tener los OAL, “*cuyo objetivo será otorgar la primera respuesta para evaluar y mitigar el impacto emocional y cognitivo de un incidente cuya conse-*

cuencia es exclusivamente de carácter psíquico”, estableciendo los elementos mínimos con los cuales deberá contar, los protocolos de derivación, el registro de toda la información necesaria para caracterizar la siniestralidad para ejecutar “*articuladamente*” acciones preventivas específicas y focalizadas en terreno, incorporando criterios de equidad de género; y el registro electrónico de atenciones.

Oficio N°14.542.

Ministerio del Interior y Seguridad Pública. 31 de mayo de 2023. Dirigido a Delegados Presidenciales regionales y provinciales. Informa de sesión de trabajo conjunto con el MINSAL, Parlamentarios, COLMED y representantes de gremios de la salud, que acordaron la conformación a nivel Regional y Provincial de mesas de trabajo intersectoriales para implementar planes periódicos continuos de seguridad en los SS y APS Municipal, a nivel nacional. El Oficio instruye disponer de la dictación de resoluciones y/o instrucciones que estimen necesarias para la constitución de estas mesas de trabajo a nivel Provincial. Estas deben sesionar a lo menos una vez cada treinta días y deben estar conformadas por: delegado/a presidencial y respectivos delegados provinciales, Directores de SS, un alcalde/sa en calidad de representante de la asociación de municipios de la respectiva provincia, mandos policiales del territorio, un representante del Ministerio Público, un representante de cada uno de los Gremios del Sector Salud del territorio. *“Estas mesas de trabajo tendrán la obligación de generar una instancia de coordinación interinstitucional a nivel local y de proponer un plan de seguridad en los Servicios de Salud y la Atención Primaria de Salud Municipal para el personal, instalaciones y usuarios, además del seguimiento de los planes*

que se implementen, formular propuestas de mejora y demás acciones que se determinen por los representantes y/o por instrucciones de este Ministerio, todo ello con mecanismos de reportabilidad permanente a la Subsecretaría del Interior”.

II. TERCER INFORME DE VIOLENCIA EXTERNA (MINSAL): DATOS DE CONTEXTO

En el Tercer Informe de Violencia Externa en Redes Asistenciales realizado por el MINSAL, para el periodo 2022⁷, se presentan los datos que compila el Sistema de Reportabilidad de Agresiones al Personal de Salud (F.A.F). A continuación, se presentan los principales resultados que contiene este informe, con dos objetivos: por un lado, entregar un contexto ‘numérico’ de lo que ocurre a nivel nacional en este tema, desde lo que se registra en el sistema y presenta en el informe; por otro lado, dar cuenta de la información que registra y maneja el nivel central, en base a la cual se diseñan (o debieran diseñar) las políticas públicas, según expuesto en el marco legal presentado.

Importante resaltar nuevamente que el objetivo de este estudio es conocer el nivel de implementación de medidas de prevención y mitigación de las agresiones a PTS, de acuerdo a la normativa vigente; no el análisis del fenómeno mismo, su expresión ni causas, ni la manera en que debe ser abordado.

Para ese periodo se reportan un total de 6.156 agresiones que fueron analizadas en el citado Informe.

⁷ Elaborado por el Dpto. de Seguridad y Salud en el Trabajo, de la División de Gestión y Desarrollo de Personas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, publicado en junio del 2022. Este fue entregado directamente por el MINSAL a GSC en el marco de este estudio y no se encontró disponible en internet.

CARACTERIZACIÓN GENERAL, SISTEMA DE REPORTABILIDAD DE AGRESIONES AL PERSONAL DE SALUD (F.A.F), PERIODO 2022.

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	%
SEGÚN SEXO	MUJERES	69%
	HOMBRES	23%
SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN ⁸	HOSPITALES	33,3%
	HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD	11%
	HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD	9%
	HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD	7%
	APS	63,2%
	CESFAM	51%
	SAR	5%
SAPU	4%	
SEGÚN TIPO DE AGRESIÓN	AGRESIONES VERBALES (AV)	72,4%
	AV: INSULTOS O GARABATOS	40,9%
	AV: AMENAZAS U HOSTIGAMIENTOS	22,9%
	AV: BURLAS O DESCALIFICACIONES	7,7%
	AGRESIONES FÍSICAS (AV)	19,1%
	AF: GOLPES, PATADAS Y EMPUJONES	17,5%
	AGRESIONES CONTRA LA INFRAESTRUCTURA	2,8%
	AGRESIONES SEXUALES	1,6%

Tabla n°1

CARACTERIZACIÓN GENERAL, SISTEMA DE REPORTABILIDAD DE AGRESIONES AL PERSONAL DE SALUD (F.A.F), PERIODO 2022.

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	%
SEGÚN REGIÓN	REGIÓN METROPOLITANA	45%
	REGIÓN DEL BIO BÍO	13%
	REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	9%
SEGÚN TIPO DE AGRESOR	POR EL PACIENTE	58,4%
	POR FAMILIAR O ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE	21,8%
	POR PACIENTE DE SALUD MENTAL ⁹	10,9%
POR RANGO ETARIO	30 - 39 AÑOS	31%
	18 - 29 AÑOS	22%
	40 - 49 AÑOS	14%
	50 - 69 AÑOS	10%
	SIN INFORMACIÓN	23%
TIPO DE UNIDADES COMPARADAS	SECTOR / BOX	14%
	URGENCIA	13%
	ÁREA ATENCIÓN ABIERTA	12%
	ÁREA ATENCIÓN CERRADA	12%
	SOME	10%
	SALA ESPERA	9%
	OTRAS / SIN INFORMACIÓN	29%

Fuente: elaboración propia en base a Informe MINSAL.

Tabla n°1

En cuanto a la causa de la agresión, según la clasificación que realiza el F.A.F. según las “*categorías propuestas por el modelo de Tanahashi relacionado con las barreras de acceso a la salud*”. Se copia la tabla que se presenta en el informe ¹⁰ :

⁸ “La distribución aproximada por establecimientos según tipo es de 6.050 establecimientos entre los dependientes de SS y los dependientes de las municipalidades. De estos 45313 pertenecen a SS y 2.260 a APS municipal. En función de estas cifras, mientras en establecimientos municipales se notificó un total de 1.414 agresiones, en establecimientos dependientes de SS se notificó 929 agresiones. Dividiendo el total de casos por la cantidad de establecimientos se obtiene que en APS municipal se notificaron 0,6 agresiones por establecimiento, mientras que en establecimientos dependientes de SS 2,1 agresiones, esto es 3,3 veces más en hospitales que en APS municipal.” (Tercer Informe de Violencia Externa en Redes Asistenciales, MINSAL, periodo 2022, pg.28).

⁹ Se especifican en la Norma 28 como “Intento o Agresión Física efectiva por parte del paciente, secundario a su patología”, con un protocolo de actuación diferente y ante el cual no se presenta querrela.

¹⁰ No se pudo verificar si este dato es según la descripción que realiza la PTS agredida que realiza la denuncia o el profesional que clasifica según el relato de la persona.

CAUSA DE LA AGRESIÓN, SEGÚN MODELO TANAHASHI TERCER INFORME VIOLENCIA EXTERNA. MINSAL PERIODO 2022

CAUSAS	NÚMERO	%
OTRA CAUSA	2548	41,4%
PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN COMO IMPERSONAL Y DE MALA CALIDAD	820	13,3%
ESCASEZ DE RECURSOS, INFRAESTRUCTURA, HORAS DE ATENCIÓN DISPONIBLES Y MEDICAMENTOS	584	9,5%
DESCONFIANZA EN LOS EQUIPOS DE SALUD Y EN EL TRATAMIENTO PRESCRITO	565	9,2%
BRECHA CULTURAL ENTRE USUARIOS Y EQUIPO DE SALUD	438	7,1%
LARGAS LISTAS Y TIEMPOS DE ESPERA EXCESIVOS	404	6,6%
HORARIOS DE ATENCIÓN INADECUADOS	203	3,3%
COSTOS DE MEDICAMENTOS, CONSULTAS MÉDICAS Y EXÁMENES	26	0,4%
FALTA DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD	17	0,3%
SIN INFORMACIÓN	551	9,0%
TOTAL GENERAL	6156	100%

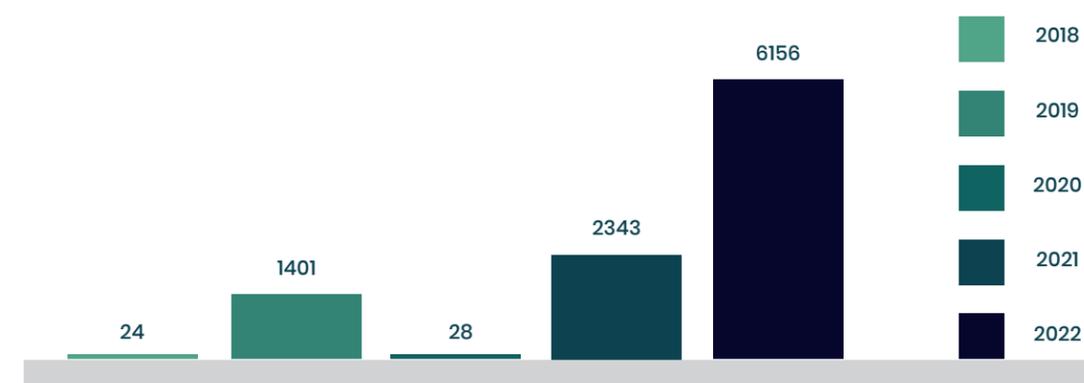
Fuente: elaboración propia en base a Informe MINSAL.

Tabla n°2

Luego el Informe del MINSAL presenta el número y distribución de agresiones por **tipo de apoyo otorgado**. En este no se especifica quién brinda el apoyo, en qué consiste este y si este tuvo algún tipo de resolución. Destaca que el 78% de los registros no tiene información. Del 22% restante, un 9% tuvo apoyo psicológico y un 7% llamada telefónica; este último pudiese referirse al servicio que ofrecen algunos OAL como primera respuesta, o respuesta en situación de crisis. Algunos establecimientos que fueron contactados para este estudio también mencionaron que ofrecían este servicio, desde el establecimiento o de la Dirección del SS. Le siguen, con 2% cada uno, el apoyo de 'asistencia jurídica' y de 'atención salud funcionaria'. En cuanto a la "Acción jurídica", un 10% consiste en realizar la denuncia, un 6% constancia y sólo un 1% la querrela o demanda.

El informe presenta conclusiones, iniciando por la constatación del aumento significativo de reportes de agresión en el 2022 (como se observa en el gráfico), que puede deberse a dos factores: *“que efectivamente se generaron más agresiones al personal de salud o, por otro lado, que mejoró el sistema de registro de las notificaciones. En este sentido, el que exista un mejor reporte permite aproximarse de mejor manera al fenómeno de la violencia externa y su comprensión. Y además, permite tomar mejores decisiones para prevenir y responder ante agresiones”*. (pg.38). Lo que sigue en recomendaciones es un resumen de lo anteriormente presentado.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE AGRESIÓN POR AÑO. PERIODO 2018 A 2022.



Fuente: elaboración propia en base a Informe MINSAL.

Gráfico n°1

Finalmente, el Informe entrega recomendaciones, en cuanto a la prevención, registro y gestión, que se resumen a continuación:

Prevención: diseño de capacitaciones sobre prevención y tratamiento; elaboración de medidas preventivas y de reparación, así como medidas específicas para abordar las agresiones una vez que éstas ocurran, con protocolos y entrenamiento para equipos más expuestos. El diseño de campañas de concientización, especialmente para las agresiones verbales que son 'normalizadas' por el personal de salud y, por ende, no notificadas.

Reporte: capacitación en aquellos SS que tienen un registro por debajo de la tasa nacional, con énfasis en el correcto llenado de todos los campos de la plataforma, a fin de evitar los "otro" y el "sin información". Capacitar en la categorización de la causa de la agresión para comprenderlas de mejor manera.

Gestión: crear protocolos específicos de actuación en unidades de atención directa y de urgencia; protocolizar las acciones legales para realizar denuncias / querelas y dar cumplimiento a la normativa legal; fortalecer el uso de CAVD con coordinación territorial; fortalecer las mesas de seguridad con profesionales (abogado, psicólogo, prevencionista de riesgos y encargado de participación). Actualizar la Norma 28, "Considerando incorporar en la lista de protocolos de actuación según tipo de agresión, aquellas situaciones que suceden de forma virtual, como el repudio y humillaciones a través de las redes sociales hacia un funcionario...". Elaborar capacitaciones y entrenamiento en competencias relacionadas con la atención hacia usuarios para disminuir el número de agresiones relacionadas con la percepción de una mala atención (13,3% de los casos según el Informe). Proteger horas profesionales de la mesa de seguridad para realizar acciones preventivas y promocionales, para favorecer el bienestar de las PTS y prevenir el desgaste.

4. DISEÑO METODOLÓGICO Y PROCESO DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

El Objetivo General del presente estudio es: Conocer el nivel de implementación de medidas de prevención y mitigación de las agresiones en el personal de salud de establecimientos de la red pública y privada de la Región Metropolitana (RM), de acuerdo a las normativas vigentes en estas materias. Los objetivos específicos son dos:

1. Cuantificar la implementación de medidas de prevención y mitigación de las agresiones en establecimientos de salud de los 6 Servicios de Salud (SS) de la RM, incluyendo la atención primaria en salud (APS) y de establecimientos de salud privados.
2. Cuantificar el conocimiento a nivel del personal de salud de la existencia de medidas de prevención y mitigación de las agresiones, en aquellos establecimientos donde se han implementado.

Para la consecución de los objetivos planteados, se diseñaron inicialmente 3 estrategias para el levantamiento de información, siguiendo una metodología mixta:

- a. **Entrevistas a actores institucionales:** Considera a referentes de los 6 Servicios de Salud, de los establecimientos de salud en distintos niveles de atención en cada SS, de establecimientos de salud privados, referente del Ministerio de Salud, de Organismos Administradores de la Ley 16.744, entre otros.
- b. **Encuesta a actores institucionales:** se diseña un cuestionario para levantar información sobre la existencia del protocolo, la implementación de las acciones de prevención o mitigación de agresiones al personal de salud, desde los establecimientos de salud.
- c. **Encuesta a personal de salud:** se diseña un cuestionario, dirigido a PTS, que indaga en el conocimiento de la persona sobre: Existencia de protocolo interno de prevención y mitigación de agresiones, Implementación

de medidas de trabajo con la comunidad y planes de mejoramiento interno (educación/entrenamiento) y Medidas de seguridad pasivas y activas.

Ambas encuestas fueron anónimas y confidenciales, así como las entrevistas que se realizaron. Por indicación del Colmed Regional Santiago, los resultados que se obtuvieron a partir del estudio serán debidamente compartidos con la autoridad pública y con aquellas instituciones y establecimientos que participaron, manteniendo siempre el principio de anonimato y confidencialidad. Este fue un punto importante para convocar a participar del estudio.

A continuación, se detalla el proceso de trabajo realizado, en función del diseño metodológico establecido, información que podría ser relevante para la implementación de futuros estudios similares.

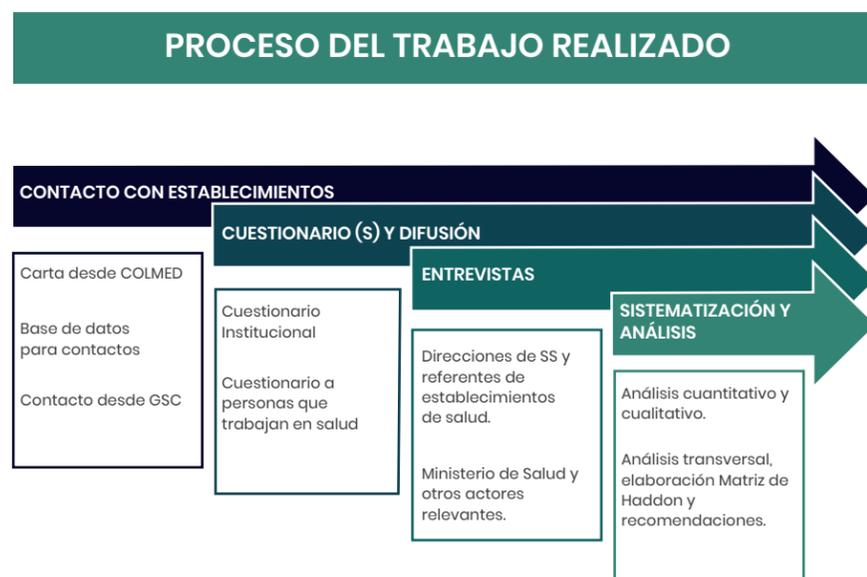


Diagrama n°2

I. CONTACTO CON ESTABLECIMIENTOS

En primera instancia, el equipo del Colmed Regional Santiago redactó y envió mediante correo electrónico una carta dirigida a los servicios de salud y establecimientos públicos y privados, y proporciona una base de datos con contactos de establecimientos de salud públicos y privados. GSC realiza el trabajo de levantamiento de información y complementa la base de datos con mails de establecimientos hospitalarios y APS de la Región Metropolitana, y envía un correo de presentación dirigido a las Direcciones de los establecimientos, indicando los objetivos de este, sus etapas y la solicitud explícita de apoyo para la realización del estudio, con el respaldo de una carta emitida por el COLMED.

Es importante mencionar que, si bien, fueron contactadas todas las Direcciones de Servicios de Salud con el fin de realizar una coordinación centralizada con los establecimientos de su red, no se obtuvo la acogida esperada y aunque se entablaron conversaciones a nivel institucional, no se logró coordinar la encuesta al personal de salud en todos los SS. En algunos casos, el contacto fue directo a los establecimientos hospitalarios y de atención primaria, logrando contar con la participación de establecimientos de todos los SS de la Región Metropolitana.

Para el caso de las Direcciones de Servicios de Salud y los establecimientos que dieron respuesta, se entablaron conversaciones a través de mails, teléfono, videoconferencias y reuniones presenciales para explicar en mayor profundidad el estudio y coordinar la aplicación del cuestionario institucional, la entrevista al representante institucional y la aplicación de la encuesta al personal de salud, tanto online como en terreno.

El contacto con los establecimientos fue realizado de forma periódica desde el inicio del estudio (segunda semana de junio) hasta 2 semanas previo a su término (fines de agosto), realizando el seguimiento a las respuestas respectivas y reiterando la solicitud de apoyo y envío de la información por medio de diferentes canales de comunicación.

II. CUESTIONARIOS Y DIFUSIÓN

Cuestionario Institucional

El cuestionario institucional corresponde a una encuesta dirigida a Establecimientos de Salud, públicos y privados, de diferentes niveles de atención, para conocer las medidas que se han implementado en los establecimientos para prevenir y/o mitigar las agresiones. Este cuestionario fue enviado a las direcciones de servicio y a los contactos que se establecieron, para ser contestado en línea por solo una persona de cada institución, y estuvo disponible durante 8 semanas.

Se envió correo, al menos en dos ocasiones, con la presentación del estudio, la carta de apoyo del Colmed Santiago y el link del cuestionario a sobre 250 establecimientos de salud, públicos y privados, así como a otros actores que pudieran remitir este a quienes correspondía. Con 200 visualizaciones de la encuesta en línea, sólo se obtuvieron 21 respuestas, por lo que no fue posible realizar un análisis del mismo que permitiera mantener el anonimato y la confidencialidad y sacar conclusiones. Sin embargo, el contenido de dichos cuestionarios fue utilizado para complementar el análisis cualitativo del estudio.

Cuestionario a Personas que Trabajan en Salud

El cuestionario a personas que trabajan en salud corresponde a una encuesta dirigida a funcionarios y funcionarias de los establecimientos de salud, con el objetivo de conocer la opinión sobre aspectos relativos a este tema, en su lugar de trabajo, y el conocimiento que tengan de

las medidas implementadas en el establecimiento. El diseño final de esta fue acordada y aprobada por la contraparte del Colmed Santiago. Esta se aplicó en línea, con una convocatoria amplia, focalizada en la Región Metropolitana (RM) (aunque no exclusiva) y de forma presencial, en establecimientos específicos.

Se desarrolló material de difusión (ver anexos) el cual fue enviado a los establecimientos para la difusión en la institución a través de los canales que suelen utilizar para ellos, y se difundió a través de LinkedIn, Whatsapp, Telegram y mail a diferentes contactos. Adicional a esto, el equipo del Colmed Santiago realizó el envío de un mail a sus colegiados de la RM, lo que contribuyó a aumentar la muestra de médicos, quienes tienden a participar poco de estas instancias.

Se logró una muestra que considera las diferencias por estamento, así como el nivel de atención, tomando la RM como universo de estudio. Para ello se definieron cuotas proporcionales a la dotación de los Servicios de Salud. Los establecimientos privados, si bien están considerados dentro del estudio, no se realizó una muestra específica de estos. La encuesta online tuvo un total 3.229 visualizaciones con 1.107 encuestas respondidas, lo que significa que el 34% que accedieron al link, contestaron.

A continuación, se presenta la metodología de muestreo, la muestra obtenida y una breve caracterización según las categorías de análisis definida.

A. METODOLOGÍA DE MUESTREO Y MUESTRA

El procedimiento para la definición de la muestra se hace a partir de la información de la Biblioteca del Congreso Nacional sobre dotación de los Servicios de Salud (SS) de la RM, al año 2021, distribuidos por estamento¹¹. Por otro lado, esta metodología consideró inicialmente un trabajo en terreno importante que, a pesar de que el estudio se prolongó 7 semanas sobre lo presupuestado y se hicieron múltiples y diversas tentativas para lograrlo, esto no fue posible de coordinar. Con todo, se consiguió una muestra a través de encuestas en línea, 2,5 veces superior a la propuesta, logrando las cuotas establecidas por estamento y nivel de atención a nivel de la RM.

El siguiente diagrama muestra los pasos que se siguieron para la definición de la muestra, según nivel de atención y estamento, como fuese solicitado por el Colmed Santiago y acordado posteriormente.



Diagrama n°3

La dotación total de trabajadores de la Salud, tanto de Atención Primaria en Salud (APS) y de los SS de la RM, es de 69.242. Este valor que pudiese variar según la fuente, así como si se consideran aquellos que trabajan en establecimientos privados, entre otros factores ya mencionados; éste se toma como referencia a fin de fijar una muestra que sea representativa, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

¹¹ Si bien esta dotación puede ser inexacta con respecto a la dotación precisa de cada SS, tomando en cuenta las distintas formas de contratación y la actualización de esta información, se considera que esta permite tener un aproximado lo suficientemente adecuado para poder establecer las cuotas y realizar el muestreo, considerando los criterios establecidos y acordados.

DISTRIBUCIÓN DE LA DOTACIÓN POR SS Y APS EN CADA SERVICIO DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA

	SSMOr	SSMC	SSMS	SSMN	SSMOcc	SSMSOr	Total
Dotación SS	6,926	8,466	7,103	6,030	8,382	9,598	46,505
Dotación APS	3,386	4,139	3,473	2,948	4,098	4,693	22,737
Dotación Total (APS + SS)	10,312	12,605	10,576	8,978	12,480	14,291	69,242

Tabla n°3

El número de personas a encuestar para obtener una muestra que sea representativa a nivel de la RM, es de 382. Estos 400 casos (aproximando) fueron distribuidos proporcionalmente en cada uno de los SS para establecer la cuota a lograr en cada uno de ellos y distribuirlos según la proporción establecida de dos establecimientos de APS, por uno hospitalario. Luego, en base a la distribución de la dotación de los SS según los estamentos definidos, se estableció la cuota proporcional de cada uno de estos, para cada SS y establecimiento.

Se logró un total de **1.107** respuestas al cuestionario, 90% proveniente de SS y de APS de la RM (equivalente a 993), un 4% de establecimientos de salud privados de la RM (46) y el restante 6% de establecimientos de SS y APS (65) y de centros privados (3) de otras regiones del país. En términos generales, se superó la cuota establecida en más de 700 encuestas, que si bien no se logró según las definiciones específicas establecidas, se considera que esta permite poder inferir con respecto a las personas que trabajan en salud en la RM, manteniendo el nivel de confianza y margen de error establecido. Así también, la posibilidad de extrapolar estos resultados al resto del universo. De esta forma, el gráfico siguiente presenta la cuota establecida proporcionalmente por SS, para APS y para el Nivel 2° y 3° de Atención, y la muestra obtenida para cada uno de ellos.

CUOTA DEFINIDA Y MUESTRA SEGÚN SS Y NIVEL DE ATENCIÓN

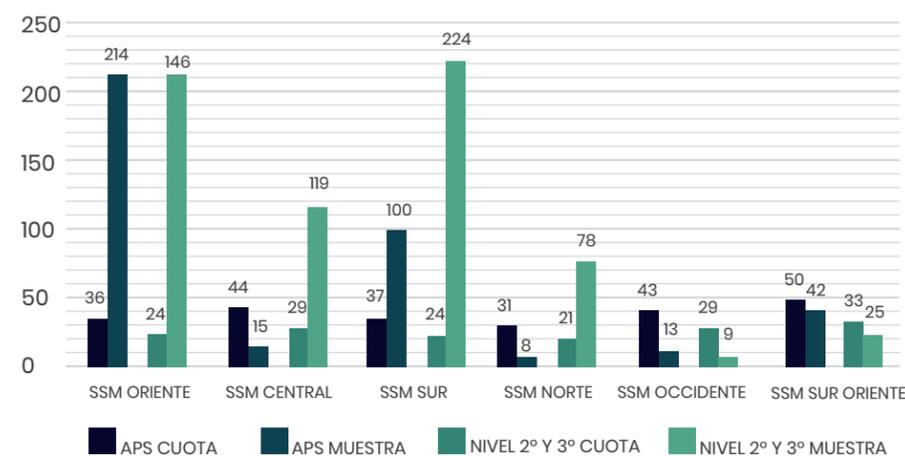


Gráfico n°2

Otro de los criterios importantes definido para el muestreo, fue el estamento, considerando la relevancia que este tiene al momento de analizar la realidad de trabajo de las personas en salud, también en el tema de las agresiones que reciben de parte de usuarios externos. En cuanto a este, se cumple el objetivo definido en 3 de los 5 grupos, siendo en los últimos dos, una brecha muy menor. Importante resaltar que, en cada uno de estos grupos, la cantidad total de encuestas recibidas permite hacer análisis estadístico inferencial en cuanto se cumple con el número de muestra mínimo, definido para el uso de una cantidad importante de estadísticos.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ESTAMENTO Y BRECHA SEGÚN CUOTA ESTABLECIDA ¹²

	Médicos	Profs. No Md.	Técnicos	Admin.	Aux.	Total
MUESTRA FINAL, SS Y APS, RM	228	395	187	143	40	993
MUESTRA FINAL, SS Y APS, OTRAS REGIONES	28	7	28	1	1	65
MUESTRA FINAL, CENTROS PRIVADOS, RM	40	5	0	1	0	46
MUESTRA FINAL, CENTROS PRIVADOS, OTRAS REGIONES	2	0	1	0	0	3
TOTAL ENCUESTAS RECIBIDAS	298	407	216	145	41	1107
TOTAL BRECHA APS	-37	-110	6	-21	9	-152
TOTAL BRECHA HOSPITALES	-112	-170	-71	-77	-10	-441

Tabla n°4

En anexos, se hace una presentación de los datos obtenidos de cada SS. La distribución final de la muestra, según SS (incluyendo los establecimientos privados), se presenta en el gráfico siguiente.

¹² En el establecer la brecha no se consideraron las respuestas recibidas desde otras regiones ni de centros privados, es decir, sólo contempla las respuestas recibidas y la dotación de los SS y de APS según descrito anteriormente.

¹³ Esta incluye una breve descripción de cómo el Servicio está compuesto y la población beneficiaria; le sigue una tabla que muestran el detalle, según estamento y para cada SS, la cuota establecida para APS y para hospitales, y la diferencia con el valor inicialmente planteado (brecha). Para cada uno de los SS, se especifica también el nombre de los establecimientos de salud de los cuales se recibieron respuestas y cuántas, la distribución por estamento y por tramo etario y sexo. Esto con el objetivo de dar cuenta de las características específicas que componen la muestra de cada SS y así, del total. En el caso de los establecimientos privados, para ellos no se estableció brecha, ya que no se establecieron cuotas específicas; según su ubicación, se han asociado al SS que contiene aquella comuna a fin de facilitar el análisis. En el presente informe, los centros de salud privado se analizan de manera agrupada, por fuera de los SS.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA TOTAL SEGÚN SS

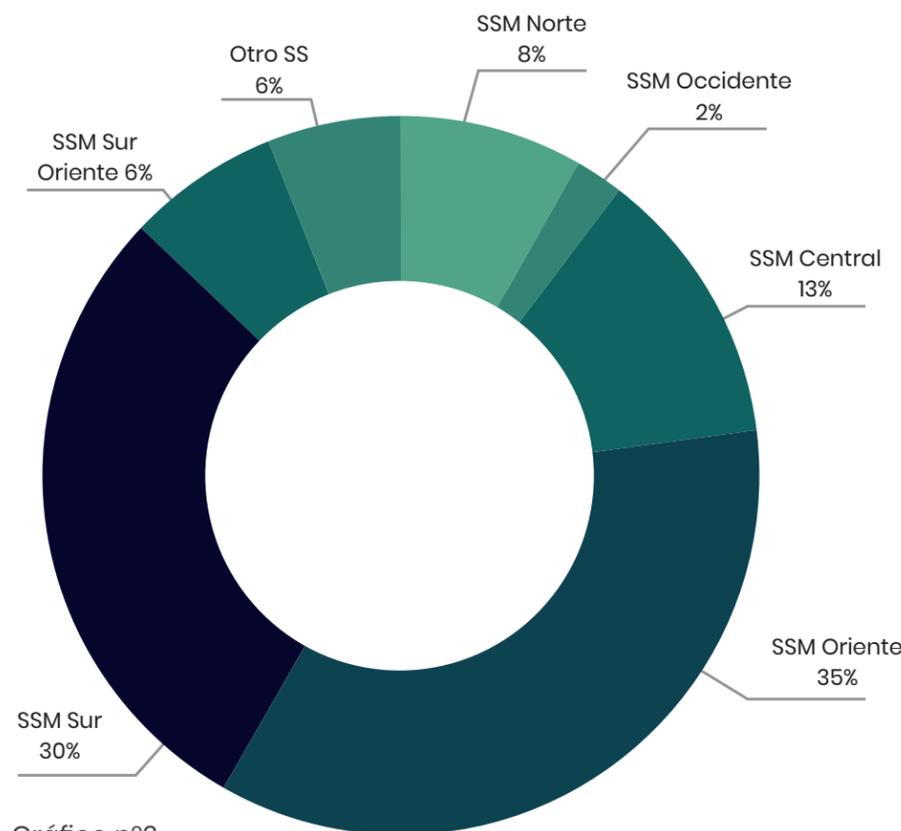


Gráfico n°3

B. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

La aplicación en línea de la encuesta comenzó el 12 de Julio; al 11 de septiembre, periodo en el cual se recibieron un total de 1.107 encuestas. La distribución en cuanto a género se asimila a aquella de los establecimientos de salud, con una fuerte preminencia de mujeres (74,6% en esta muestra), elemento fundamental dada la relevancia que tiene el factor género en todo lo que se relaciona con el sector salud. Una variable que ha sido definida

como relevante para este estudio es la de estamento, que define el trabajo que realiza la persona según su formación y, por ende, la exposición que tiene a sufrir agresiones, entre otros aspectos.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA TOTAL SEGÚN GÉNERO Y ESTAMENTO

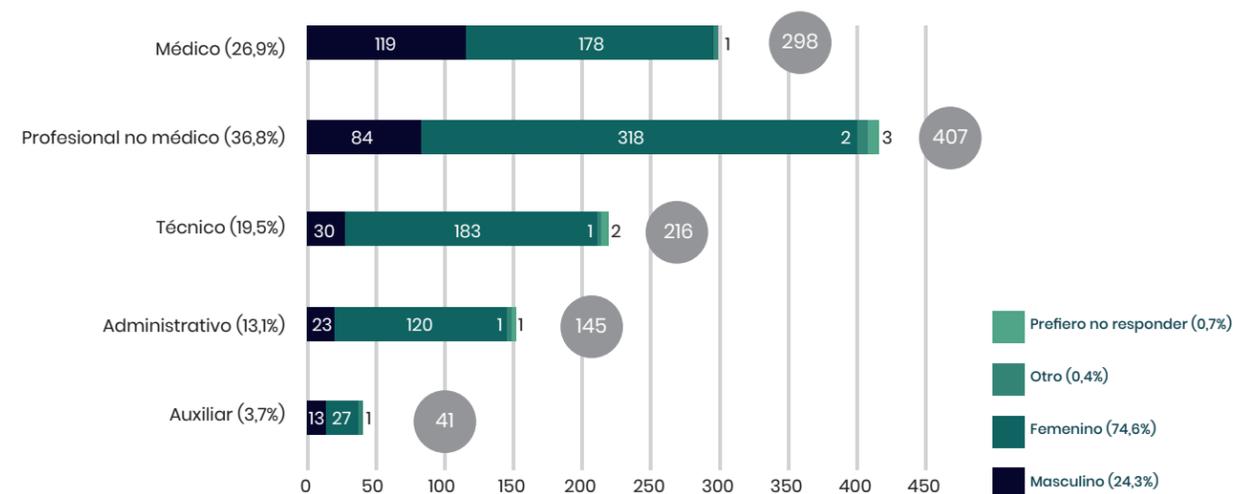


Gráfico n°4

En cuanto a **estamento**, como se muestra en el Gráfico N° 4, del total de encuestas recibidas, el 37% corresponde a profesionales no médicos (donde se incluyen tanto profesionales de la salud, como de las ciencias sociales y otras que trabajan en los establecimientos), que según la dotación de los SS, tomada de base para establecer las cuotas, éstos representan un 29% del total¹⁴. El 27% de quienes responden son médicos (20% según la dotación SS), 19,5% técnicos (30%), el 13% administrativos (11%) y un 4% de auxiliares (10% de la dotación). En cuanto al **tramo etario**, un 35% se encuentra entre los 26 y los 35 años; un 29% entre los 36 y los 45; el 13% es mayor de 56 años y un 18% entre los 46 y los 55. En cuanto a la cantidad de **años que llevan trabajando** en establecimientos de salud, la mitad de la muestra tiene más de 11 años trabajando en salud (49,7%), un 11% menos de 2 años y un 16% entre 3 y 5 años.

¹⁴ Sin considerar APS, ni las diferencias que existen en la dotación según tipo de establecimiento y nivel de atención. Por lo que en este análisis se presenta sólo a modo de referencia.

Otro factor que determina la exposición de la persona que trabaja en salud, es el **tipo de servicio que desempeña**, siendo que hay labores que implican menor interacción con el usuario externo. En esto, un 86% declara tener “siempre” y “muchas veces” **contacto directo con el usuario externo** (paciente y/o sus acompañantes), y sólo un 6,6% responde “pocas veces” y “nunca”.

En este sentido, la muestra obtenida es una relevante para el análisis sobre agresiones, siendo las personas más expuestas.

PRINCIPAL SERVICIO QUE DESEMPEÑA

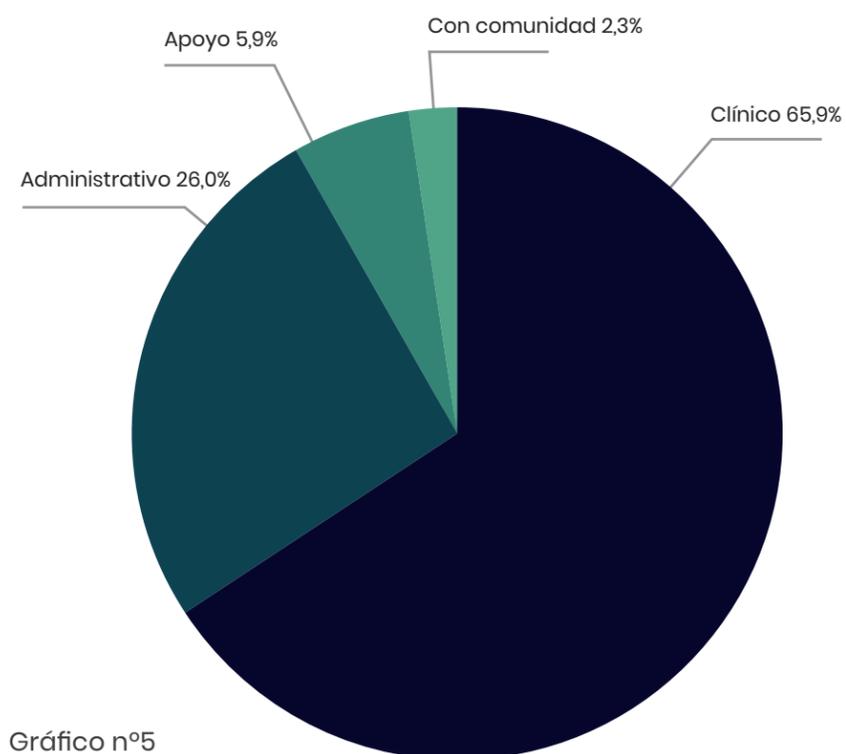
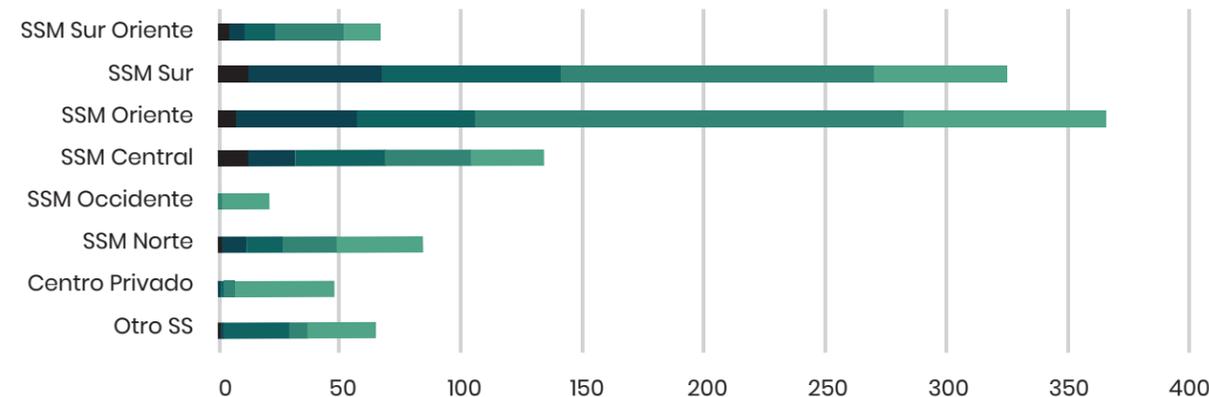


Gráfico n°5

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SEGÚN SS Y ESTAMENTO



	Otro SS	Centro Privado	SSM Norte	SSM Occidente	SSM Central	SSM Oriente	SSM Sur	SSM Sur Oriente
Auxiliar	1	0	2	0	13	9	12	4
Administrativo	1	1	10	0	19	50	56	8
Técnico	28	1	15	0	36	49	75	12
Profesional no médico	7	5	22	2	37	175	131	28
Médico	28	42	37	20	29	77	50	15

Gráfico n°6

Según **tipo de establecimiento**, se observa que la mayor parte de la muestra, con un 58%, proviene de establecimientos hospitalarios (secundario y terciario), que llega a un 60,5% si se considera sólo los SS de la RM. Le sigue un 37,6% de APS (39,5% de la RM). Los Centros Privados representan el 4,4% del total de la muestra, siendo el 86% de éstos, médicos los que respondieron.

III. ENTREVISTAS

Con respecto a las entrevistas a actores claves, se desarrollaron pautas de entrevista semi-estructurada para el nivel central, establecimientos hospitalarios y establecimientos de atención primaria (ver en anexos), las que permiten indagar con mayor profundidad en aspectos de interés en cada uno de estos niveles.

En **primer lugar**, se buscó indagar en la relación de la persona entrevistada con la temática y su área de desempeño para identificar el rol de los distintos referentes en la institución, y se indaga en la relación que se ha entablado con las instancias superiores, ya sea el Servicio de Salud o el MINSAL para la gestión de las agresiones al personal de salud.

En **segundo lugar**, se indagó en el proceso de elaboración del protocolo, el nivel de participación que se consideró para ello, y el proceso de difusión. En el caso de que el establecimiento no cuente con este documento se profundiza en las razones de esto, principales obstaculizadores y las necesidades actuales que se requiere atender para realizar este proceso.

En **tercer lugar**, se consulta por la implementación efectiva del protocolo y se realiza un levantamiento de las medidas de prevención y mitigación de las agresiones con las que cuenta el establecimiento, información que se estructura en una Matriz de Haddon.

En **cuarto y último lugar**, se solicita realizar una evaluación general de la implementación del protocolo, identificando factores facilitadores y obstaculizadores que

incidieron en esta, así como sugerencias para la gestión dirigida a los niveles superiores, como Direcciones de Establecimientos, Direcciones de Servicios de Salud y el MINSAL.

A lo largo del estudio se realizaron entrevistas a 22 instituciones, en modalidad de reuniones presenciales, online y grupos focales, y 1 consulta a través de Ley de Transparencia, las cuales se ejecutaron bajo el anonimato y la confidencialidad de la información que en esa instancia se compartió, por lo que en el análisis que se realiza a lo largo del documento no se hace referencia específica a quién dio qué opinión.

A continuación, se presenta una tabla con las instituciones que participaron de esta instancia de levantamiento de información, y el cargo de las personas que fueron entrevistadas.

ENTREVISTAS REALIZADAS

ESTABLECIMIENTO	CARGO DEL ENTREVISTADO
MINSAL	Jefa de Relaciones Laborales Referente Nacional Agresiones al Personal de Salud
ACHS	Subgerente Clientes Nacionales
MUTUAL	Director (s) de Clientes y Servicios de Salud
Dirección SSMS	Subdirector Gestión de las personas Jefa Unidad de DO – Calidad de Vida Laboral Gestoras Programa Saludablemente Asesoras Técnicas Programa Saludablemente APS
Dirección SSMO	Jefe Calidad de Vida Laboral Asistente Social Depto. Calidad de Vida Laboral Gestor APS
Dirección SSMSO	Prevencionista de Riesgos y Referente Subdirección de Gestión de Personas
Dirección SSMOc ¹⁵	Encargado Unidad de Seguridad, Protección Ambiental y Gestión de Riesgos
Hospital de niños Roberto del Río	Jefe Unidad Seguridad y Salud Ocupacional
Hospital Metropolitano	Jefa Calidad de Vida
Hospital San José de Melipilla	Subdirector Gestión de las Personas Jefe Asesoría Jurídica Jefa de Calidad de Vida
Hospital El Carmen	Encargado Unidad de Salud Ocupacional
Hospital del Salvador	Jefe de Cultura y Desarrollo Organizacional
Hospital Barros Luco Trudeau	Jefa Departamento de Atención a las Personas
Instituto Nacional de Geriátrica	Encargada de Bienestar
CESFAM Dr. Carlos Lorca	Directora
CESFAM Maipo	Directora Subdirector Administrativo
CESFAM El Roble	Subdirectora Técnica
Municipalidad de Vitacura	Jefa de Departamento de Salud
Municipalidad de Providencia	Directora de Salud
Municipalidad La Reina	Encargado Salud Mental Laboral
Municipalidad de Peñalolén	Subdirectora Administrativa Dirección de Salud Jefe de Selección y DO
Municipalidad de Lo Barnechea	Coordinadora Gestión de Personas de Salud
Establecimiento de salud mental privado	Subdirectora Médica

Tabla n°5

IV. SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS

Durante el proceso de levantamiento de información, esta se fue sistematizando, en base a las dimensiones y variables definidas según los objetivos. En el caso del análisis cualitativo, las entrevistas fueron registradas con consentimiento de la persona, siguiendo la pauta definida con la flexibilidad necesaria para poder ahondar en los temas que fueran surgiendo a lo largo de la entrevista y según el perfil de la persona entrevistada y se tomaron y sistematizaron notas durante esta.

En el caso del análisis cuantitativo, se hizo seguimiento constante durante todo el periodo de aplicación de la encuesta para el cumplimiento de las cuotas establecidas. Se hizo un primer análisis para el Informe de Avance entregado a principios de agosto, donde se refinó el plan de análisis. Una vez cerrada la encuesta, se procedió al análisis de la base de datos completa, según las dimensiones y variables definidas.

Una vez cerrado el proceso de levantamiento de información, se procedió a un análisis transversal, con el objetivo de dar una imagen completa, para cada dimensión, desde toda la información recabada, entrelazando el análisis cualitativo con el cuantitativo, así como con el marco conceptual que está detrás de este tema. Junto a esto se desarrolló la Matriz de Haddon, con el objetivo de identificar y abordar las múltiples dimensiones de las agresiones externas y apoyar en desarrollar estrategias de prevención, respuesta y mitigación más completas y efectivas para proteger la seguridad y el bienestar de las personas que trabajan en salud. Estas se elaboran a partir de toda la información recabada durante el proceso y representa un producto en sí mismo, formando parte de las recomendaciones y conclusiones finales que se entregan en este estudio.

¹⁵ Memorandum N° 8, consulta realizada por GSC a través de Ley de Transparencia, a solicitud del establecimiento.

V. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL PROCESO Y LA MUESTRA

El estudio fue diseñado inicialmente para ser llevado a cabo en 8 semanas; dadas las dificultades para el levantamiento de información en terreno, este se extendió a 15 semanas. A continuación, se detalla algunos elementos relevantes sobre el proceso, la metodología y la muestra:

- La falta de respuesta por parte de Direcciones de Servicio y no participación, complejizó la coordinación con los establecimientos de su red de salud.
- En el caso de las Direcciones de Servicio que sí participaron, se requirió de varias reuniones de presentación del estudio, para contar con la aprobación en distintos niveles y luego reuniones de coordinación efectiva con los establecimientos de salud.
- La realización de las entrevistas a los distintos actores definidos implicó gestiones de coordinación que tomaron más tiempo del esperado.
- Realizar las encuestas de forma presencial finalmente no fue factible: coincidió con campaña de invierno y alta demanda asistencial y la no respuesta o no autorización de parte de los establecimientos o direcciones de servicio a pesar de las gestiones realizadas, tanto por GSC como el apoyo de Colmed Santiago.
- Para lograr las cuotas establecidas en el muestreo, a nivel de la RM, se extendió el plazo de aplicación en línea de la encuesta a PTS.

- A pesar del tiempo y las gestiones realizadas, no se consigue un número suficiente de respuestas al cuestionario institucional.
- No se accedió a establecimientos de salud privados, a pesar de múltiples contactos y gestiones.

Algunos aspectos relevantes a considerar en la muestra obtenida y el análisis que se realiza de sus resultados y que permiten explicar ciertas diferencias que se aprecian en la cobertura que se ha logrado:

- El apoyo y compromiso del SSM Sur y SSM Oriente quienes contribuyeron en la difusión del cuestionario en línea en sus establecimientos, tanto de APS como de Hospitales.
- En el caso del SSM Central, el 75% de la muestra obtenida proviene de un Hospital de la Red.
- Desde el punto de vista estadístico, los datos permiten sacar conclusiones e inferir a nivel de la RM y de los SS, excepto el SSM Occidente, donde sólo se lograron 24 casos (un 88% de médicos). De esta forma, no se hará un análisis particular de este último SSM Occidente, sino que sólo será incluido en el análisis general de la RM.
- Es importante tener en consideración las diferencias que hay en la composición de las muestras obtenidas de cada servicio al momento de realizar comparaciones, tanto en cuanto al tamaño de esta como a quiénes la componen.
- Si bien la distribución de la muestra es desigual entre los distintos SS, las características en común que tiene el trabajo en salud, en establecimientos públicos de distintos niveles de atención, así como la realidad que se vive desde la gestión de estos establecimientos, permite tener una idea de lo que ocurre a nivel de la RM. Un punto fundamental de este estudio es el levantamiento de información cualitativa que se realizó desde diferentes fuentes, que permite dar contexto y voz a los datos que se analizan.

Es la opinión de GSC que las dificultades, faltas de respuesta, trabas en la entrega de información, de voluntad de participar de forma institucional de un tema que todos reconocen como muy relevante (tomando en cuenta que la participación de las personas, en tanto individuos, fue muy alta), da cuenta de que este es un tema complejo de abordar. Creemos que, de parte de las instituciones a distinto nivel, hay diferentes elementos que lo explican:

- Generar expectativas en las PTS con el levantamiento de información, con la puesta del tema “sobre la mesa”, expectativas que perciben no van a poder cumplir ni responder.
- Los conflictos internos, dentro de los establecimientos y de las redes de salud, que pudiera generarse, entre representantes de las PTS, directivos de establecimientos, autoridades desde la Dirección del Servicio o de la Municipalidad y también con el nivel central (MINSAL).
- Dar cuenta que, a pesar de reconocerlo como un tema fundamental, no ha sido abordado, por el establecimiento o la Dirección de SS, de la manera recomendada, sea por falta de recursos, por priorización, por voluntad política, y otra razón: no se quiere dejar constancia de ello (aun cuando se comprometió anonimato y confidencialidad en el estudio).
- El ser un tema “políticamente delicado”, por las visiones, a veces contrapuestas, que hay sobre cómo abordar el problema.

De parte de las PTS, la desconfianza de los procesos institucionales, de las instancias de participación y sus

resultados, la desesperanza de que se pongan sus necesidades como prioridad, que se les dé respuesta. Estos aspectos fueron subvalorados al momento de establecer los objetivos, plazos y metodología para el estudio.

• Considerando todo esto, se pueden realizar las siguientes sugerencias para futuros estudios similares:

a. Planificación de Tiempo: se recomienda asignar un periodo inicial más amplio en la planificación de futuros estudios, lo que permitirá abordar los canales institucionales de contacto y las múltiples aprobaciones requeridas de manera más efectiva.

b. Coordinación Interinstitucional: se sugiere realizar acciones de colaboración previamente acordados con las instituciones involucradas para facilitar la implementación de los estudios, que consideren procedimientos para la aprobación y coordinación temprana.

c. Consideración de Eventos Estacionales: anticipando situaciones como campañas de salud o eventos estacionales que pueden afectar la disponibilidad del personal de salud, se sugiere programar los estudios teniendo en cuenta estos factores y ajustar las fechas de recolección de datos en consecuencia, lo que minimizará los conflictos de programación.

d. Ampliación de Muestra y Diversificación de Fuentes: Con el fin de abordar la falta de participación de algunas instituciones y la reducción de la muestra, se recomienda diversificar las fuentes de datos y establecer planes de contingencia para la inclusión de una muestra representativa.

Se considera una muy buena práctica, y se felicita la iniciativa del Colmed Santiago en este sentido, de compartir y hacer públicos los resultados del estudio. Esto entrega confianza e invita a los participantes a ser activos; el compartir información, experiencias y prácticas permite que se aprenda colectivamente de ellas, replicando lo que funciona, aprendiendo de lo que no, generando instancias creativas para dar respuesta a los problemas colectivos que se enfrentan.

5. RESULTADOS DEL ESTUDIO

A continuación, se presentan los resultados del estudio, con el análisis según dimensión y ámbito relevante, donde se presenta de forma entrelazada la información recogida desde las entrevistas y terreno realizado, como de las encuestas a personas que trabajan en salud y aquellas pocas institucionales que se recibieron.

Estos se estructuran en 7 partes:

1. Parte 1: Gestión Institucional
2. Parte 2: Elaboración del Protocolo
3. Parte 3: Difusión del Protocolo
4. Parte 4: Implementación del Protocolo
5. Parte 5: Medidas de Prevención y Mitigación de Agresiones
6. Parte 6: Experiencia de las Personas que Trabajan en Salud
7. Parte 7: Matriz de Haddon

Se concluye luego con las conclusiones y recomendaciones.

I. PARTE 1: GESTIÓN INSTITUCIONAL

A. A nivel del MINSAL

Con respecto a la gestión del MINSAL en la temática de agresiones externas al personal de salud, los entrevistados comentan que se evidencia un desarrollo desde la puesta en marcha de la Norma N°28, en base al cual se han creado instancias de trabajo en distintos niveles, que convocan a actores relevantes para su abordaje. En la actualidad, señalan que el foco parece estar puesto en la reportabilidad, haciendo énfasis en el registro periódico de las notificaciones de agresiones en todos los centros de salud pública, con el fin de contar con información confiable que dé cuenta de la dimensión del fenómeno, las causas posibles y el abordaje que se le está dando.

Los entrevistados comentan que la mayoría de las acciones se han orientado a la Atención Primaria de Salud, que es donde se origina el mayor número de agresiones al personal (según registro). Una de las iniciativas que ha tenido una muy buena recepción es el Programa de Apoyo a la Gestión Local, que se le asigna a los establecimientos de salud de la APS de acuerdo a varios criterios definidos por mesas tripartitas, para que pueda ser utilizado en algún proyecto de mejoramiento para aumentar la eficacia en la gestión y administración local. Algunos proyectos que se han financiado con esto han sido medidas de seguridad en los centros de salud, contribuyendo a la sensación de protección y resguardo del personal de salud.

Por otra parte, indican que el surgimiento de la Ley 21.188 ayudó a poder reenfocar el proceso de atención de la agresión que manejaban hasta el momento, transformándolo en una respuesta más inmediata, y a su vez, contar con la obligatoriedad de la denuncia de los/as directores/as ante cualquier agresión, lo que además de ser un trámite administrativo, lo identifican como una señal de apoyo a el/la trabajador/a. No obstante, señalan que la Ley no tuvo difusión ni acompañamiento en los centros para ponerlo en práctica de manera efectiva y, en lo concreto, la Ley no ha tenido impacto sobre la mitigación de las agre-

siones, ya que no se ha traducido en acciones concretas para los y las funcionarias. En ese sentido, señalan la importancia de difundir la ley tanto para el personal de salud, para que conozcan sus derechos en estas materias, así como para los usuarios, para que conozcan las consecuencias de los actos de violencia, para reforzar el cumplimiento de sus deberes.

Las personas entrevistadas y encuestadas señalan que a la gestión institucional desde el MINSAL y las Direcciones de Servicio le hace falta “empaparse de realidad”. Es decir, que identifique las diferencias entre las comunas y no pretenda una homogeneidad en la aplicación de los protocolos. Sostienen que, habiendo diferencias presupuestarias, no se puede pretender igualdad en la entrega de servicios de asistencia (legal, de transporte, atención psicosocial), ni en la infraestructura de los Centros. Señalan que, si bien existe la Ley, la Norma 28 y las orientaciones desde el Servicio, estas no siempre están acompañadas de recursos financieros para apoyar su implementación, detectando una brecha entre los establecimientos de salud de cada comuna, limitando la aplicación de lo instruido.

Por último, en varias de las entrevistas se plantea la preocupación por eventos que escapan a las agresiones consideradas en la Norma 28, sin embargo tienen injerencia en la salud y bienestar de los trabajadores, como lo es ser testigos de situaciones de violencia dentro del trabajo, ya sea entre usuarios o de usuarios a funcionarios, o bien, en el trayecto a su trabajo, como es el caso de los establecimientos que están insertos en comunas con mayores índices de violencia, delincuencia y consumo de sustancias. En estos casos, si bien, no hay una

agresión directa al funcionario, sí hay una experiencia estresora relacionadas con su trabajo que pueden generar un desmedro en la calidad de vida de las personas, las cuales no están siendo visibilizadas ni atendidas.

B. A nivel de los Organismos Administradores de la Ley 16.744 (OAL)

Desde el 1º de enero del 2023¹⁶ los OAL juegan un papel relevante en cuanto a la prevención y mitigación de las agresiones al personal de salud, siendo la única normativa emitida desde el ejecutivo, que incluye también a las y los trabajadores del sector privado. En esto, los OAL han debido ajustar y complementar en ocasiones planes que ya tenían, o derechamente formularlos para dar respuesta a la indicación de la Circular N°3696 de la SUSESO.

Las entrevistas realizadas a referentes de OAL mencionan que, en general, todos los establecimientos de salud públicos cuentan con un protocolo de acción frente a agresiones, sin embargo, este es “*en papel*” y no necesariamente funciona ni da los resultados esperados. Hay una mirada de que el tema se trata de manera parcializada en los establecimientos y redes de salud, sin existir una estrategia global que aborde el tema (la Norma 28 es una sugerencia de puntos a ser tratados por los protocolos que deben elaborar los establecimientos, por lo que puede haber diferencias importantes).

Se remarca que el rol de los OAL es el de recomendar, prescribir y notificar; no tienen las facultades para intervenir directamente, y en casos de incumplimientos o infracciones, solo pueden informar a la SEREMI, que a su vez no tiene la posibilidad de fiscalizar todo, ni la potestad para establecer sanciones o algún tipo de consecuencia.

Los OAL tienen dispositivos de apoyo posteriores, específicos en situaciones de crisis o eventos de agresión, que consisten en llamada telefónica de asisten-

¹⁶ Por la Circular N°3696 de la SUSESO. Ver en Marco conceptual y Legal del presente informe.

cia psicológica, de contención y derivación en caso necesario; los procesos que se activan en caso se realice una DIAT o DIEP¹⁷ asociada a la agresión. Esta última es de decisión exclusiva del trabajador/a si la realiza o no. Por otro lado, realizan acciones de prevención, dirigidos a PTS: campañas comunicacionales, talleres de trato al usuario, de entrega de herramientas para el manejo de situaciones difíciles, de identificación de situaciones de riesgo, entre otros; y en menor medida, dirigidos a los usuarios externos, principalmente en cuanto a trato.

En general, las personas consideran que la respuesta del OAL es oportuna y efectiva a la hora de abordar las agresiones. Cuando se hace la denuncia del evento, existe una derivación a la institución, y la atención del funcionario, lo que puede considerar sesiones de primeros auxilios psicológicos, ver los casos más leves, y atención médica y acompañamiento psicológico para los más graves. No obstante, comentan que varios de los y las funcionarias asocian a las mutualidades con la calificación de enfermedades profesionales, y por su experiencia o la de sus pares, asumen que no van a obtener una resolución que los beneficie, o bien, va a demorar, lo que se traduce en que no aceptan la ayuda que estas instituciones brindan.

En cuanto a los establecimientos de salud privado, mencionan que cada uno tiene su propia manera de abordar el tema, no necesariamente con protocolos específicos, si no que se enmarcan en otras líneas de trabajo, como

¹⁷ Denuncia Individual de Accidente de Trabajo (DIAT) o de Enfermedad Profesional (DIEP).

desarrollo organizacional o gestión de personas. Mencionan que el tema de recursos en este sentido es relevante a la hora de establecer medidas de seguridad, tanto pasivas como activas. No cuentan con registro de la ocurrencia de agresiones en el sector privado, sino sólo con aquellas que llegan a denuncias a los OAL. Manifiestan también la dificultad que se tiene con personal que está a honorarios, por lo que formalmente puede estar sujeto a otro OAL. Si bien reconocen que en el sector privado también se dan las agresiones al personal de salud, este tiene diferencias importantes entre los establecimientos, en cuanto al público que atiende.

En opinión de las/os entrevistados, las líneas de acción para abordar este tema debieran incluir: **i)** mayor trabajo con la comunidad; **ii)** sistematizar y unificar procesos y el registro de incidentes; **iii)** mayor trabajo con PTS para la entrega de herramientas de atención a público, contención y empatía que deben venir acompañados de una mejora en las condiciones en las que trabajan, tanto en cuanto a la organización de éste, como en cuanto a la infraestructura y elementos para brindar la atención y satisfacer las expectativas de los usuarios; **iv)** la reducción de instancias que trabajan en paralelo y de forma descoordinada (riesgos psicosociales, ausentismo, agresiones, salud y seguridad en el trabajo, entre otras); **v)** hacer seguimiento y evaluación de las medidas que se implementan y dar continuidad al trabajo.

C. A nivel de las Direcciones de Servicios de Salud

En el año 2018 se instruyó a las Direcciones de Servicios de Salud conformar Mesas de Seguridad, que tienen por función velar por la correcta aplicación y permanente difusión de la Norma N°28 sobre agresiones al personal de atención, elaborar un Plan de Trabajo anual, desarrollar e implementar un plan de capacitación dirigido a funcionarios, que les entregue herramientas para afrontar situaciones agresivas y por último, monitorear los casos de agresión en los establecimientos.

En general, las mesas de seguridad de las Direcciones de Servicios de Salud están en funcionamiento, con participación de distintos actores involucrados, incluidos representantes de los trabajadores y del intersector, como la Subsecretaría de Prevención del Delito o el Ministerio del Interior. No obstante, los entrevistados indican que no se ha logrado un trabajo fluido que logre conformarse en planes de acción que se implementen en los establecimientos de salud, que sean revisados retroalimentados y mejorados para avanzar en la temática.

Si bien, se ha trabajado en difundir las orientaciones para la elaboración de los protocolos, por parte de los establecimientos (a través de la documentación por medio de canales formales y reuniones), comenta que la estrategia de comunicaciones podría ser permanente y transversal a todos los establecimientos. Esto con el objetivo de sensibilizar y educar, así como las acciones de capacitación, las cuales, si se han desarrollado, han estado dirigidas a un grupo específico de funcionarios.

Por otra parte, El MINSAL habilitó la plataforma de Registro de Agresiones a Funcionarios de Salud (RAFDS), un sistema en línea que registra los incidentes relacionados a agresiones físicas, psicológicas y verbales. A ella deben acceder los referentes de los establecimientos, con usuario y clave única, para ingresar las notificaciones de agresión de los funcionarios que vivencian estas situaciones; este ingreso se debe realizar de forma mensual. Señalan que el MINSAL ha puesto relevancia a la reportabilidad de las agresiones, sin embargo, no cuentan con una retroalimentación que les permita analizar la situación de sus servicios que contribuya a la toma de decisiones, ni está asociado a recursos para poder fortalecer

las gestiones institucionales. Los informes que elabora el MINSAL tienen distribución a todas las Direcciones de SS, sin embargo, no hay cómo asegurarse que este llega a los establecimientos, tampoco están publicados en la web del Ministerio. Por otro lado, el análisis que realiza es agregado y no permite comprender el fenómeno a nivel de SS, ni mucho menos local, con sus especificidades y características propias que pudieran apoyar el desarrollo de medidas de prevención y mitigación. Se desconoce si los SS o establecimientos pueden acceder a informes específicos de reportabilidad u otra información desde el nivel central.

Comentan que las Direcciones de los establecimientos tiene un rol primordial en la gestión de las agresiones, tanto en la prevención, como en la actuación y las acciones de mitigación que se implementan, dado que son los empleadores de los y las funcionarias y tienen una responsabilidad dada por ley.

Los entrevistados reflexionan sobre la mirada estratégica que debiesen tener las Direcciones de Servicios de Salud en la gestión de condiciones de trabajo saludables y cómo avanzar en estos temas de forma integradora, comprendiendo que las agresiones al personal de salud son de causa multifactorial y por ende, un fenómeno complejo de abordar.

D. A nivel de los Establecimientos de Salud

Si bien las mesas de seguridad están constituidas en todos los Servicios y en funcionamiento, hay diferencias del manejo de la temática a nivel hospitalario y APS. Hay casos en los que, a partir de la Mesa de Seguridad se conforman subcomités a cargo del nivel hospitalario y APS para realizar las gestiones operacionales que define la mesa de seguridad, así como para entregar información actualizada a través de los sistemas de reportabilidad definidos. En algunos establecimientos se han conformado comités para abordar la temática, o bien esta recae en algún comité activo, ya sea el de Seguridad, Paritario, Ausentismo, Buenas Prácticas Laborales, entre otros. En otros establecimientos la temática recae sobre un representante institucional, o bien, sobre un departamento o unidad, que designa a un referente dentro del equipo.

Esta última figura, ha permitido un enfoque más integrador, en el que se ha buscado unificar acciones de promoción y prevención que logren dar respuesta a diversos programas o temáticas, como es el caso de Saludablemente, Riesgos Psicosociales, Buen Trato Laboral y Violencia Interna, maximizando los recursos.

Con respecto a los referentes de la temática en los establecimientos de salud hospitalario, hay una extensa variedad de cargos en diversos cargos y departamentos; Bienestar, Cultura y Desarrollo Organizacional, Calidad de Vida Laboral, Jurídica, Salud Ocupacional, Atención al Paciente, entre otros, lo que genera una visión diferente con respecto a las agresiones y su abordaje, ya que cada profesional cuenta con herramientas propias de su campo y desempeño.

En el caso de la APS, señalan que les fue solicitado que cada Centro de Salud tuviera un/a referente que se encargue de la implementación del protocolo, sin embargo, no se definió un perfil específico para estas tareas, según indican los/as participantes. Frente a esta situación, representantes de varios establecimientos explican que se designó al Director/a del Centro debido a la reportabilidad, ya que el sistema obliga que el acceso a la plataforma sea con clave única, designando a otro funcionario o funcionaria como responsable de la implementación del protocolo.

Al respecto, comentan que al ser el/la directora/a quien informa sobre las agresiones, algunos/as participantes señalan que se pierde la visión completa de la comuna, pues no hay quien centralice la información de todos los establecimientos. Ante esto, indican que se realizan do-

bles esfuerzos en las labores: por un lado, teniendo el/la directora/a que generar su propio registro en la plataforma con la clave única y, por otro lado, los/as responsables de la gestión del tema en el establecimiento llevan su registro en una planilla excel para tener el compilado de los casos y el historial de cada uno.

Por otra parte, mencionan que la plataforma RAFDS del MINSAL presenta ciertas limitaciones. Fundamentalmente señalan que las causas de la agresión que están incorporadas no responden a la multiplicidad de factores que pueden llevar a una situación de violencia en los establecimientos. Esta limitación lleva a que los/as referentes deban ocupar la opción “otra”, lo que dificulta los posteriores análisis y métricas de los reportes, por tanto, indican que la plataforma debería estar construida con mayor sensibilidad a las reales causas y efectos que tiene el problema.

Por último, existe un consenso en que la gestión de la temática depende mucho de la voluntad de las direcciones de los establecimientos, lo cual facilita darle prioridad y celeridad a la implementación del protocolo.

II. PARTE 2: ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

Si bien, la Norma 28 se emitió en el año 2018, la mayoría de entrevistados indica que la elaboración del protocolo inició en el año 2021 al recibir las orientaciones técnicas por parte de las Direcciones de Servicios de Salud. Relatan que se utilizó como referencia los documentos de otros establecimientos de otras regiones, realizando los ajustes pertinentes a su contexto y territorio.

Desde las municipalidades existe interés en la temática por el aumento del número de casos de agresión a funcionarios y su complejidad, y actualmente se cuenta con protocolos a nivel comunal para los establecimientos de atención primaria que son implementados en las distintas municipalidades y corporaciones de salud.

Con respecto a la elaboración del protocolo, en algunos casos recae en un área específica, lo que ha permitido movilizar al equipo para su gestión; en otros casos, la responsabilidad recae en un profesional que es designado como referente de la temática; y de manera menos frecuente, la responsabilidad es tomada por parte de algún comité, ya sea conformado en los establecimientos para abordar esta temática en específico, o bien, comités afines que ya están en funcionamiento, que suman la temática a su campo de gestión, como es el caso de comités Paritarios o de Buen Trato Laboral, entre otros.

En general se ha realizado la convocatoria a otras áreas o profesionales para que se involucren en alguna etapa del proceso de elaboración del protocolo, con el fin de contar con una mirada técnica asociada a su campo de acción, siendo los más mencionados los comités paritarios, las áreas de prevención de riesgos, salud ocupacional, calidad de vida, desarrollo organizacional, OIRS, participación y comunicaciones.

En su mayoría, el proceso fue de carácter participativo, en el sentido de convocar a las asociaciones de funcionarios para contar con su participación en la estructuración, redacción o revisión de los documentos, siendo esta última la de mayor preferencia. Señalan que posteriormente el documento fue presentado a Dirección, para su revisión o aprobación para luego difundirlo a nivel institucional.

El proceso tiende a ser iterativo, por tanto, cada instancia de revisión conlleva la realización de ajustes, por lo que los tiempos de formulación del protocolo son variados, pudiendo tardar desde seis meses hasta dos años.

III. PARTE 3: DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO

De acuerdo a las personas entrevistadas, en general, a nivel institucional la difusión del protocolo se realizó por medio de documentación oficial, a través de canales formales, dirigida directamente a las jefaturas, con el objetivo de que éstas las comuniquen a sus equipos, no obstante, no se realiza un monitoreo de esto, por tanto, no se tienen certeza de la comprensión que las jefaturas tienen de la temática y del procedimiento a seguir, ni de cómo transmiten la información a sus equipos.

En algunos casos se ha utilizado la intranet para poner el documento a disposición de las personas, sin embargo, comentan que no todos tienen acceso a esta por la naturaleza de sus funciones. Lo mismo ocurre con las comunicaciones que se realizan por el mail institucional, dejando a un porcentaje de los y las trabajadoras sin acceso a la información.

Lo que las personas entrevistadas consideran más efectivo, son las acciones de difusión directa hacia los y las funcionarias, como charlas y conversatorios respecto del tema, las que pueden ser efectuadas en las distintas unidades de trabajo, priorizando aquellas que se ven más afectadas. En el caso particular de establecimientos de APS, ha sido valorado el tratar este tema de manera parcelada y sistemática en las reuniones de sector, lo que permite una comprensión más profunda y a la vez, operativa. Indican que esta labor de llegar a los y las funcionarias es necesaria, en tanto el protocolo presenta diversas especificidades, más aún cuando las distintas realidades de las distintas unidades presentan claras diferencias en los tipos y niveles de agresión y en su frecuencia, como es el caso de Servicios de Urgencia y SOME, que suelen ser los más afectados. En caso de algunos hospitales se ha realizado trabajo específico de difusión del protocolo y las medidas a seguir en unidades específicas que están más expuestas a agresiones, según el conocimiento que se tiene de ellas o por solicitud expresa de alguna jefatura.

Otra manera de abordar la difusión del protocolo, ha sido asociarlo a campañas ya existentes, como lo es el caso del Buen Trato Laboral, o bien, el abordaje

del Maltrato o Violencia Interna, temáticas que, en general, cuentan con un mayor desarrollo en los distintos establecimientos. De esta manera, la difusión del protocolo de agresiones externas se suma como una arista más a instancias de promoción y prevención ya instaladas. Esto resulta particularmente útil cuando el o la referente del tema en el establecimiento es también referente de estas otras temáticas, o bien, su gestión está alojada en una misma unidad o departamento, facilitando un abordaje más integrado.

En un menor número, existen iniciativas de capacitación más técnica, orientadas a distintos actores clave de la organización, para aumentar su conocimiento y competencias dentro de su área de desempeño, como lo es en el caso de unidades de gestión de las personas, calidad de vida laboral, asesoría jurídica, prevención de riesgos, entre otros.

Por último, se han realizado campañas con material gráfico, enfocado tanto en las PTS como en la comunidad, promoviendo el buen trato y el respeto, dando a conocer los diferentes canales de comunicación que existen en el establecimiento para gestionar o dar cabida a eventuales conflictos que puedan ocurrir entre los usuarios internos (PTS) y los externos (pacientes y acompañantes). Se ha incorporado también al personal de seguridad, en general externo, a capacitaciones sobre la manera de reaccionar en caso de agresiones.

Por su parte, la encuesta aplicada al personal que trabaja en salud tuvo por objetivo conocer el nivel de **conocimiento** que tiene el personal de salud sobre la **existencia de un protocolo** de actuación en caso de agresiones ex-

ternas. En este, se observa que hay diferencias significativas¹⁸ entre los SS, donde a nivel general un 37,5% dice que 'No' lo sabe, y el 62,5% restante que 'Sí', con diferencias que van desde un 69% que indican 'sí' en centro privado; 58% en el SSM Sur Oriente, a un 30% en el SSM Oriente. Es importante resaltar que este no es un análisis sobre el número de establecimientos que cuenta o no con protocolo, sino el conocimiento que tienen las personas que trabajan en salud sobre este protocolo.

CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO SEGÚN SERVICIO DE SALUD

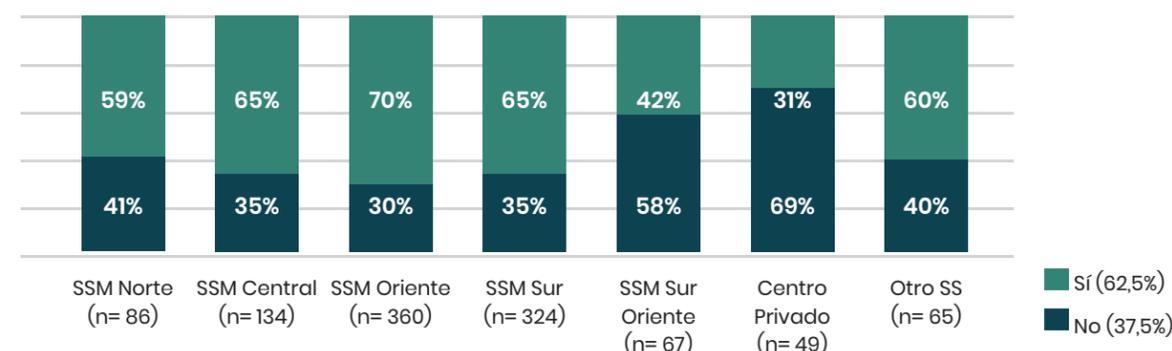


Gráfico n°7

En cuanto a estamento no se observan diferencias estadísticamente significativas (según la prueba de χ^2). Aquellos que respondieron el cuestionario, que dicen 'Sí' conocer el Protocolo, son el 33% de los profesionales no médicos, el 37% de administrativos, el 38% de técnicos, el 43% de médicos y el 44% de auxiliares.

De aquellos que declararon conocer la existencia de un protocolo, 692 personas de un total de 1.107 (es decir un 62,5%) se les consulta por el nivel de conocimiento del contenido del mismo. En este no se aprecia una asociación estadística entre el SS de donde proviene la persona que responde (o si es de Centro Privado), con la respuesta ante esta pregunta: un 48% responde 'sí, bastante bien' y 'sí, lo leí una vez'; mientras que el 22% responde 'no, sólo una idea general' y 'no, sólo sé que existe', dejando a casi un tercio de la muestra en una posición intermedia.

¹⁸ Con un χ^2 significativo.

CONOCIMIENTO DEL CONTENIDO DEL PROTOCOLO SEGÚN SERVICIO DE SALUD



Gráfico n°8

CONOCIMIENTO DEL CONTENIDO DEL PROTOCOLO SEGÚN ESTAMENTO

Sin embargo, por estamento sí se observan diferencias significativas (χ^2), donde un 37% del estamento técnico lo conoce 'bastante bien' o 'lo ha leído una vez' o un 56% de profesionales no médicos que responden las mismas alternativas. Por otro lado, en las respuestas 'no, sólo una idea general' y 'no, sólo sé que existe', la variación va desde un 20% entre los médicos a un 27% entre los técnicos, es decir, 7 puntos de diferencia ante 19 puntos en las opciones que se presentan primero.

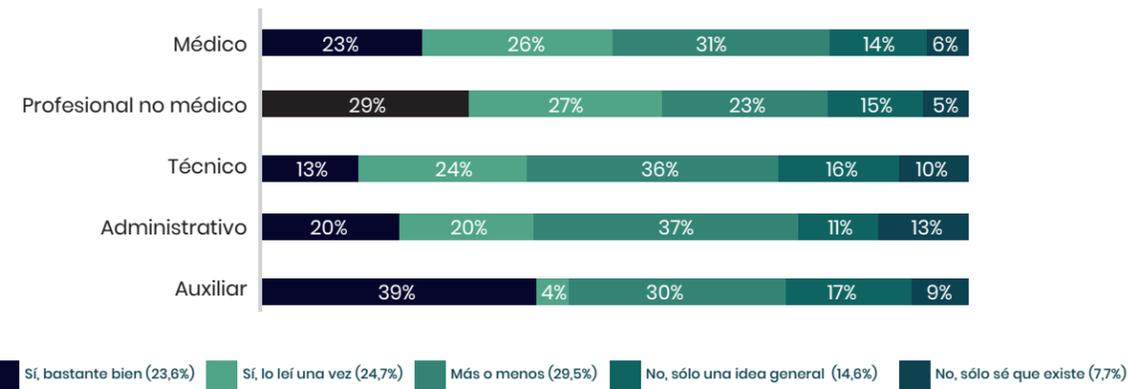


Gráfico n°9

El conocimiento y la identificación de **situaciones de riesgo de violencia** es fundamental para poder enfrentarlas, tanto desde la prevención, individual e institucional, como también en cuanto a la mitigación de los efectos que ésta puede tener y el abordaje que se haga del problema. Este debe considerar las características específicas del entorno y de la población que se atiende, de las posibilidades y limitaciones que entrega tanto la infraestructura como la organización del trabajo, así como los servicios específicos que se provean. A nivel total, un 32% de las personas dice conocer 'bastante bien' las situaciones de riesgo y un 44% 'algunas', sumando un 76,3%. Un 24% no las conoce.

CONOCIMIENTO DE SITUACIONES DE RIESGO DE VIOLENCIA SEGÚN SS

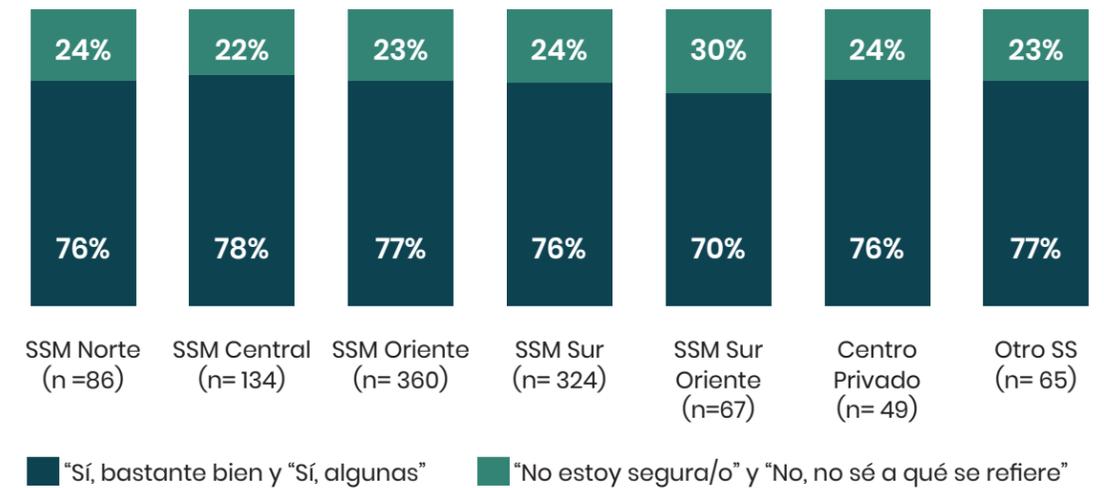


Gráfico n°10

En cuanto a qué hacer en caso ser agredido por un usuario externo, no se observan diferencias estadísticamente significativas, según la prueba de χ^2 , tanto según SS como según estamento. En el caso de los auxiliares es importante considerar que estos son solo 6 casos.

Sin embargo, importante destacar que sobre un 60% de las personas dice que sabría qué hacer en este caso.

CONOCIMIENTO SOBRE QUÉ HACER EN CASO DE AGRESIÓN SEGÚN SS Y ESTAMENTO

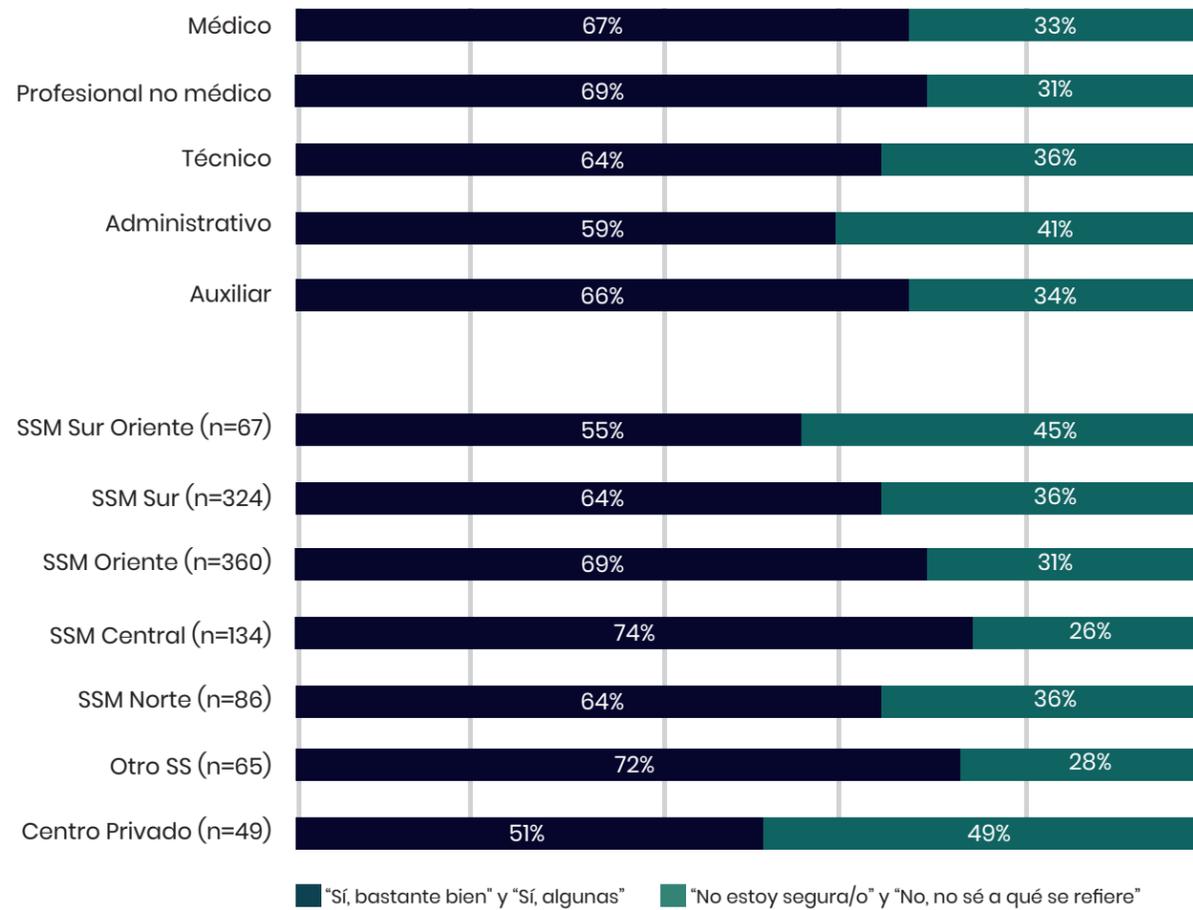


Gráfico n°11

En cuanto a **instancias formales de difusión y conocimiento del protocolo de agresión** que se hayan realizado en los establecimientos de salud, sobre un 81% declara no haber participado en ellas, con un 91% del SSMOr y un 79% del SSMOcc; y solo un 17,3% ha participado. Para este ítem, la prueba de χ^2 arroja significancia estadística, tanto para los SS como para estamento.

Con respecto a los comentarios que realizaron en el cuestionario a PTS, se subrayan inquietudes significativas en relación con la difusión de protocolos destinados a abordar las agresiones externas, así como un desconocimiento de las medidas que se han implementado en sus espacios de trabajo. Aunque algunos funcionarios señalan que en sus respectivos establecimientos se han llevado a cabo medidas de difusión de los protocolos y, por lo tanto, están al tanto de los procedimientos a seguir en caso de agresión, la mayoría de los comentarios hacen hincapié en la necesidad de una difusión efectiva de estos documentos y una orientación más completa sobre los procedimientos. Al respecto, se indica que *"en ningún momento se me informa sobre medidas de seguridad o qué hacer en caso de agresión, lo poco que sé, son [por] conversaciones de pasillo con algunos otros funcionarios, pero no todos tienen claridad en el tema."* Por lo tanto, se destaca que *"se requiere más difusión verbal, a través de reuniones y/o capacitaciones sobre este tema y los protocolos para todos los funcionarios"*.

El desconocimiento de las medidas establecidas en los documentos traería consigo una sensación de desprotección mayor hacia los funcionarios de salud, en tanto no están familiarizados con los procedimientos a seguir en caso de agresión. Ejemplo de esto cuando se describe *"hubo una agresión ayer en el hospital un paciente se descompensó y pateo puertas, gritaba groserías, escupió la cara a una funcionaria y nadie sabía qué hacer"*. En consecuencia, las respuestas evidencian que la falta de una difusión adecuada de los protocolos conduce a que el personal no esté debidamente informado sobre cómo reaccionar en situaciones de riesgo, dejándolos en una posición vulnerable y sin una comprensión clara de sus derechos y recursos institucionales disponibles en caso de agresión.

Todo lo anterior es abordable desde la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de acciones de comunicación. Entre los y las entrevistadas, existe un consenso en que las acciones de difusión del protocolo deben ser permanentes para que sean efectivas, ya que no solo el contenido es el relevante, sino que también la frecuencia con que es tratada la temática. Por otro lado, mencionan la necesidad de repetir la información para que sea incorporada por las PTS, que a pesar de contar con distintas instancias de difusión y capa-

citación, continúa habiendo personas que desconocen o que desconfían. Para esto, refieren requerir apoyo de los Servicios de Salud y el MINSAL, sobre todo a nivel de material de comunicaciones que pudiera ser enviado a todos los SS y establecimientos.

IV. PARTE 4: IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO

Realizada la elaboración y difusión del protocolo, se presenta la etapa en donde las acciones y procedimientos allí estipulados sean implementados de acuerdo a las diferentes situaciones que se presenten, lo cual considera un trabajo de capacitación y monitoreo permanente. Esto permite asegurar que las personas clave relacionadas con el afrontamiento a la agresión conocen sus roles y marco de acción, y las PTS conocen los mecanismos ante los cuales asirse.

Estas acciones son asumidas por los referentes de la temática, un área de la organización, o bien, el comité de agresiones externas u otro que haya asumido el tema, quienes están al tanto de las situaciones de agresiones que ocurren, las acciones de mitigación que se despliegan y los reportes que se generan. De acuerdo al relato de los participantes de las entrevistas, el que un área o unidad específica de la institución asuma la temática dentro de sus responsabilidades, designando como referente a uno de sus integrantes, permite generar una mirada más integrada a la gestión, pudiendo coordinar distintas iniciativas y acciones en un marco de tiempo, que genera coherencia y consistencia, maximizando el uso de recursos.

Con respecto a la utilidad que tiene el protocolo, las personas entrevistadas señalan que, si bien, es perfectible, las PTS perciben que existe una preocupación por su bienestar a nivel institucional al contar con un procedimiento claro y estándar, como una base mínima. Esto aumentaría la sensación de seguridad, respaldo y compromiso, por tanto, esta idea refuerza la importancia de que el protocolo sea conocido por todos los y las trabajadoras, y no solo por quienes están más expuestos o han sido víctimas de agresiones.

Se señala que el protocolo se aplica ante situaciones de agresión a funcionarios, aunque con variaciones que responden al contexto. En su mayoría lo perciben como un documento útil, sin embargo, cuenta con limitaciones importantes en cuanto a alcance y efectividad a ser tomadas en cuenta, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

- Los protocolos son considerados no vinculantes, lo que significa que su aplicación puede ser opcional o discrecional, lo cual deja margen para la inacción por parte de las jefaturas u otros actores clave involucrados, o la falta de aplicación de sanciones a los agresores.
- Se menciona que la realidad de distintas unidades de un mismo establecimiento es muy diferente en funcionamiento, procedimientos y recursos, por tanto un solo procedimiento no siempre da respuesta a las necesidades y posibilidades particulares de cada área.
- En ocasiones, no es posible advertir potenciales situaciones de agresión o abordar las que ocurren porque, por procedimiento, se le otorga esa responsabilidad a la Dirección o Jefaturas, quienes por su rol pueden estar desempeñando otras tareas, por tanto depender sólo de esos cargos resta celeridad para abordar las situaciones de violencia de manera preventiva u oportuna.
- Los protocolos existentes no logran dar cuenta de la magnitud y diversidad de las agresiones a las que se enfrenta el personal de salud. Esto significa que, por un lado, los procedimientos establecidos pueden ser incompletos o insufi-

cientes para abordar todas las formas de agresión que ocurren en los establecimientos, y por otro lado, los protocolos se centran en ciertos tipos de agresión, como las físicas, mientras que otras formas, como las agresiones verbales o psicológicas, pueden quedar fuera de su alcance o son invisibilizadas, normalizadas, por las propias PTS, como 'parte del trabajo', siendo que es el tipo más frecuente de violencia externa.

- En este sentido, se reconoce como parte importante del trabajo comunicacional y de capacitación que se debe hacer para las PTS, es precisamente en cuanto al reconocimiento de aquello que es violencia como tal, al cambio cultural que implica reconocer las agresiones como algo que no sólo no es positivo, sino que debe actuarse frente a esos hechos, tanto desde la prevención, como de la mitigación de sus efectos. Este es un cambio que se reconoce como uno difícil, que requiere del trabajo coordinado, planificado y permanente de parte las instituciones, a diferentes niveles, y entre las PTS.
- El protocolo está principalmente enfocado a acciones de afrontamiento de la agresión, desde lo reactivo, sin embargo, existe consenso en que es necesario fortalecer las estrategias de prevención y mitigación, ya sea para evitar las agresiones o reducir su impacto.
- Se percibe falta de comunicación y orientación posterior a la agresión, ya sea para ajustar las expectativas que pueden tener los y las funcionarias, o bien, para informar las acciones de mitigación que se realizarán. En la encuesta se señala que *"más que llenar un formulario, todo queda ahí, solo en un formulario sin saber que acciones se tomarán..."*, lo cual puede desincentivar la formalización

de la agresión, como cuando se afirma *"No realicé el formulario porque nunca solucionan nada. Ya en otras oportunidades he llenado el formulario y no pasa nada"*. Esta situación desincentivaría la notificación de situaciones de violencia.

- Se debe en muchos casos 'recuperar la confianza' de las PTS, en los protocolos, en las capacidades y posibilidades que tiene la institución para con sus trabajadoras/es, en regular expectativas, pero también cumplirlas.
- Se espera que se implementen acciones punitivas hacia los usuarios que agreden, con el fin de establecer un mensaje institucional con respecto a el rechazo a este tipo de prácticas y las consecuencias que tienen para los agresores. Si bien, existe la posibilidad de dar el alta disciplinaria o solicitar el cambio del usuario a otro establecimiento de salud, es una práctica que no se utiliza por las dificultades a nivel de Red que existen, entre otras. En la encuesta al personal de salud se menciona que *"tenemos usuarios que son agresivos pero ahí están, continúan con sus atenciones impunes y maltratando a todo el personal"*, y *"Entonces los funcionarios dicen nos escuchan, nos contienen y nos entienden, pero el paciente sigue acá igual [sic]"*, situaciones que generan malestar generalizado y falta de confianza en las instituciones (y sus protocolos).
- Por otra parte, existe la percepción de que las conductas agresivas por parte del usuario se están consolidando como una práctica que permite obtener los resultados que buscan o acelerar los tiempos de respuesta, ya que lo que suele ocurrir es que a las personas que agreden se las deriva a la jefatura o a la Dirección, por tanto, se está instalando como una práctica extendida. En este contexto, expresan que esta situación les genera frustración y un sentimiento de hastío, ya que *"la política de este hospital es darle siempre la razón al usuario independiente que él sea el agresor,"* y añaden que *"la jefatura siempre indica que el paciente tiene la razón, aun explicando [la] situación y [el] contexto. Finalmente siempre el usuario tiene la razón"*. Las PTS apuntan que esta disposición institucional de tomar partido por el usuario en lugar del personal de salud parece estar motivada por la intención de evitar mayores conflictos con el paciente o sus acompañantes, sin embargo, subrayan la necesidad de contar con un mayor respaldo por parte de sus superiores en situaciones de violencia.

- Existe la percepción de que los procedimientos establecidos no reflejen las necesidades y desafíos actuales que enfrenta el personal de salud, lo que se puede traducir en ineficacia para abordar las realidades cambiantes en el entorno de trabajo de la salud. En un contexto donde la violencia no baja su intensidad y aumenta su frecuencia, requieren que el protocolo esté en constante revisión, logrando anteponerse a futuros casos de violencia más extrema.

V. PARTE 5: MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DE AGRESIONES

En el cuestionario a personas que trabajan en salud se realizó una consulta sobre aquellas medidas específicas que se han implementado en los establecimientos y el conocimiento y percepción que tienen las personas sobre estas. Las alternativas y categorías propuestas se basan en la Norma 28 del Ministerio de Salud.

Se presenta el análisis según Servicio de Salud (de la RM y de otras regiones) y los Centros Privados, que permite la comparación entre estos, según el porcentaje de personas que marcaron cada una de las alternativas de respuesta; y según nivel de atención, distinguiendo entre Atención Primaria (APS), nivel secundario y terciario, y los centros privados, y se complementa con la información obtenida de las entrevistas y comentarios de las PTS.

E. Medidas de trabajo con la comunidad

El primer grupo de preguntas se refiere a medidas de trabajo que se han realizado con la comunidad, según indica o propone la Norma 28. Esta se presenta como *“una tarea importante para prevenir las agresiones a los miembros del equipo de salud y a todos que puedan tener relación con el usuario es crear canales abiertos de comunicación con la comunidad, tanto con el usuario particular, como con los representantes de la comunidad organizada, permitiendo por un lado informar al usuario sobre la cartera de servicios del establecimiento y su real capacidad de resolución, y por otro, generando fuertes lazos y sentimientos de pertenencia por parte de la comunidad con su establecimiento de salud.”* (Norma 28, pg.8). Luego se enumeran una serie de medidas que se sugiere llevar a cabo por parte de los establecimientos de salud.

Para la primera pregunta, un 24% responde ‘no sé’, que da una indicación importante con respecto al conocimiento que tienen las personas sobre las medidas que se llevan a cabo con la comunidad. Menos de un 1% de la muestra marcó esta opción y a la vez otra alternativa; por otro lado, un 12% marca la alternativa ‘ninguna de las anteriores’. Esto da cuenta que hay una proporción importante de PTS que ‘no sabe’ o que no reconoce, dentro de las medidas sugeridas, aquellas que se puedan estar llevando a cabo en el establecimiento o desde él.

Luego, las dos medidas más mencionadas (‘dar respuesta a reclamos y sugerencias de la comunidad’ con un 54% de menciones y ‘facilitar el acceso a OIRS’, con 46%) se relacionan con dar el espacio a las y los usuarios para que puedan manifestar su opinión o reclamar (estando establecidos los procedimientos y plazos para ello, con plazos y formatos establecidos desde el nivel central). Ambas alternativas se ven considerablemente más marcadas en establecimientos de APS que en hospitales o centros privados.

¿CÚAL/ES DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS SABE UD. QUE SE HA/N IMPLEMENTADO EN EL ESTABLECIMIENTO?
(MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDA) [% DE PERSONAS POR CATEGORÍA QUE MARCARON LA ALTERNATIVA]

	SSM Norte	SSM Central	SSM Oriente	SSM Sur	SSM S - Or	Centro Privado	Otro SS	APS	Hospital	Centro Privado	TOTAL Menciones
Dar respuesta a reclamos y sugerencias de la comunidad	48%	40%	63%	52%	45%	51%	51%	63%	48%	51%	592 (53,5%)
Facilitar el acceso a OI RS	42%	34%	52%	49%	37%	10%	60%	58%	40%	10%	506 (45,7%)
No sé	35%	29%	18%	26%	30%	22%	17%	18%	28%	22%	263 (23,8%)
Desarrollo de actividades comunitarias con el equipo de salud	3%	7%	24%	15%	22%	10%	18%	31%	8%	10%	186 (16,8%)
Detallar y comunicar la cartera de servicios del establecimiento a la comunidad	5%	11%	20%	12%	10%	18%	14%	20%	10%	18%	158 (14,3%)
Trabajo continuo con comités de salud local	7%	11%	16%	17%	9%	6%	11%	22%	10%	6%	156 (14,1%)
Ninguna de las anteriores	10%	20%	11%	8%	13%	22%	17%	7%	15%	22%	133 (12%)
Entrega de documento de notificación con cartera de prestaciones, al ingreso o egreso de un programa de salud	3%	9%	10%	6%	7%	14%	18%	12%	6%	14%	96 (8,7%)

Tabla n°6

La percepción sobre estas medidas implementadas es mayormente 'Regular' con un 39% de las opciones, seguido de un 32% de 'Mala'; un 16% no tiene opinión con respecto a ellas. En opinión de varios entrevistados, así como de la literatura al respecto, las medidas que se desarrollen con la comunidad son fundamentales para la prevención de agresiones.

PERCEPCIÓN RESPECTO DE LAS MEDIDAS DE TRABAJO CON LA COMUNIDAD IMPLEMENTADAS, SEGÚN SS.

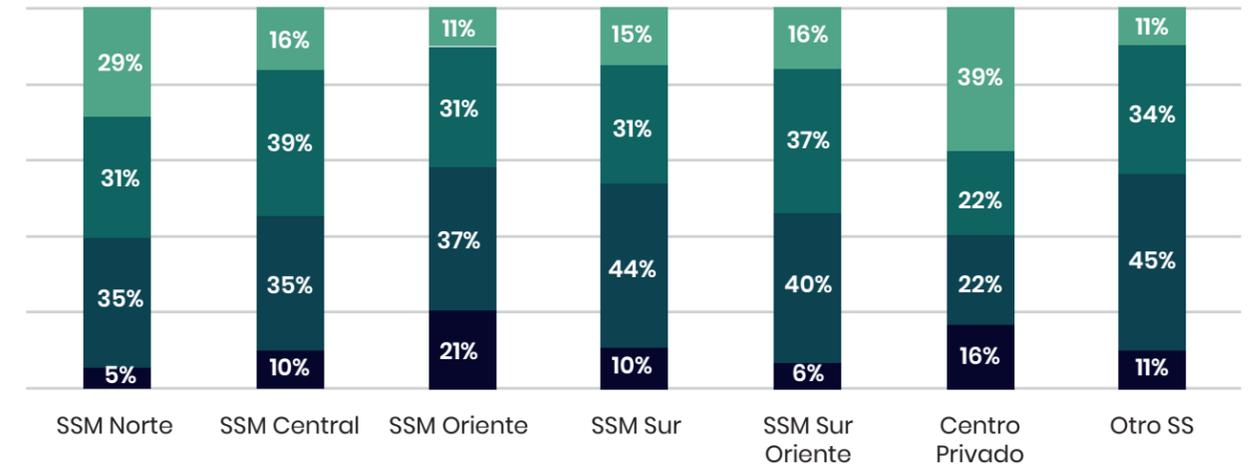


Gráfico n°12

■ Buena (13,1%) ■ Regular (38,7%) ■ Mala (32,4%) ■ No sé (15,8%)

Los comentarios proporcionados por las PTS identifican que las situaciones de violencia a menudo se originan en la falta de información por parte de los usuarios sobre el funcionamiento interno de las unidades y servicios de salud. En este sentido, existe un consenso de que muchos incidentes de agresión podrían prevenirse si los pacientes y sus acompañantes tuvieran un mejor entendimiento de las normas y, sobre todo, de las limitaciones del sistema de salud. En ese sentido, se indica que "los usuarios y sus familiares llegan muy agresivos exigiendo muchas veces cosas que no pasan por el personal" y que "la prevención va por trabajar con el usuario, hacerle ver que rol cumple realmente la atención en salud, qué le podemos ofrecer y qué no, que hay cosas que son de nuestro ámbito, pero otras no".

Al respecto, en las entrevistas este tema se aborda desde dos aristas: en primer lugar, se considera necesario educar a los usuarios y comunidad en el día a día a través de una comunicación fluida en base a procedimientos consistentes y estandarizados para todos. Y en segundo lugar, realizar un trabajo a través de las áreas de Participación Ciudadana, para utilizar canales de comunicación efectivos y mensajes claros dirigidos a la comunidad con respecto a los estándares de atención, esperando que tenga un impacto en disminuir la conducta agresiva.

En línea con esto último, se habla de la posibilidad de establecer a través de las áreas de Participación Ciudadana un trabajo conjunto con el consejo consultivo, los comités de desarrollo local y la comunidad organizada, para generar una campaña comunicacional con participación ciudadana para la promoción del buen trato mutuo entre trabajadores y usuarios.

Una experiencia interesante, llevada a cabo en un SS con apoyo de su OAL, fue el realizar un trabajo, primeramente, con las PTS, en cuanto al problema, las situaciones de riesgo, la manera en la que lo abordaban, las falencias que percibían, el cómo vivían esas situaciones, como las experimentaban desde sus propias subjetividades. Luego, se realizó el mismo trabajo, con la comunidad. En base al trabajo realizado se crearon diferentes 'productos': campaña comunicacional, tanto hacia el usuario interno como externo (donde, por ejemplo, se les solicitó a las PTS que escribieran una frase a transmitirle a la comunidad, con respecto a cómo se sentían frente a las agresiones y las consecuencias que ello tenía; igual a la comunidad, el cómo se sentían con respecto al trato re-

cibido de parte de las PTS. Estas formaron parte de la campaña de sensibilización que se realizó en la Red), información sobre el protocolo y los apoyos a los que podían acceder a PTS, información a la comunidad en relación al funcionamiento de los establecimientos de salud (toma de horas, tiempos de espera, *triage* en urgencia, en qué casos acudir dónde, entre otros aspectos), se generaron cápsulas sobre el buen trato, tanto para PTS como para usuarios externos, entre otras medidas. Este material fue ofrecido a otro SS, por parte del mismo OAL, con la posibilidad de adaptarlo a las condiciones específicas de este último, que rechazó el ofrecimiento.

Esta experiencia da cuenta de diferentes puntos que nos parece relevante señalar: la importancia que tiene el trabajo con usuarios externos e internos, de forma coordinada y complementaria, escuchar ambas caras de la historia; la necesidad de compartir experiencias, positivas y negativas, entre los SS, con el fin de aprender de ellas y poder replicar aquello que funciona y tiene efectos positivos; el trabajo coordinado y colaborativo con todos los actores, incluyendo los OAL, de todos los establecimientos de salud que pertenecen a una Red, independiente del nivel de atención (donde se pudiera incorporar hasta el mundo privado), con miras a la integración de la Red, reconociendo que la población beneficiaria, es la misma, y que, probablemente, las PTS también comparten realidades similares.

F. Medidas de mejoramiento interno

Las medidas de mejoramiento interno (educación para la salud en y desde el lugar de trabajo), está descrito en la Norma 28 como *"Establecer un programa formativo cuyo objetivo será educar al equipo de trabajadores en habilidades de comunicación e información a usuarios y familiares. Debe incluir técnicas de afrontamiento directo de situaciones conflictivas e información de los aspectos legales sobre las mismas."* En esta se definen los contenidos que deben ser tratados y las personas a quienes dirigir el programa, realizando *"campañas de concienciación y sensibilización sobre la prevención de la violencia en el trabajo (...) dirigidos a los profesionales de los mismos, como al resto de la población a*

través de diferentes medios de difusión.” (Norma 28, pg.8).

La medida más marcada, con un 75% de menciones, es ‘no he asistido / no sé si hubo’, con una distribución relativamente similar entre los distintos niveles de atención. Este se puede considerar un punto crítico en la implementación de medidas que, reconociendo la existencia del problema y la multidimensionalidad de éste, el fortalecer las habilidades de las PTS para hacer frente a este, es fundamental con el objetivo de disminuir los efectos que tienen estas situaciones, especialmente sobre la salud mental de las PTS. Por otro lado, la transmisión de herramientas que permitan prevenir las situaciones de riesgo y, de alguna manera, poder evitar su ocurrencia, siempre en conjunto con las medidas antes mencionadas de trabajo con la comunidad.

En segundo lugar, marcado por un 16% de personas, está el tener conocimiento o haber asistido en capacitaciones enfocadas en las habilidades de comunicación, especialmente necesario en el caso de atención en salud. Luego, con un 12% de menciones, está el apoyo psicológico, que en general se entrega posterior al evento de agresión; y finalmente la capacitación en técnicas de afrontamiento ante situaciones de agresión u otras que presenten dificultades para las PTS (con un 8% de menciones). En esta última hay una diferencia importante entre las menciones en centros de APS (con un 10%) a lo que son Centros Privados (con un 2%).

Muchas de estas acciones son propuestas y llevadas a cabo por parte de los Organismos Administradores de la Ley (OAL) 16.744 (de Salud y Seguridad en el Trabajo), donde, desde el reconocimiento de que las agresiones

en salud pueden ser consideradas como accidentes laborales (según el caso) y llevar a Enfermedades de Salud Profesional, estos OAL tienen una responsabilidad en su prevención y mitigación. Sin embargo, es importante mencionar que los servicios y acciones que ofrecen estos OAL dependen, por un lado desde la demanda de los establecimientos de salud y la relación que establezcan éstos con su OAL; y por otra parte, la denuncia de estas situaciones a los OAL depende de la voluntariedad de la persona de hacer esta denuncia (mediante una DIAT o DIEP) con el fin de que sea evaluada y cubierta bajo las prestaciones que establece y mandata la Ley.

¿UD. SABE O HA ASISTIDO A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE MEJORAMIENTO INTERNO, QUE SE HAYA REALIZADO EN SU ESTABLECIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE AGRESIONES?
(MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDA) [% DE PERSONAS POR CATEGORÍA QUE MARCARON LA ALTERNATIVA]

	SSM Norte	SSM Central	SSM Oriente	SSM Sur	SSM S - Or	Centro Privado	Otro SS	APS	Hospital	Centro Privado	TOTAL Menciones
No he asistido / No sé si hubo	80%	76%	70%	74%	84%	80%	77%	71%	76%	80%	825 (74,5%)
Capacitación en habilidades de comunicación	10%	10%	22%	17%	7%	14%	11%	19%	14%	14%	178 (16,1%)
Apoyo psicológico	7%	18%	12%	11%	7%	8%	12%	12%	12%	8%	131 (11,8%)
Capacitación en técnicas de afrontamiento	12%	2%	9%	9%	6%	2%	12%	10%	7%	2%	89 (8%)

Tabla n°7

La participación de las personas que trabajan en salud en estas instancias son fundamentales, en cuanto es un riesgo que está presente, en mayor o menor medida, en todos los establecimientos, por lo que la entrega de herramientas para abordar a las y los usuarios es un factor también fundamental ante el riesgo, como medida preventiva. La percepción de estas medidas implementadas es baja, con solo un 10% que dice 'Buena' ante la pregunta planteada; un 36% considera que éstas son 'Regular' y un 30% 'Mala'.

PERCEPCIÓN RESPECTO DE LAS MEDIDAS DE MEJORAMIENTO INTERNO IMPLEMENTADAS, SEGÚN SS

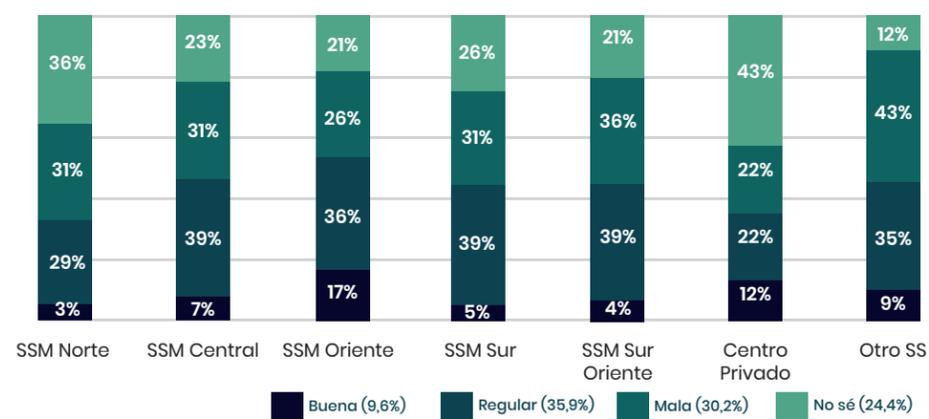


Gráfico n°13

De acuerdo a los comentarios dejados en la encuesta, una de las demandas recurrentes de las PTS es la necesidad de recibir capacitación específica en el manejo de situaciones de agresiones físicas y verbales. En esta línea se señala que *“faltan más charlas y capacitaciones de*

parte de esta institución, con el fin de conocer los protocolos y formalidades, por si llego o mis compañeras llegamos a sufrir alguna agresión de parte de los usuarios.” Las PTS sienten que carecen de las habilidades necesarias para lidiar con la hostilidad de los pacientes, familiares y otros usuarios. Así como también se mantienen en un desconocimiento de las medidas indicadas por el protocolo que deben seguir en estas situaciones. Por esto, recalcan que es necesario *“dar difusión [de los protocolos] a los funcionarios y capacitar con respecto a las agresiones por usuarios o acompañantes con respecto a cómo debo enfrentar este tipo de situaciones y cuáles son mis derechos y cómo el establecimiento me apoya al respecto”*.

Asimismo, se añade que las capacitaciones deberían contemplar la participación de todo el personal, pues la experiencia de algunos sectores indica que no se les ha incluido de estas instancias, a pesar de estar en contacto directo con usuarios y, por tanto, verse expuestos a situaciones de riesgo. Por ejemplo, se señala *“lamentablemente, como servicio de Alimentación no siempre se nos considera en capacitación o difusión de este tipo de medidas, a pesar de tener contacto permanente con los usuarios externos y sus familiares”*.

De acuerdo a las entrevistas, se identifica otro tipo de medidas que podría considerarse de mejoramiento interno, haciendo alusión a aquellas dirigidas al análisis e identificación de aspectos de mejora en las causas que se han detectado como el posible origen de la agresión. Una de las personas entrevistadas comenta que, en paralelo al apoyo y acompañamiento que se le presta a el/la funcionario/a agredido/a, la situación de agresión se aborda con un enfoque organizacional que permite elaborar planes locales que apunten a solucionar las causas que generan la agresión. Esto se traduce en que, ocurrido un acto de violencia en un determinado servicio, se reúnen con las jefaturas y equipos involucrados, levantan en conjunto sus factores de riesgo, reconociendo la necesidad de que ellos/as mismos/as los detecten, ya que conocen mejor su realidad, y posteriormente realizan planes acotados de mitigación, para evitar que una nueva agresión surja de la misma causa detectada.

G. Medidas de Seguridad

En cuanto a medidas de seguridad, la Norma 28 establece que “se recomienda a cada Institución, en coordinación con el Servicio de Salud, dentro de su ámbito de actuación y de manera progresiva, la implementación de las siguientes medidas...” (Norma 28, pg.9), estableciendo medidas “pasivas” (alarmas, videocámaras, salidas alternativas, acompañamiento en situaciones de riesgo) y medidas “activas” (servicios de seguridad, acomodaciones estructurales y procedimientos con fuerzas policiales).

DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS ¿CUÁL SABE QUE SE HA IMPLEMENTADO EN SU ESTABLECIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE AGRESIONES? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDA) [% DE PERSONAS POR CATEGORÍA QUE MARCARON LA ALTERNATIVA]											
	SSM Norte	SSM Central	SSM Oriente	SSM Sur	SSM S - Or	Centro Privado	Otro SS	% APS	% At. 2° y Hospital	% Centro Privado	TOTAL Menciones
Servicio de seguridad	28%	42%	40%	37%	24%	27%	35%	34%	39%	27%	404 (36,5%)
Videocámaras	16%	20%	46%	36%	27%	37%	42%	48%	28%	37%	394 (35,6%)
Alarmas	14%	38%	41%	26%	24%	6%	12%	46%	21%	6%	330 (29,8%)
Acompañamiento en situaciones de riesgo	19%	31%	27%	21%	13%	22%	22%	30%	19%	22%	261 (23,6%)
Ninguna	21%	12%	13%	15%	25%	22%	29%	14%	17%	22%	181 (16,4%)
No sé	35%	11%	13%	19%	16%	27%	3%	9%	20%	27%	178 (16,1%)
Procedimientos con fuerzas policiales	6%	21%	13%	17%	12%	12%	9%	11%	16%	12%	155 (14%)
Salidas alternativas	7%	6%	8%	6%	3%	10%	6%	7%	7%	10%	78 (7%)
Acomodaciones estructurales	5%	6%	5%	7%	7%	8%	9%	5%	7%	8%	70 (6,3%)

Tabla n°8

El 54% de las personas considera que estas medidas han sido ‘regular’ y un 25% las considera ‘mala’. Es decir, hay una apreciación más bien negativa de las medidas implementadas, con casi 2/3 de la muestra que manifiesta una opinión que desapruueba la gestión e implementación de este tipo de medidas.

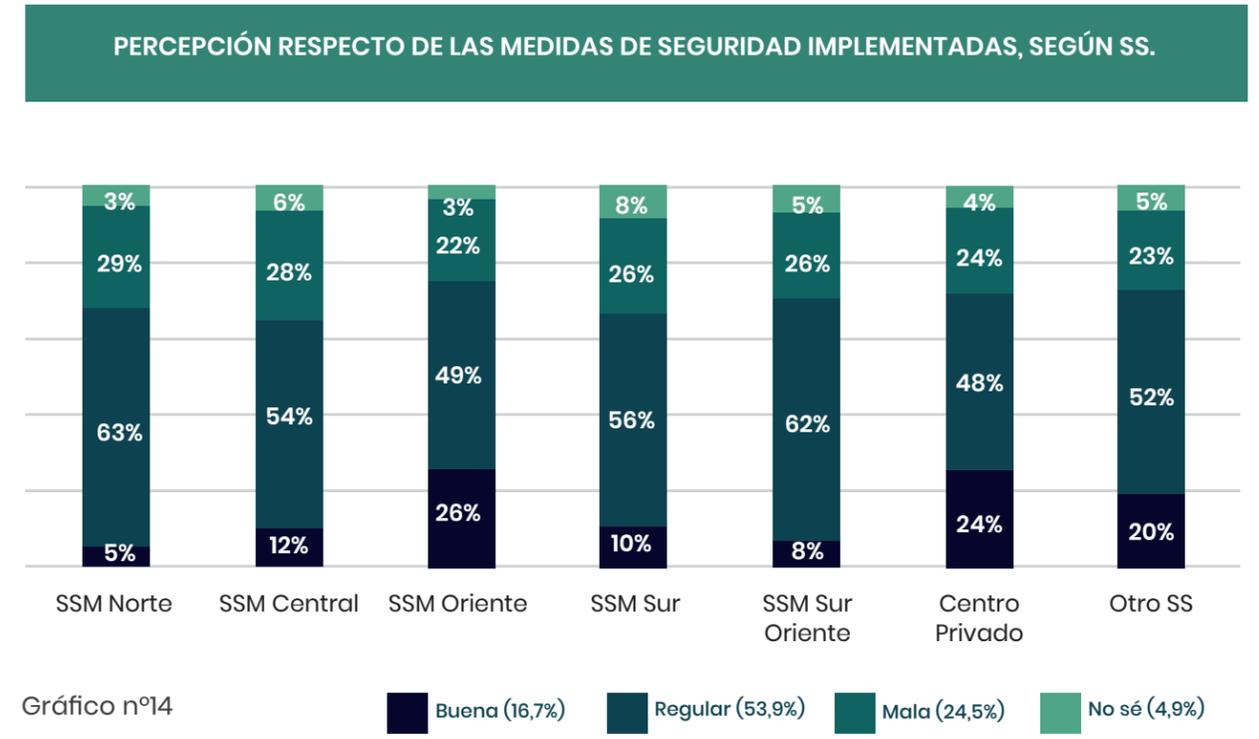


Gráfico n°14

Es importante destacar que en este grupo de preguntas es donde se presenta la menor cantidad de personas que marcan la alternativa ‘no sé’ en cuanto a la percepción, tomando una posición clara. Esto se puede interpretar en el sentido de que son las medidas más visibles, o que no requieren de una participación explícita o conocimiento específico.

Señalan que, para subsanar este punto, sería necesario establecer pisos mínimos que aseguren su correcto funcionamiento, como sería la seguridad en los establecimientos. Particularmente, mencionan que hay casos en los que no cuentan con cámaras, mamparas o alarmas, y que los guardias contratados, por un lado, no dan abasto para todas las entradas que poseen los hospitales y, por otro lado, no cumplen el objetivo de resguardar la seguridad en los recintos (falta de capacitación y condiciones físicas). En este último punto, es relevante mencionar que los guardias de seguridad que son contratados como un ser-

vicio externo al establecimiento, deben regirse también por estrictos protocolos, que muchas veces incluyen la prohibición expresa de tocar a pacientes o sus acompañantes, de involucrarse en situaciones de conflicto, de “defender” a uno y otro lado o tomar posición, entre otros. Estos protocolos están diseñados para resguardar la seguridad de los pacientes, en cuanto, una vez dentro del establecimiento de salud, este es el responsable último. Así también, en casos, los guardias externos están para resguardar la integridad de las instalaciones e infraestructura, y no la de las personas que trabajan en él. Este es un punto que se comenta debe fijarse y establecerse, tanto con los guardias de seguridad privados, como con la presencia de carabineros dentro de los establecimientos.

En las entrevistas se comenta que lo que ha generado más impacto en la disminución de agresiones ha sido el botón de pánico, establecer vías de escape para los funcionarios y restringir accesos a usuarios. En este sentido, se han instalado, por ejemplo, protocolos que indican que, al presionar el botón de pánico, una PTS puede entrar al box de atención de donde se genera la alerta, sin tocar la puerta ni esperar; o se establecen claves por alta voz que indican dónde se está produciendo una situación de agresión con el objetivo que el personal encargado vaya al lugar.

En esto se comenta la necesidad de afianzar las relaciones con el sector, específicamente seguridad ciudadana y carabineros, para establecer un funcionamiento que beneficie a todas las partes involucradas.

VI. PARTE 6: EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD

Para dar contexto a las preguntas incorporadas en el cuestionario a PTS con respecto a su experiencia y la percepción que tienen con respecto al protocolo, se presentó en el apartado 2 de este documento, el último informe realizado por el MINSAL de los reportes de agresiones a funcionarios de la salud ingresados a la plataforma centralizada de la cual dispone el ministerio para estos fines. Estos datos permiten poner el marco a nivel nacional del problema y entender de mejor manera los que se presentan a continuación; sin embargo, es importante resaltar nuevamente que este estudio versa sobre la implementación de la Norma y no sobre el fenómeno de las agresiones en sí mismo.

H. Uso y percepción del Protocolo según el cuestionario a PTS

Con el objetivo de tener una aproximación de la exposición a agresiones que han tenido las personas que trabajan en salud que responden la encuesta, se incorporaron dos preguntas, que luego van dirigidas al uso del protocolo y su percepción sobre este. Se presenta el gráfico con número de personas que trabajan en salud (en vez de porcentaje), ya que cada uno de los casos que estos datos reflejan son personas, con experiencias únicas, que han sufrido o sufren de agresiones por parte de las y los usuarios. Por lo que, si bien en términos porcentuales estos pueden parecer valores menores, al momento de individualizarlos, cada caso refuerza la necesidad de acciones para evitar que ello ocurra.

De la muestra analizada, hay 90 personas que trabajan en salud que han estado expuestas ‘diariamente’ o ‘semanalmente’ a agresiones físicas y 181 personas a agresiones psicológicas. En este último, es importante considerar que puede haber un sub reporte importante dada la naturalización que hay entre las PTS de este tipo de situaciones. 34 personas declaran estar expuestas ‘mensualmente’ a agresiones físicas y 264 dicen ‘sí, unas pocas veces’. En las agresiones psicológicas, nuevamente este número aumenta, a 110 y 397 respectivamente.

719 personas dicen no estar expuestas a agresiones físicas y 419 a agresiones psicológicas. Este último número representan un 65% y un 38% respectivamente.

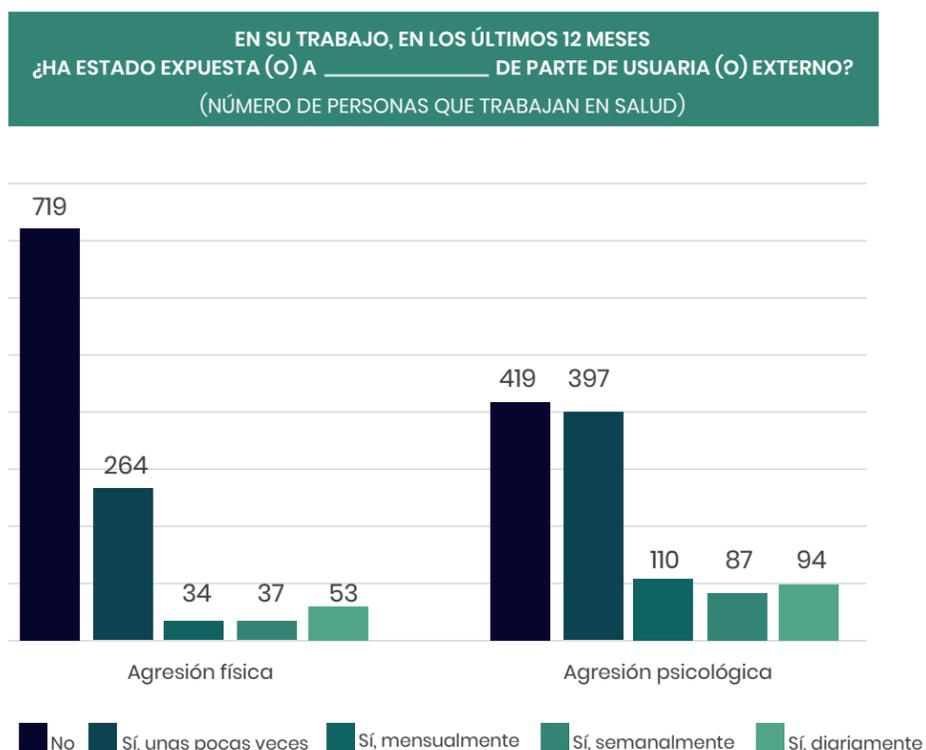


Gráfico n°15

Para analizar cómo se distribuyen las respuestas según diferentes categorías de análisis, lo haremos en términos de porcentaje con el objetivo de hacer la comparación, presentando primero para las agresiones físicas y luego las psicológicas.

i. Agresiones Físicas

Un total de 388 responde haber estado expuesto, con distinta frecuencia, a agresiones físicas de parte de los usuarios externos. En este caso y según las variables analizadas, no se presentan diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en el gráfico siguiente se puede observar, por ejemplo, que las personas menores de 25 años son las que manifiestan en mayor número estar expuestas a estas situaciones, con una leve disminución a medida avanza en edad; aspecto que también es posible observar según la antigüedad, es decir, el tiempo trabajando en salud. Este aspecto se analizará más adelante.

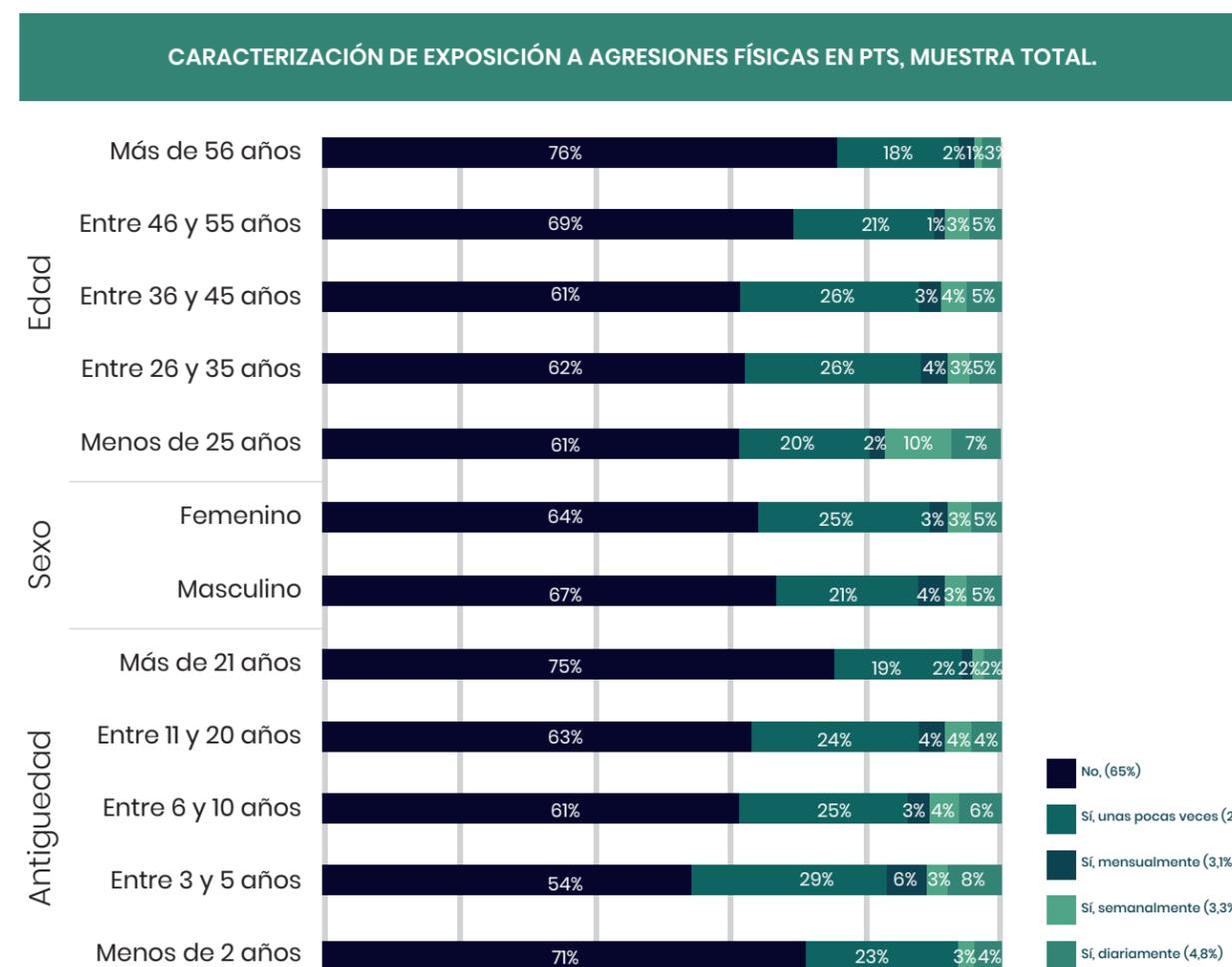


Gráfico n°16

Se observan diferencias importantes entre los SS, siendo el SSM Central aquel que manifiesta estar más expuesto a sufrir agresiones físicas, con un 13% que dice 'diariamente' y un 8% 'semanalmente'; seguido del SSM Sur Oriente, donde este es de un 9% y 6% respectivamente. En el caso de los Centros Privados, es importante resaltar la muestra está compuesta en un 86% por médicos y un 10% de profesionales no médicos (de un total de 49 respuestas).

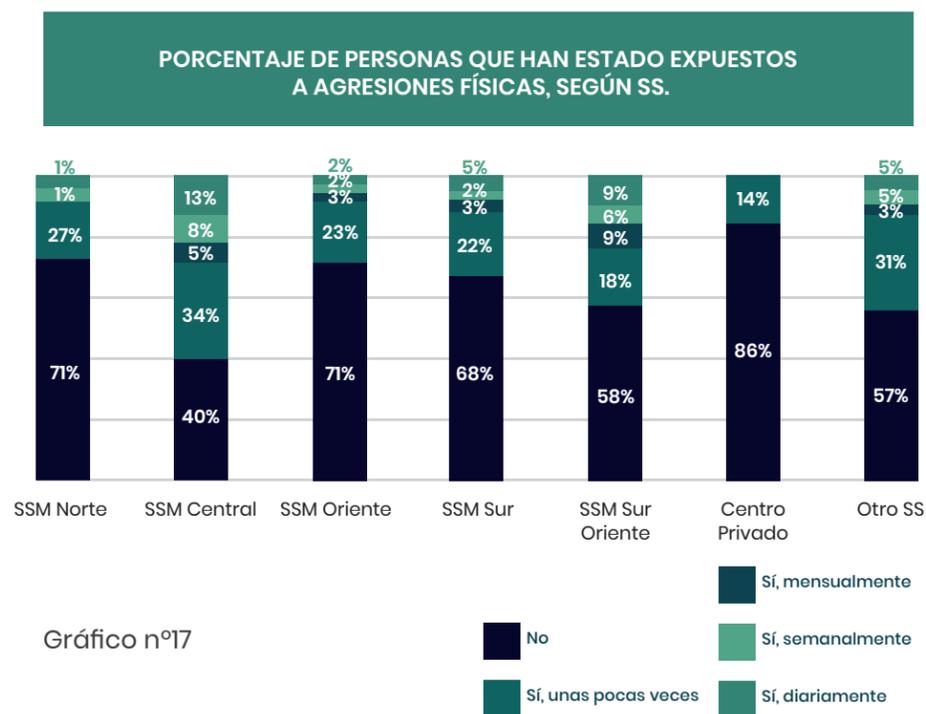


Gráfico n°17

En el caso de las agresiones físicas, se encuentran diferencias significativas (χ^2) entre los estamentos, donde el 28% de los médicos dice sí haber sido agredido (unas pocas veces, mensualmente, semanalmente, diariamente), el 32% de los profesionales no médicos y el 49% de los TENS

(en el caso de auxiliares y administrativos la muestra aún no permite sacar conclusiones). En el caso de las agresiones psicológicas, las diferencias entre estamentos no son significativas. De aquellos que sufrieron algún tipo de agresión, sólo el 25% realizó el procedimiento indicado por el protocolo. Según SS no se observan diferencias significativas entre estos para los ítems incorporados en esta Parte.

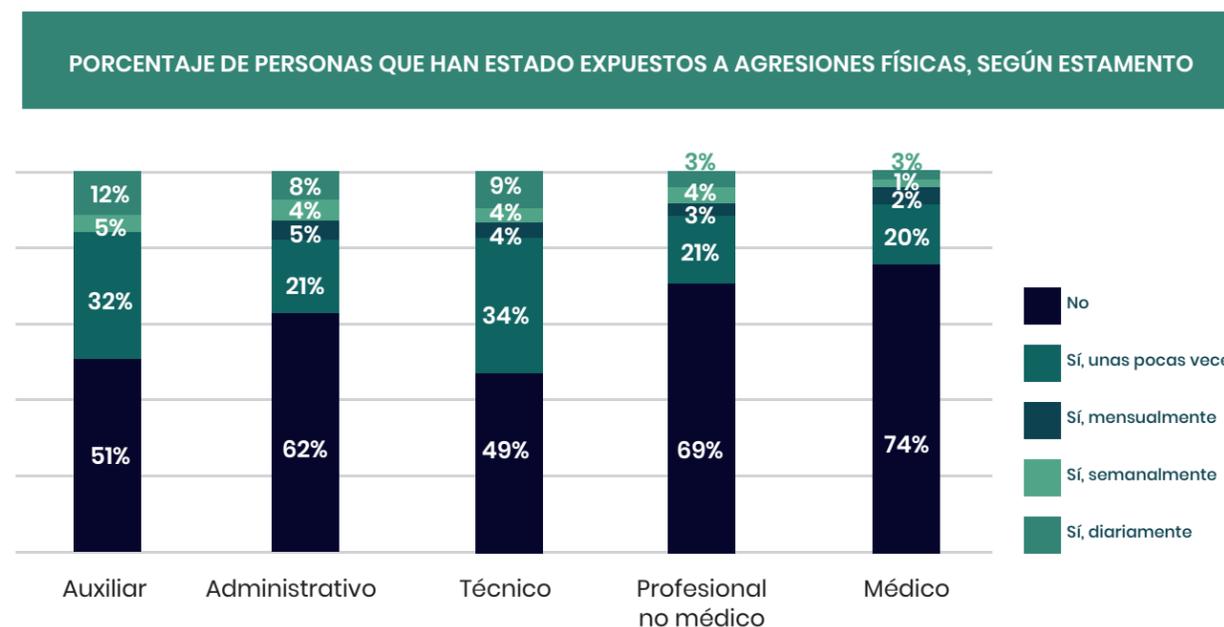


Gráfico n°18

ii. Agresiones Psicológicas

Para las agresiones psicológicas, se encuentran diferencias significativas (χ^2) tanto para edad como para antigüedad. El gráfico siguiente permite observar estas: por ejemplo, en cuanto a edad, se observa una clara gradiente en donde a mayor edad, menos personas manifiestan haber estado expuestas, en todas las categorías de respuesta; en cuanto a la antigüedad se observa el mismo fenómeno, en cuanto a mayor antigüedad, menor nivel de exposición reportado (exceptuando aquellos que llevan menos de 2 años trabajando en salud).

CARACTERIZACIÓN DE EXPOSICIÓN A AGRESIONES PSICOLÓGICAS EN PTS, MUESTRA TOTAL.

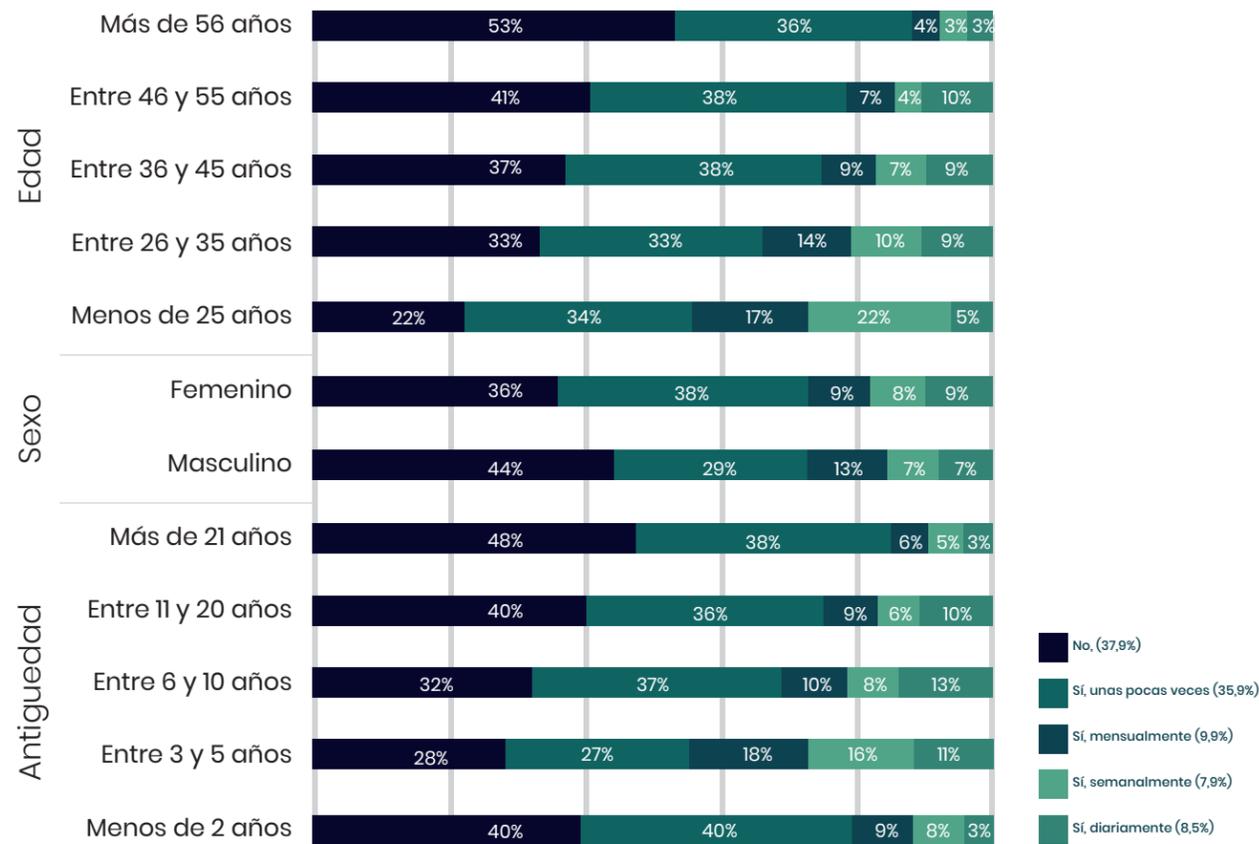


Gráfico n°19

En cuanto a las agresiones psicológicas un 62% declara haber sufrido estas (versus un 35% para agresiones físicas), siendo también el SSM Central el que manifiesta esto en mayor porcentaje, con un 70% de éstos (recordar que el 75% de esta muestra proviene de un Hospital de alta complejidad), con un 39% que dice ‘mensualmente’, ‘semanalmente’ y ‘diariamente’; y de otros SS fuera de la región metropolitana con un 71%. El resto de los SS tiene un porcentaje relativamente similar, que va desde un 62% a un 58%.

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE HAN ESTADO EXPUESTOS A AGRESIONES PSICOLÓGICAS, SEGÚN SS.

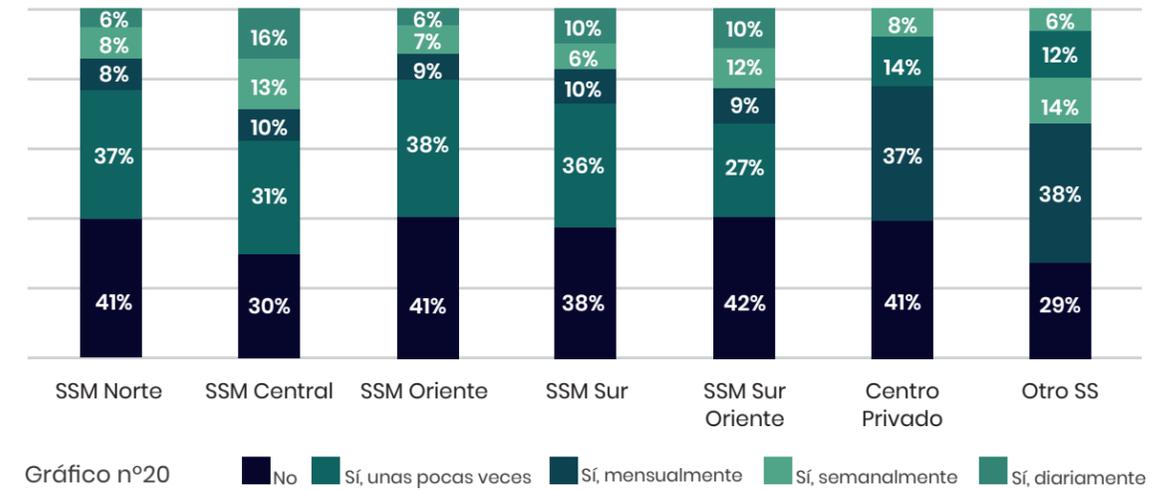


Gráfico n°20

En cuanto a las diferencias según estamento, el que responde en mayor porcentaje como estando expuestos a este tipo de agresiones son los técnicos (con un 29% que dice estarlo ‘diariamente’ y ‘semanalmente’) y los administrativos (con un 25%), en relación, por ejemplo, a los médicos, donde sólo un 7% de ellos marca esta alternativa.

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE HAN ESTADO EXPUESTOS A AGRESIONES PSICOLÓGICAS, SEGÚN ESTAMENTO

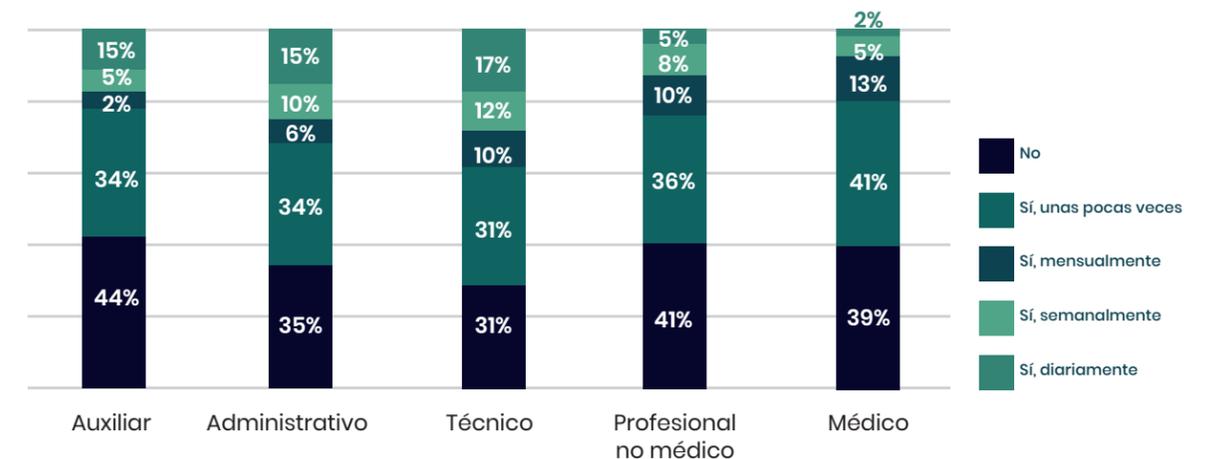


Gráfico n°21

De entre las personas que marcaron la alternativa: 'diariamente', 'semanalmente', 'mensualmente' y 'unas pocas veces', tanto a agresiones psicológicas como físicas, se les consultó si habían realizado el procedimiento indicado en el protocolo. El gráfico siguiente muestra la respuesta, donde una proporción importante de personas que sufrieron agresiones, no activaron el protocolo

EN CASO HAYA RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE EN ALGUNA DE LAS DOS PREGUNTAS ANTERIORES: ¿REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO INDICADO POR EL PROTOCOLO? (Nº DE AQUELLOS QUE SÍ MARCARON PARA AGRESIÓN FÍSICA Y/O PSICOLÓGICA)

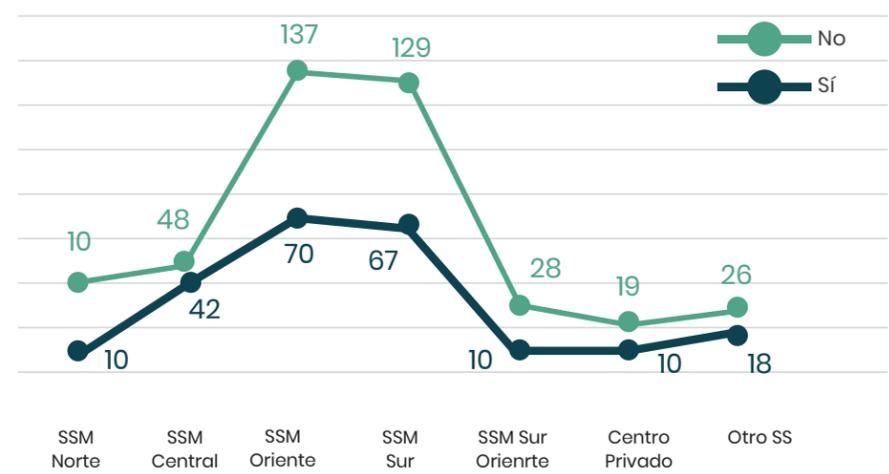


Gráfico nº22

El siguiente gráfico muestra solo aquellas PTS que respondieron 'sí' haber realizado el procedimiento indicado por el protocolo en caso de haber sufrido una agresión, sea esta física o psicológica: un total de 143 personas¹⁹ (de las 688 que dijeron haber estado expuestas, en los últimos 12 meses, a agresión física de parte de usuarios externos; y de los 388 que dijeron haberlo estado ante agresión psicológica). A ellos se les consultó por la per-

cepción general que tienen en cuanto al funcionamiento del protocolo.

El 12% considera que el protocolo es 'bueno', 46% 'regular' y 41% 'malo'. Son pocos casos como para poder sacar conclusiones con respecto a cada uno de los servicios o comparaciones entre ellos. Sin embargo, si resalta la percepción negativa que tienen las personas que realizaron el procedimiento, sobre su funcionamiento, y así, utilidad.

Esto es un factor crítico ya que afecta la confianza que pueden tener las PTS en activar el protocolo y seguir sus indicaciones. Esto afecta también la percepción que tienen con respecto a las medidas que el establecimiento está tomando, qué tan protegidos, o no, se sienten, y así, repercute en la salud mental de los mismos.

¿CUÁL ES SU PERCEPCIÓN GENERAL AL FUNCIONAMIENTO DEL PROTOCOLO? (Nº DE PERSONAS QUE SI LO ACTIVARON)

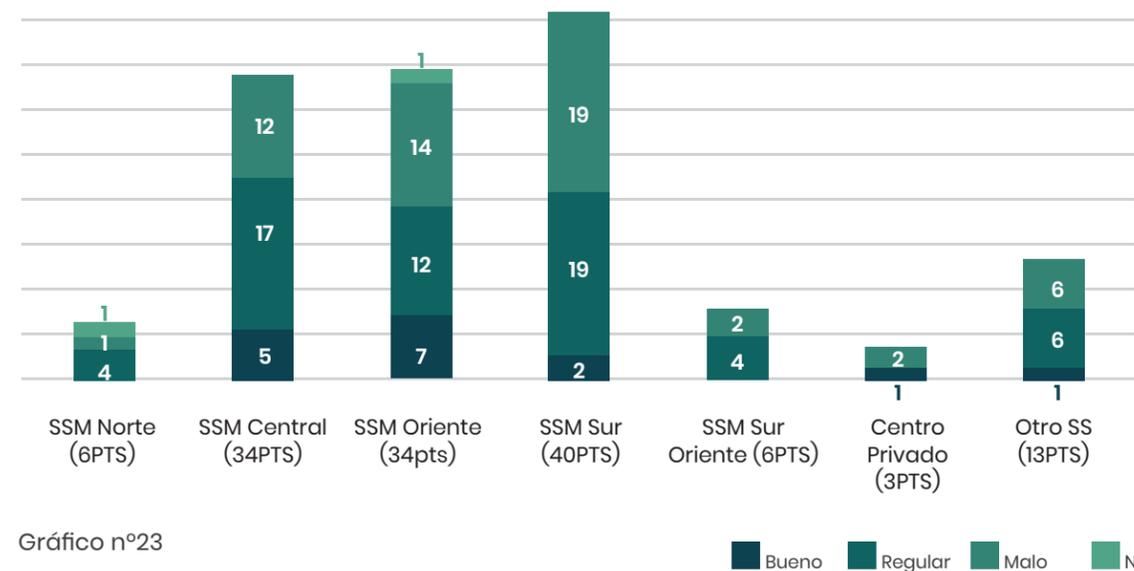


Gráfico nº23

¹⁹ 7 de las cuales son del SSM Occidente, por lo que no se incluye en el gráfico.

En reiteradas ocasiones los encuestados mencionaron que *“las agresiones verbales, físicas, amenazas son el día a día en que vivimos el personal de salud”*, violencia que sería ejercida mayormente por pacientes y acompañantes, siendo las agresiones físicas las que se denuncian, quedando las verbales o psicológicas invisibilizadas. Aseguran al respecto que *“se tiene normalizado el proceso de agresión de los usuarios hacia los funcionarios como algo que es parte de las incidencias durante las funciones”* y *“es parte de la pega”*.

Este entendido podría prolongar un ciclo de violencia hacia el personal de salud, puesto que las PTS encuestados indicaron que, o bien *“se está normalizando la situación de la agresión verbal y ya solo se están denunciando las agresiones físicas, llegando a un nivel de escalada mayor”*; o bien al entenderlo como algo común o cotidiano dentro de sus labores, no se realizaría ninguna acción para remediarlo, ni se toman medidas para abordarlas.

En este contexto, se hace necesario un trabajo de sensibilización dirigido a los y las trabajadores, que les permita la identificación de las agresiones externas, lo que posibilita su abordaje, por parte de las personas, los equipos y la institución. De acuerdo con los entrevistados, actualmente, se hace el llamado a que toda agresión y denostación se notifique y/o denuncie, y subrayan que cualquier persona que se sienta agredida puede dejar registro y solicitar que se haga la notificación, no obstante, reconocen que el proceso de desnaturalización debe ir acompañado de una respuesta a las situaciones de violencia, si no, se reforzaría la desconfianza hacia las instituciones y el entendido de que *“es algo que hay que aguantar porque no hay forma de revertirlo”*.

En este último apartado se han mostrado diferencias significativas según la edad de la persona que trabaja en salud y el tiempo que lleva haciéndolo. Esto es un aspecto que surgió en las entrevistas, que se explicaría, en parte, por la mayor conciencia que tienen las generaciones más jóvenes, de lo que es y no agresión, siendo reclamado y defendido como un derecho, no aceptado, y, por ende, denunciado como tal. En cambio, las generaciones que llevan más tiempo trabajando en salud han incorporado esto dentro del trabajo, como una característica más a la cual deben hacer frente por sus propios medios. Importante resaltar que este tema empieza a ser preocupación “pública”, es decir, objeto de acción pública, desde hace solo 5 años.

Por último, si bien el instrumento aplicado a las PTS trataba sobre agresiones de parte del usuario externo, diversos comentarios revelan preocupaciones significativas en cuanto a la necesidad de abordar tanto las agresiones externas como las internas que se experimentan en los servicios. Se hizo hincapié en que *“(…) el maltrato no pasa solamente por personas externas sino también por nuestros mismos compañeros o superiores”*, por lo que *“también debería haber algún tipo de reforzamiento y supervisión en cuanto al trato dentro de los mismos servicios y el ambiente laboral que se vive cotidianamente en nuestro hospital, ya que regularmente existe maltrato y/o acoso laboral de parte de los mismos compañeros más que de los usuarios”*.

De acuerdo con las personas entrevistadas, el que existan situaciones de violencia interna y mal clima laboral incide directamente en el desempeño de las personas, en específico en el trato y atención que se le da al paciente, el cual puede gatillar situaciones de agresiones por parte de este último. Adicionalmente, puede impactar en la implementación efectiva del protocolo, en tanto no se cuenta con apoyo de pares y/o jefaturas para intervenir en la situación, o bien, en notificarla, por tanto, puede quedar desatendida. Esto pone de manifiesto la necesidad de trabajar de manera integrada la prevención y abordaje de la violencia y la promoción del buen trato, tanto internamente como con el usuario.

VII. PARTE 7: MATRIZ DE HADDON

Se desarrolla una Matriz de Haddon para las agresiones externas al personal de salud, que brinda un enfoque estructurado para sistematizar y analizar los factores relacionados con el evento de agresión y apoyar en desarrollar estrategias de prevención, respuesta y mitigación más completas y efectivas para proteger la seguridad y el bienestar de las personas.

El contenido de la matriz se elabora a partir de la información recabada durante el estudio, considerando las experiencias de los establecimientos de salud participantes que podrían ser aplicables en el contexto de otros centros de salud.

A continuación, se organiza la información de acuerdo a la fase en que ocurre: pre evento, evento y post evento; lo que coincide con las medidas de prevención, abordaje y mitigación respectivamente, con el fin de facilitar la lectura y comprensión. En anexos se encuentra esta información dispuesta en el formato de Matriz.

FASE PRE EVENTO

INDIVIDUO

- Reuniones periódicas o jornadas protegidas para difundir y hablar sobre el protocolo y su aplicación.
- Reuniones de sector para análisis de casos y entrega de indicaciones.
- Atención en dupla de trabajo.
- Capacitaciones en manejo de situaciones y pacientes complejos para funcionarios/as que tienen trato directo con personas.
- Capacitación en técnicas de desescalamiento.
- Formación en comunicación efectiva.
- Acceso a recursos de apoyo psicológico.
- Capacitación en identificación de situaciones de riesgo.

AGRESOR

- Difusión de políticas ante violencia a personal de salud.
- Habilitación de puntos o módulos de orientación al usuario (sobre horarios, turnos, etc.).
- Contar con anfitrión que derive y entregue información a usuarios.
- Identificación y seguimiento de agresores previos.
- Educación en gestión emocional.
- Educación en resolución de conflictos.

AMBIENTE FÍSICO

- Infografías con mensajes claros sobre políticas ante violencia a personal de salud.
- Implementación de infografías y pendones con decálogo sobre el buen trato mutuo.
- Uso de televisores para transmitir campañas comunicacionales en salas de espera en torno al buen trato.
- Implementación de sistemas de vigilancia.
- Instalación de botones de pánico.
- Acceso controlado a áreas críticas.
- Instalación de estructuras que resguarden al personal (pj. mamparas).
- Establecer vías de escape para el personal.
- Contar con guardias de seguridad.
- Contar con carabineros en unidades críticas.

FASE PRE EVENTO

ORGANIZACIÓN

- Establecimiento de comité local de agresiones.
- Promoción de la notificación frente incidentes.
- Levantamiento y reporte a equipo directivo sobre situaciones de riesgo recurrentes.
- Preparación de equipo de referentes en distintas áreas o unidades como especialistas en la temática que puedan dar orientaciones al respecto.
- Capacitación a jefaturas para intervenir en situaciones de potenciales agresiones o evitar escalada de la agresión.
- Capacitación a equipo de trabajo para detectar situaciones de riesgo de agresiones propias o de los pares, y aplicar estrategias de manejo de usuario o afrontamiento de acuerdo a protocolo.
- Capacitación a representantes de asociaciones de funcionarios, para apoyar la difusión y sensibilización.
- Generación de una cultura de cuidado entre compañeros de trabajo para detectar situaciones de riesgo de otros y poder activar de forma oportuna el protocolo.
- Planes operativos del protocolo de acuerdo a necesidades de las distintas unidades de atención, elaborados en conjunto con los equipos involucrados.
- Definición y capacitación de un equipo de primera intervención y contención al funcionario.
- Reuniones con otras instituciones para compartir protocolos de actuación.
- Realizar la querrela si la agresión constituye delito.
- Articular apoyo de Carabineros y Seguridad Ciudadana para atender situaciones complejas. Definición de su rol ante eventos de agresión.
- Realizar simulacros de los protocolos de actuación en distintas unidades.
- Coordinación y gestión con OAL para la identificación de situaciones de riesgo y elaboración de medidas de prevención.

FASE PRE EVENTO

COMUNIDAD

- Campaña comunicacional de buen trato por parte de la comunidad, dirigida a otros usuarios en medios locales.
- Empoderar a la comunidad para cuidar a los funcionarios.
- Trabajo coordinado con Comités de Desarrollo Local y comunidad organizada en torno a la prevención de agresiones.

FASE EVENTO

INDIVIDUO

- Aplicación de técnicas de gestión emocional.
- Aplicación de técnicas de manejo de usuarios.
- Aplicación de técnicas de desescalamiento.
- Búsqueda de apoyo en pares para ser relevado.
- Búsqueda de apoyo en jefaturas para ser relevado referentes.
- Abandonar el lugar.
- Buscar resguardo físico.
- Dar aviso a personal de seguridad.
- Llamar a carabineros.

AGRESOR

- Intervención por parte del personal de seguridad.
- Evaluación del riesgo.
- Contención de la situación por parte de un tercero.
- Realizar mediación por parte de un tercero.

AMBIENTE FÍSICO

- Activar sistemas de alarma.
- Reforzar seguridad en áreas críticas.

FASE EVENTO

ORGANIZACIÓN

- Implementación de protocolos de actuación.
- Atención inmediata y apoyo psicológico al personal agredido.
- Registro y documentación del incidente.
- Dar aviso a autoridades.
- Gestión para apoyo de parte de OAL.

COMUNIDAD

- Buscar apoyo de la comunidad ante incidentes.

FASE POST EVENTO

INDIVIDUO

- Realizar notificación de la agresión o denuncia al OAL.
- Acceder a instancias de contención y apoyo psicológico por parte del establecimiento o el OAL.
- Participar en sesiones de debriefing.
- Comunicar necesidades y requerimientos a compañeros, jefatura o referentes.
- Evaluar estrategias de afrontamiento utilizadas.
- Realizar la denuncia, si aplica.

AGRESOR

- Notificación al usuario agresor.
- Entrevista con agresor.
- Posibilidad de aplicar alta disciplinaria o cambio de centro de atención.
- Reuniones de retroalimentación con equipo de seguridad, para identificar casos específicos.
- Seguimiento y supervisión del agresor.

FASE POST EVENTO

AMBIENTE FÍSICO

- Reparación de daños en instalaciones.
- Evaluación sistemática de medidas de seguridad, para su mejora.
- Revisión y mejora de seguridad física y sistemas de vigilancia y alarmas.

ORGANIZACIÓN

- Orientación y acompañamiento ante denuncia al OAL.
- Orientación y acompañamiento para notificación registro de Formulario de Agresiones.
- Seguimiento a funcionario post intervención.
- Seguimiento de unidad o equipo después del evento.
- Realizar la querrela si la agresión constituye delito.
- Brindar asesoría jurídica.
- Realizar acompañamiento en trámites jurídicos.
- Reuniones de análisis de factores de riesgo en unidades afectadas por la identificación de las variables causantes de la agresión.
- Análisis de factores de riesgo recurrentes, abordables desde la gestión clínica o administrativa.
- Reuniones de seguimiento con equipos de la unidad afectada, para identificar posibles afectados indirectos.
- Contar con retroalimentación del personal involucrado con respecto al funcionamiento del protocolo.
- Análisis de la situación e identificación de las causas, desde diversas fuentes, para revisión y actualización del protocolo.
- Comunicar las acciones tomadas al personal de salud involucrado.
- Gestionar apoyo e OAL en medidas de mitigación y apoyo a PTS que ha sufrido agresiones.

COMUNIDAD

- Colaboración en la identificación de agresores potenciales.
- Apoyo de la comunidad para reconstruir la confianza.
- Participación en campañas de sensibilización a los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Consideramos que el presente estudio de carácter exploratorio tiene un gran potencial: por una parte, para generar abogacía en base al cumplimiento o no de la normativa en establecimientos públicos, así como el abordaje del problema desde los privados. Esto considerando la relevancia del tema, sus consecuencias y efectos, que están ampliamente documentados, tanto para el personal de salud, como para su entorno inmediato y finalmente para la atención de usuarios y las comunidades.

Por otra parte, permite identificar aspectos que requieren un estudio en profundidad, como son las estrategias que se han usado para dar cumplimiento a la normativa; los resultados que cada una tiene; la manera en que se dan a conocer las medidas; la implementación de la normativa, en cuanto a calidad, adaptabilidad y aceptabilidad, la fidelidad en cuanto a lo que fue diseñado, la sustentabilidad, entre otros aspectos relevantes de la implementación. Se puede además identificar las fortalezas, debilidades y áreas de mejora transversales, así como específicas a los establecimientos; la evaluación de sus efectos, a corto, mediano y largo plazo, con el objetivo de mejorar el diseño e implementación de estas medidas.

El estudio, evaluación y conocimiento de estos aspectos permiten identificar mejores prácticas, aspectos que se pueden desarrollar desde el nivel central, a nivel de SS y de establecimiento, hospitalario o de APS, para cumplir con el objetivo de proteger a las y los trabajadoras/es de la salud. Así, abre un campo de estudio y análisis de relevancia para el sector salud.

Para futuros estudios similares sobre agresiones externas al personal de salud, es fundamental una planificación más flexible y robusta, la colaboración efectiva con las instituciones involucradas y la consideración de factores estacionales y eventos imprevistos para garantizar la calidad y la completitud de los datos recopilados. Ade-

más, la diversificación de fuentes y métodos puede ser clave para superar desafíos en la obtención de muestras representativas.

A continuación, se desarrollan conclusiones y recomendaciones específicas.

I. EN RELACIÓN AL MINSAL

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha mostrado avances significativos en la gestión de agresiones externas al personal de salud desde la implementación de la Norma N°28. Aunque aún falta traducir esto en acciones concretas para los trabajadores de la salud, no limitándose únicamente a la reportabilidad, y considerar la implementación de medidas preventivas y de mitigación más efectivas. Se subraya la importancia de difundir la Ley 21.188, tanto entre el personal de salud como entre los usuarios, para asegurar un mayor conocimiento y cumplimiento de sus disposiciones.

Se sugiere desarrollar campañas de comunicación y capacitación continua que pueda ser enviado a todos los SS y establecimientos para concientizar tanto a los trabajadores de la salud como a la comunidad sobre la importancia de prevenir y abordar las agresiones en el entorno de la salud.

Dentro de las iniciativas que se destacan está el Programa de Apoyo a la Gestión Local como una iniciativa exitosa para mejorar la seguridad en los centros de salud de Atención Primaria. En esta línea se hace necesario contar con recursos para la elaboración de protocolos, viables y que den respuesta, a nivel nacional, de manera que los establecimientos de salud puedan comenzar a abordar las agresiones al personal de manera más inmediata y efectiva.

Por otro lado, implementar mejoras en el sistema de registro y notificación de agresiones para asegurar que se recopile información detallada y completa sobre cada incidente, complementado con entrega de resultados y retroalimentación para los diferentes SS y establecimientos, que contribuya a una toma de decisiones más atinente con el contexto.

Adicional al análisis de información, se recomienda establecer un mecanismo de seguimiento y monitoreo que permita evaluar el proceso de difusión e implementación de protocolos en los establecimientos de salud. Esto con el objetivo de establecer procesos de mejora continua en función de lo que sea más efectivo para la prevención, abordaje y mitigación de las agresiones externas al personal de salud.

En el sector privado, el abordaje de las agresiones varía de un establecimiento a otro, lo que destaca la necesidad de una estrategia integral, que incluya también al sector privado, el registro de las agresiones que ahí suceden y la desprotección, desde el punto de vista normativo, ante el cual están, dependiendo únicamente de la gestión individual del empleador. Se menciona la dificultad de tratar con personal a honorarios (específicamente en cuanto a los OAL). Al respecto, se recomienda establecer estándares mínimos, desde el MINSAL, de abordaje de agresiones para los establecimientos de salud privados, el brindarles apoyo técnico y operacional (por ejemplo, en la coordinación con el Ministerio del Interior) y considerar la creación de un registro de agresiones en el sector privado para un monitoreo más completo.

Por último, fomentar la colaboración interinstitucional entre las Direcciones de Servicio, las municipalidades y los establecimientos de salud para compartir experiencias y buenas prácticas que fortalezcan una cultura de atención de salud libre de violencia.

II. EN RELACIÓN A LOS ORGANISMOS ADMINISTRADORES DE LA LEY

Los Organismos Administradores de la Ley 16.744 desempeñan un papel relevante en la prevención y mitigación de las agresiones al personal de salud. Sin embargo, su rol se limita a recomendar, prescribir y notificar, sin la capacidad de intervención directa ni la autoridad para imponer sanciones. A pesar de esto, ofrecen apoyo psicológico, prevención y capacitación. Se sugiere incorporarlos de manera más efectiva en el trabajo de diseño e implementación de medidas de prevención, como organismos expertos en salud y seguridad de las y los trabajadores.

Por otro lado, fomentar, desde la línea de investigación que tiene la SUSESO en conjunto con los OAL, en torno al problema de las agre-

siones al personal de salud y de qué forma abordarlo. El nuevo instrumento para evaluar riesgos psicosociales en el trabajo, según Protocolo MINSAL, incorpora variables de violencia en el trabajo. En relación a esto, también se pudiera fomentar el estudio de estos datos, de manera pormenorizada, con el objetivo de dar apoyo a los establecimientos en esta línea. Este trabajo debe ser de forma colaborativa y coordinada con los otros actores, para lo cual sería relevante incorporar a los OAL en las instancias de diseño y definición de política pública, así como en el desarrollo legislativo que se pudiera dar en el futuro.

Finalmente, trabajar en pos de la unificación de criterios para el registro de incidentes, así como el compartir información, con fines de investigación, que permita dar sustento a las medidas que se propongan. El compartir también las experiencias y medidas que se han realizado desde los OAL, con la evaluación que ellas tengan, con el objetivo de poder replicar aquellas que cumplan de manera efectiva y eficiente, el proteger a las y los trabajadores de la salud del riesgo de violencia.

III. EN RELACIÓN A LAS DIRECCIONES DE SERVICIOS DE SALUD

Las Direcciones de Servicios de Salud han establecido Mesas de Seguridad para velar por la aplicación de la Norma N°28. A pesar de su existencia, se señala una falta de trabajo fluido para operacionalizar planes de acción y una falta de comunicación permanente y transversal para sensibilizar y educar sobre el tema. Se sugiere fortalecer las relaciones con el intersector, como autoridades de seguridad ciudadana y carabineros para mejorar la seguridad en los establecimientos de salud y garantizar una respuesta efectiva ante situaciones de agresión.

Las Direcciones de SS deben impulsar la aplicación y cumplimiento de la Ley N°21.188 (Consultorio Seguro) y el Ordinario C34/378, que mandata a los directores de establecimientos de salud a hacerse parte de las querellas y/o querellarse directamente, cuando los funcionarios sean objeto de violencia externa. Para ello se sugiere que desde la Dirección del SS se establezcan canales de comunicación y apoyo a los establecimientos, incorporando también a los establecimientos de APS de la Red (o la coordinación con los directores de salud o corporaciones a nivel municipal). El apoyo puede ser en términos técnicos jurídicos, como también en la elaboración de directrices o comunicación de cómo hacer el proceso para dar debido cumplimiento a la normativa y apoyo a las PTS de la red.

Se recalca como necesario establecer una estrategia de comunicación permanente y transversal para sensibilizar y educar tanto al personal de salud como a la comunidad sobre la importancia de prevenir, abordar y mitigar los efectos de las agresiones, la cual puede ser elaborada y compartida con la red de salud a cargo.

Por otra parte, el proporcionar un apoyo continuo y recursos a los establecimientos de salud para facilitar la elaboración de protocolos, incluyendo capacitación y asistencia técnica y mejorar la coordinación y comunicación con los establecimientos de salud para garantizar que los planes de acción se implementen de manera efectiva y se evalúen, revisen y mejoren de forma regular.

Si bien se han generado orientaciones que instruyen aspectos en relación a la temática, se hace necesario aunar estrategias generando documentos de actualización en donde se aborden casos nuevos que se han ido abordando y su resolución, para contar con orientaciones actualizadas y oportunas para abordar los propios. En la misma línea, se sugiere fomentar la colaboración entre los establecimientos de la red de salud para compartir recursos y experiencias, así como lecciones aprendidas en la prevención y mitigación de agresiones.

IV. EN RELACIÓN A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

A nivel de gestión institucional, en general, los establecimientos de salud cuentan con protocolos de actuación frente a agresiones externas al personal, o bien, se encuentran en proceso. Estas han contado con la participación de diferentes áreas, profesionales y asociaciones de funcionarios, con el objetivo de incorporar una perspectiva técnica relacionada con su campo de acción, lo que demuestra un enfoque participativo en el proceso. Sin embargo, se evidencia un retraso en la implementación de medidas concretas para enfrentar este problema.

En esto, ha sido clave promover la formación de comités o subcomités encargados de abordar específicamente la temática de agresiones en los establecimientos de salud, garantizando una gestión más focalizada, efectiva y eficiente, así como involucrar a distintas áreas de la organización en su gestión y equipos especializados que puedan implementar las acciones que considera el protocolo, como apoyo a los referentes establecidos.

Se sugiere que los establecimientos promuevan la difusión de la Ley Consultorio Seguro entre las PTS, así como establecer como parte de la gestión de agresiones, el cumplimiento de esta y del Ordinario C34/378, en cuanto a hacerse parte o querellarse directamente en caso de que una persona que trabaja en el establecimiento sufra una agresión de parte del usuario externo. Esto constituye un apoyo relevante, tanto a la persona que sufre la agresión, como la señal que envía a todos quienes trabajan ahí y a la comunidad.

En relación a la difusión, se ha realizado a nivel institucional principalmente a través de documentación oficial y canales formales, dirigida a las jefaturas, sin embargo, no se lleva a cabo un monitoreo efectivo de esta difusión y si llega efectivamente a las personas, lo que genera incertidumbre sobre la comprensión y transmisión de la información. Al respecto, la encuesta muestra que hay diferencias significativas en el conocimiento del protocolo entre diferentes servicios de salud y estamentos, y un porcentaje considerable de trabajadores declara no conocer el contenido del protocolo en detalle.

En primer lugar, se sugiere capacitar a las jefaturas en la temática, así como en la utilización efectiva del protocolo, para que luego puedan sostener instancias de reunión con su equipo para transmitir las nociones generales sobre agresiones por parte de externos y el curso de acción ante estas. Por otra parte, se hace necesario contar con una copia impresa del protocolo en las distintas unidades, así como un flujograma del proceso ante una agresión, que pueda ser consultado de manera expedita por las personas que lo necesiten.

Se sugiere establecer una estrategia comunicacional más sólida y sistemática, que pueda llegar a todos los funcionarios. Las acciones de difusión más efectivas, según las personas entrevistadas, son las que involucran interacciones directas, como charlas y conversatorios sobre el tema. En algunos casos, se ha asociado la difusión del protocolo con campañas ya existentes, como el Buen Trato Laboral o la prevención de la Violencia Interna, lo que facilita una integración de la temática en instancias de promoción y prevención. A esto se le agrega la necesidad de establecer un sistema de retroalimentación con el personal para evaluar la efectividad de las acciones de difusión, y así, ajustarlas según sea necesario para mejorar la comprensión y el conocimiento del protocolo.

La existencia del protocolo proporciona una sensación de seguridad, respaldo y compromiso a nivel institucional para las PTS, sin embargo, se reconoce que el protocolo es perfectible; tiene limitaciones en cuanto a su efectividad, alcance y obligatoriedad, lo que puede llevar a la inacción por parte de la dirección y la falta de sanciones para los agresores.

Un aspecto fundamental es el trabajo con la comunidad, con la población usuaria y beneficiaria de los servicios de salud. En esto se sugiere: la inclusión de los espacios e instancias establecidas en el análisis de la situación y el diseño de medidas; la realización de campañas comunicacionales y de sensibilización ante la comunidad, del trabajo que se realiza en los establecimientos de salud, tanto en términos de procedimientos, acceso y acciones posibles, como en cuanto al trabajo que realizan las PTS y su impacto en la población; identificar aquellos aspectos que pueden desencadenar reacciones violentas con el objeto de analizar y establecer medidas para prevenirlas; manejo de expectativas de la población, informando aquello que está, y que no está, en manos del establecimiento de resolver. Se sugiere que todo este trabajo con la comunidad se realice de forma participativa y vinculante, siendo un punto crítico en los efectos que cualquier medida pudiese tener.

Con respecto a las medidas de prevención, los principales obstaculizadores versan sobre la escasez o falta de recursos económicos, lo que impacta principalmente en las medidas de seguridad, y luego, en las acciones de capacitación. En esta línea, se requiere un enfoque más sólido en la implementación de medidas preventivas para abordar las agresiones al personal de salud, lo que impactará en forma sistémica en el manejo de las situaciones de agresión y en las medidas de mitigación que se requieran.

En relación a la actuación frente a agresiones, el protocolo tiende a funcionar en la medida que los actores clave están disponibles. Al respecto, se recomienda preparar un equipo de profesionales al interior del establecimiento, incluso pueden ser de distintas áreas o

unidades, que actúen como equipo experto para dar asesoría y orientación, y funcionar como equipo de primera respuesta en caso de que se requiera. Es importante señalar que una proporción significativa de personas que sufrieron agresiones no activó el protocolo, y aquellos que lo hicieron tienen una percepción mayormente negativa sobre su funcionamiento. Esto afecta la confianza del personal de salud en el protocolo y en las medidas de protección, por tanto, hay que fomentar una cultura de denuncia y apoyo para que las y los trabajadores se sientan seguros al informar sobre situaciones de agresión y reciban el respaldo necesario.

Se recomienda que las unidades puedan realizar un análisis desde la experiencia de sus integrantes, con el fin de ajustar los procedimientos del protocolo a las acciones que resulten más efectivas para su contexto particular. Es relevante realizar un análisis de las unidades y estamentos más afectados y el tipo de agresión a la que están expuestos, para abordarlo de una manera más profunda e incentivar la colaboración y coordinación entre los diferentes departamentos y cargos involucrados en el abordaje de agresiones en hospitales para una perspectiva más integral.

Por último, con respecto a las medidas de mitigación, existe una necesidad de mejorar la comunicación y la orientación posterior a las agresiones para ajustar las expectativas y proporcionar información sobre las acciones que se llevarán a cabo, además de proporcionar el seguimiento y acompañamiento a los casos.

La percepción es que las conductas agresivas por parte de los usuarios se están consolidando como una práctica común, lo que genera frustración y falta de confianza en las instituciones y sus protocolos. Se espera que se reconozcan las agresiones como un problema urgente, ante el cual la institución y la comunidad tienen la responsabilidad de realizar un cambio cultural, desincentivando la conducta agresiva ya sea por medio de consecuencias o sanciones a quienes agreden, y a su vez, promoviendo el buen trato como un estándar.

Con el fin de contribuir a la prevención, abordaje y mitigación de las agresiones al personal de salud, se elabora una matriz que consolida las medidas levantadas en el presente estudio, para que puedan ser implementadas en los distintos centros de salud, en función de sus posibilidades y contextos.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Ansoleaga, E, Díaz, X, Mauro, A. Toro, JP, 2017. "Dimensiones organizacionales de la violencia en el trabajo en Chile considerando diferencias ocupacionales y de género. Estudio en tres sectores económicos." estudio financiado por Conicyt a través del Proyecto Fondecyt Regular 2014, N° 1140060. Centro de Estudios de la Mujer, Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Universidad Diego Portales y Fondecyt. Disponible en: <https://cem.cl/wp-content/uploads/2021/03/Dimensiones-organizacionales-de-la-violencia-en-el-trabajo-en-Chile.-Ansoleaga-Diaz-Mauro-y-Toro.pdf> [agosto, 2023].
- Ministerio de Salud, 2021. "Primer Informe de Violencia Externa en la Red Asistencial. 2018 a 2020". Dpto. de Relaciones Laborales y Dpto. de Salud Ocupacional y Gestión Ambiental, División de Gestión y Desarrollo de Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Ministerio de Salud, 2022. "Primer y Segundo Informe de Violencia Externa en la Red Asistencial. 2019-2020-2021". Dpto. de Relaciones Laborales y Dpto. de Seguridad y Salud en el Trabajo, División de Gestión y Desarrollo de Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Ministerio de Salud, 2023. "Tercer Informe de Violencia Externa en Redes Asistenciales, periodo 2022". Dpto. de Seguridad y Salud en el Trabajo, División de Gestión y Desarrollo de Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- Palma, A. Ansoleaga, E. y Ahumada, M. (2018). "Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática". Rev Med Chile 2018; 146: 213-222.
- Poblete Toloza, Y. y Jiménez Figueroa, A., 2022, "Impacto de la pandemia: clima laboral, Mobbing y Burnout en funcionarios públicos chilenos". Revista Academia y Negocios R.A.N. Vol 8 (2), 2022. Universidad de Concepción. ISSN: 0719-7713 / 0719-6245.
- Rojo Vera, D., 2023, "Violencia en contra del personal de salud". Dpto. de Estudios, Colegio Médico, Regional Santiago.
- Sticco, G. y Villanueva, C. (2022). "Trabajo y justicia social. La violencia laboral en Chile en el marco del Convenio 190 de la OIT. Sobre su alta incidencia y cómo afecta más a las mujeres". Publicado por Friedrich-Ebert-Stiftung. Disponible en <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/chile/19883.pdf> [junio, 2023].
- Veja-Pinochet, H, (2019). "Violencia percibida por trabajadores de la salud de parte de los usuarios del Servicio de Salud Talcahuano en Lirquén, Chile, 2017". Rev Chil Salud Pública 2019, Vol 23(1): 49-59.

8. ANEXOS

I. ANEXO 1: DESCRIPCIÓN DE CADA SERVICIO DE SALUD Y LA MUESTRA OBTENIDA

i. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE (SSMOR)

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) cubre las comunas de Providencia, Las Condes, Lo Barnechea, Macul, La Reina, Vitacura, Peñalolén, Ñuñoa y Rapa Nui. El SSMO cuenta con 4 Institutos de referencia nacional (I. Nacional del Tórax, I. de Neurocirugía Dr. Asenjo, I. Nacional de Geratría y el INR Pedro Aguirre Cerda), 3 hospitales de Alta y Mediana Complejidad (Hospital del Salvador, Hospital Luis Tisné y Hospital Dr. Luis Calvo Mackena), 1 centro de referencia (CRS), 1 hospital comunitario, 5 urgencias hospitalarias, 20 CESFAM, 5 CECOSF, 8 COSAM y 11 SAPU.

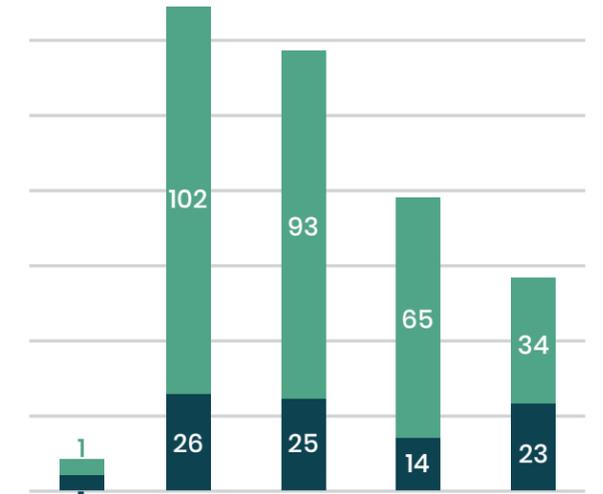
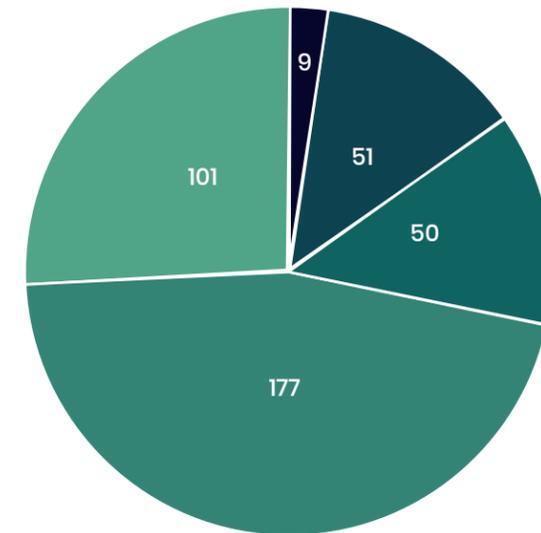
Cuenta con una población asignada de 1.374.546 personas, de las cuales 634.57 se encuentran inscritas en la Atención Primaria de Salud según la Cuenta Pública Participativa 2022. La población se caracteriza por un sostenido aumento de los mayores de 60 años y una paulatina disminución de los menores de 20 años, siendo el 23% de la población mayor de 60 años. Es el territorio que acumula más años de escolaridad en promedio (INE) en relación a las otras comunas de la RM.

CUOTA ESTABLECIDA MUESTRA LOGRADA PARA EL SS Y APS Y SUS CARACTERÍSTICAS

SSM ORIENTE	Médicos	Prof. no Médicos	Técnicos	Admin.	Auxiliares	Total
Cuota APS	7	10	12	4	3	36
Muestra Final - APS encuesta PTS	31	111	35	30	7	214
brecha APS	-24	-101	-23	-26	-4	-178
Cuota Hospitales	5	7	8	2	2	24
Muestra Final - HOSPITALES encuesta PTS	46	64	15	20	2	146
brecha HOSPITALES	-41	-57	-7	-18	0	-123
Centro Privado	24	2	0	1	0	27

Tabla n°9

SSM Oriente



Menos de 25 años y 35 años y 45 años y 55 años 56 años

SSM Oriente Masculino SSM Oriente Femenino

Este es el Servicio de Salud del cual proviene el 35% de la muestra total, con 387 respuesta. Se logra también una muestra relevante en varios de sus establecimientos, como el Hospital del Salvador (con el 24% de los casos del SS) y varios centros de atención primaria.

Importante recordar que este estudio comprometió el anonimato en el análisis de los datos, en donde este se haría únicamente agregado a nivel de SS.

Otra característica relevante de esta submuestra es que logra representación en todos los estamentos, con un 46% de profesionales no médicos, 26% de médicos, 13% de administrativos y de técnicos respectivamente y un 2% de auxiliares.

En cuanto a la distribución etaria, un 64% de la muestra se concentra entre los 26 y los 45 años de edad y un 15% tiene más de 56 años. Esto es relevante en cuanto las personas que responden tienen una experiencia, en términos de tiempo, relevante de lo que es el trabajo en salud y la atención de personas.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD – SSM ORIENTE

Hospital del Salvador	93	Instituto de Neurocirugía	2
CESFAM Dr. Hernán Alessandri	42	SS Metropolitano Oriente	2
CESFAM Dr. Alfonso Leng	30	Sin Información	2
CESFAM Dr. Aníbal Ariztía	22	CESFAM Juan Pablo II	1
CESFAM Rosita Renard	21	Caa	1
CESFAM El Aguilucho	16	CECOSF Amapolas	1
CESFAM Vitacura	15	CECOSF Caffarena	1
INR Pedro Aguirre Cerda	15	Centro Comunitario de Salud Mental	1
CESFAM Salvador Bustos	14	Centro Salud Mental Ambulatorio	1
CECOSF Andacollo	10	Centro urgencias Ñuñoa	1
CECOSF Marín	10	CESFAM Carol Urzúa	1
Centro de Salud Privado	9	CESFAM Carol Urzúa	1
CESFAM Félix de Amesti	7	CESFAM La Faena	1
COSAM	7	CESFAM Lo Hermida	1
CESFAM	6	Clínica Carlos Figueroa	1
Hospital Dr. Luis Tisné	5	Clínica Santa María	1
Clínica Alemana	4	Clínica U. de los Andes	1
Integramedica	3	CSC	1
COSAM Ñuñoa	3	Farmacia Comunal de Ñuñoa	1
COSAM Providencia	3	Hospital Calvo Mackenna	1
CRS Cordillera Oriente	3	Laboratorio comunal de Ñuñoa	1
Hospital FACH	3	ÑUÑO A	1
Hospital Luis Calvo Mackenna	3	Oriente	1
Hospital Militar	3	RedSalud	1
Público	2	SAPU Lo Hermida	1
CESFAM Aguilucho	2	UC Christus	1
CESFAM Dr. Félix De Amesti	2	Vacunatorio comunal Ñuñoa	1
Clínica Indisa	2	Total	387
COSAM Dr. Greve	2		

ii. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL (SSMC)

El Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) comprende el territorio de las comunas de Santiago, Estación Central, Cerrillos y Maipú. Comprende 3 hospitales (Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Hospital Clínico San Borja Arriarán y el Hospital Luis Valentín Ferrada - El Carmen de Maipú), 1 CRS, 19 CESFAM, 4 COSAM, 9 CECOSF, 8 SAPU y 1 SAR. Según el informe de Cuenta Pública Participativa 2023 la población asignada es de 1.432.383, con 838.559 como población beneficiaria de FONASA y 642.624 beneficiarios inscritos en APS.

CUOTA ESTABLECIDA MUESTRA LOGRADA PARA EL SS Y APS Y SUS CARACTERÍSTICAS

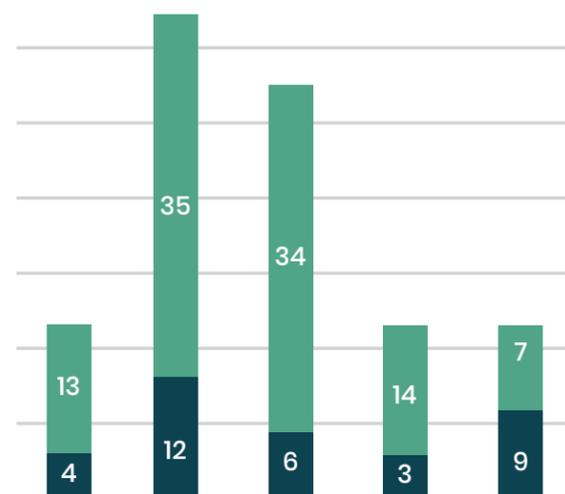
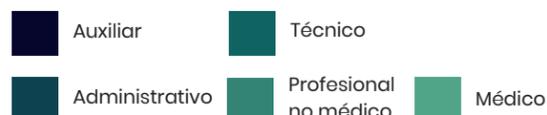
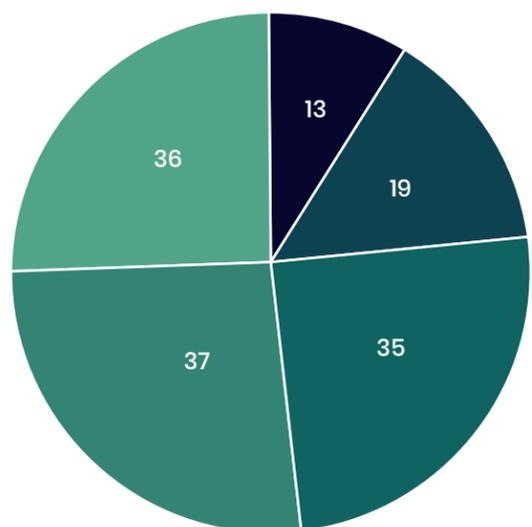
SSM CENTRAL	Médicos	Prof. no Médicos	Técnicos	Admin.	Auxiliares	Total
Cuota APS	8	13	13	5	5	44
Muestra Final - APS encuesta PTS	9	2	2	1	1	15
brecha APS	-1	11	11	4	4	29
Cuota Hospitales	5	9	9	3	3	29
Muestra Final - HOSPITALES encuesta PTS	20	35	33	18	12	119
brecha HOSPITALES	-15	-26	-24	-15	-9	-89
Centro Privado	7	0	0	0	0	7

Tabla n°10

Del SSM Central se obtuvo un total de 141 respuestas (siendo el 12,6% de la muestra total), de las cuales 105 (el 75%) proviene del Hospital El Carmen de Maipú, de donde se tuvo un importante apoyo para la realización del estudio. Si bien es un establecimiento relativamente nuevo (inaugurado en el 2013) y que tiene la particularidad de ser uno concesionado, atiende a una de las poblaciones más numerosas de la RM, como es Maipú, viniendo a cubrir una demanda importante de salud en la comuna. Otra característica relevante de este SS es que tiene bajo su cargo 11 establecimientos de atención primaria (siendo uno de los dos SS a nivel nacional que aún lo tiene), por lo que las directrices desde la Dirección del Servicio, también se implementan de manera directa en APS.

En cuanto a la distribución por estamento, un 26% es profesional no médico y médicos respectivamente, 25% técnicos, 14% administrativos y 9% de auxiliares, teniendo una distribución similar a su dotación total.

SSM Central



Menos de 25 años y 35 años y 45 años y 55 años 56 años

SSM Central Masculino SSM Central Femenino

ESTABLECIMIENTO DE SALUD - SSM CENTRAL

Hospital El Carmen de Maipú	105	CESFAM N°1	1
Hospital Clínico San Borja Arriarán	6	CESFAM N°5	1
Centro de Salud Privado	4	Clínica del Profesor	1
Hospital San Juan de Dios	4	Clinica Red Salud Santiago	1
CESFAM Dr Norman Voullieme	2	COSAM Estación Central	1
CESFAM Padre Vicente Irurozabal	2	COSAM Santiago	1
Hospital de Urgencia Asistencia Pública	2	CUÑ	1
ACHS	1	Hospital Público	1
CESFAM Clotario Blest	1	Integramédica	1
CESFAM Dra. Ana María Juricic	1	IST	1
CESFAM Lo Barnechea	1	Upca - uti	1
CESFAM Matta sur	1	Total	141

iii. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR (SSMS)

El Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) comprende las comunas de San Miguel, San Bernardo, Buin, Lo Espejo, La Cisterna, San Joaquín, Paine y El Bosque, con una población asignada de 1.314.778 habitantes y 1.0540.228 como población beneficiaria inscrita en APS. La red de establecimientos del SSMS contempla 6 Hospitales (H. Dr. Exequiel González Cortés, Complejo Asistencial Barros Luco, H. y CRS El Pino, H. San Luis de Buin – Paine, H. Psiquiátrico El Peral y H. Dr. Lucio Córdova), 3 Centros de Especialidades, 36 Centros de Salud Familiar, 23 SAPU, 3 SUR, 2 Servicio de Atención Primaria de Urgencia Dental (SAPUDENT), 14 CECOSF, 6 Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), 11 Postas Rurales, 5 Centros de Salud Mental (COSAM/CESFAM), 1 Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia- ALIWEN y 3 SAR.

El territorio del SSMS se caracteriza por concentrar un índice de pobreza multidimensional (educación, salud, trabajo, seguridad social, vivienda y redes y cohesión) mayor al promedio de la Región Metropolitana, siendo la comuna de Lo Espejo la que presenta el porcentaje más alto (38%) (Cuenta Pública 2021).

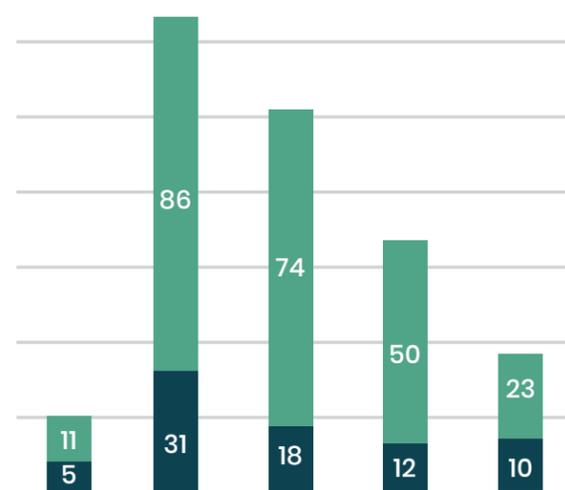
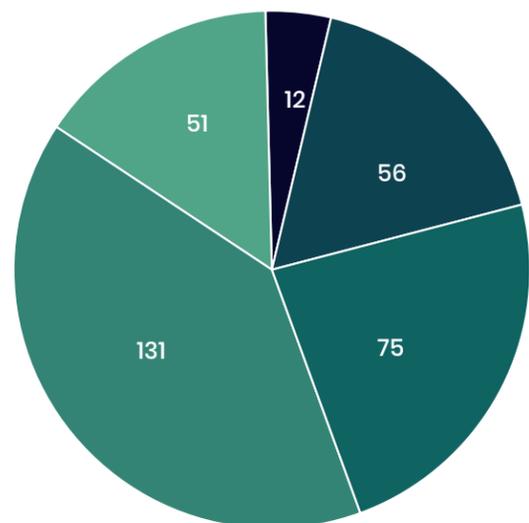
CUOTA ESTABLECIDA MUESTRA LOGRADA PARA EL SS Y APS Y SUS CARACTERÍSTICAS

SSM SUR	Médicos	Prof. no Médicos	Técnicos	Admin.	Auxiliares	Total
Cuota APS	8	9	10	5	5	37
Muestra Final - APS encuesta PTS	20	40	23	12	5	100
brecha APS	-12	-31	-13	-7	0	-63
Cuota Hospitales	5	6	7	3	3	24
Muestra Final - HOSPITALES encuesta PTS	30	91	52	44	7	224
brecha HOSPITALES	-25	-85	-45	-41	-4	-200
Centro Privado	1	0	0	0	0	1

Tabla n°11

Del SSM Sur se obtuvo un total de 325 respuestas, representando el 29,4% de la muestra total. De este también se obtuvieron muestras relevantes en establecimientos específicos, con un 29% que proviene del Hospital Barros Luco, donde 67 de ellas fueron realizadas de forma presencial por una encuestadora. Así también, un 18% proviene del Hospital El Pino y 14% del CESFAM Maipo y 13% del CESFAM Dr. Carlos Lorca Tobar. En cuanto a la distribución por estamento de estas, se observa una distribución similar a la muestra general, con una mayoría de profesionales no médicos (40%), seguido de un 23% de técnicos, 17% de administrativos, 16% de médicos y sólo un 4% de auxiliares.

SSM Sur



Menos de 25 años y 35 años y 45 años y 55 años 56 años

Auxiliar Técnico
Administrativo Profesional no médico Médico

SSM Sur Masculino SSM Sur Femenino

ESTABLECIMIENTO DE SALUD - SSM SUR

Hospital Barros Luco Trudeau	96	Hospital Público	1
Hospital El Pino	58	CESFAM Maipo	1
CESFAM Maipo	45	CESFAM Dr. Mario Salcedo	1
CESFAM Dr. Carlos Lorca Tobar	41	CESFAM Dr. Raul Moya	1
Hospital enf.inf. Dr. Lucio Córdova	32	CESFAM El Manzano	1
Hospital Dr. Exequiel Gonzalez Cortes	14	CESFAM Haydee López	1
Hospital San Luis de Buin	8	CESFAM Lo Valledor Norte	1
Sin Información	5	CESFAM Orlando Letelier	1
Servicio de Salud Metropolitano Sur	5	CESFAM Pueblo Lo Espejo	1
Hospital	3	CESFAM San Joaquín	1
CESFAM	2	CESFAM Santa Anselma	1
Metropolitano Sur	2	FARR DE SAN BERNARDO	1
Centro Comunitario de Salud Mental	1	Total	325
CESFAM Carol Urzúa	1		

iv. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE (SSMN)

El Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) es el servicio a cargo de los centros de salud públicos del territorio comprendido por las comunas de Til Til, Colina, Lampa Huechuraba, Quilicura, Conchalí, Recoleta e Independencia. Es responsable de 1 Hospital comunitario (de Til Til), 2 Hospitales de alta complejidad (H. San José y el H. de niños Roberto del Rio), 2 Institutos (I. Nacional del Cáncer y el I. Psiquiátrico Dr. Horwitz), 1 Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT Eloísa Diaz), 25 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 11 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 12 Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), 4 Servicios de Alta Resolutividad (SAR), 2 Servicios de Urgencia Rural (SUR), 9 Postas Rurales, 8 Centros Comunitarios de Salud Mental (CO-SAM), 3 Consultorios Anexos de Especialidad (CAE) y 9 Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO). Según el informe de Cuenta Pública Participativa 2022, el SSMN tiene una población asignada de 1.213.824 habitantes, de los cuales 726.491 son beneficiarios inscritos en APS.

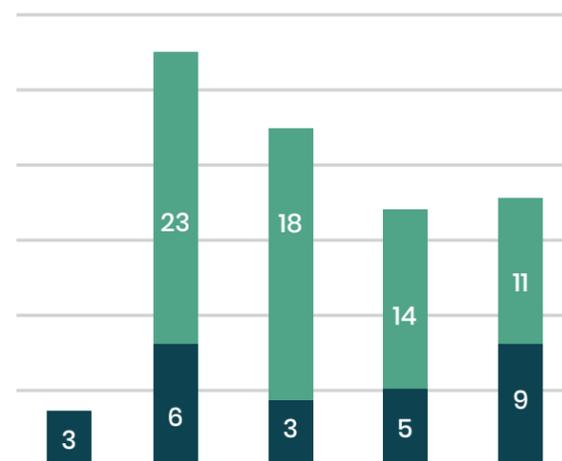
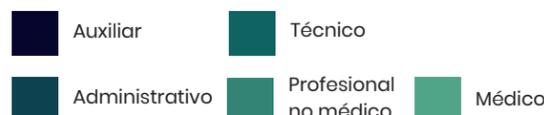
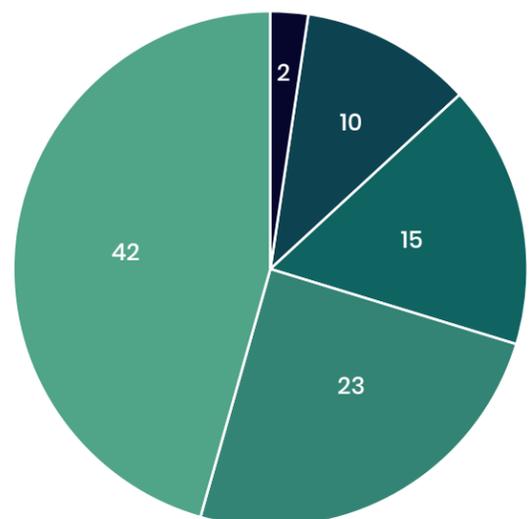
CUOTA ESTABLECIDA MUESTRA LOGRADA PARA EL SS Y APS Y SUS CARACTERÍSTICAS

SSM NORTE	Médicos	Prof. no Médicos	Técnicos	Admin.	Auxiliares	Total
Cuota APS	6	9	10	4	3	31
Muestra Final - APS encuesta PTS	7	1	0	0	0	8
brecha APS	-1	8	10	4	3	23
Cuota Hospitales	4	6	6	3	2	21
Muestra Final - HOSPITALES encuesta PTS	30	21	15	10	2	78
brecha HOSPITALES	-26	-15	-9	-7	0	-57
Centro Privado	5	1	0	0	0	6

Tabla nº12

Del SSM Norte se recibió un total de 92 encuestas, 58 provenientes del Hospital Roberto del Rio, la mayoría de las cuales se realizaron de forma presencial y forma el 63% del total de la muestra. Del total, el 46% de las respuestas proviene del estamento médico, un 25% de profesionales no médicos, un 16% de técnicos, 11% de administrativos y 2% de auxiliares.

SSM Norte



Menos de 25 años y 35 años y 45 años y 55 años y 56 años

SSM Norte Masculino SSM Norte Femenino

ESTABLECIMIENTO DE SALUD - SSM NORTE

Hospital Roberto del Río	58	CESFAM Irene Frei de Cid	1
Hospital Clínico de la U de Chile	8	CESFAM Symon Ojeda	1
Hospital San José	6	Clínica Psiquiátrica Universitaria	1
Centro de Salud Privado	2	COSAM Lampa	1
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens	2	Hospital Psiquiátrico Monovalente	1
Clínica Dávila	2	RedSalud Quilicura	1
Instituto Nacional del Cáncer	2	Servicio de Salud Metropolitano Norte	1
Público	2	Servicio Médico Legal	1
CESFAM El Barrero	1	Total	92
CESFAM Esmeralda	1		

v. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE (SSMOCC)

El territorio del Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOcc) comprende las comunas de Lo Prado, Pudahuel, Quinta Normal, Renca, Cerro Navia, Alhué, Curacaví, María Pinto, Melipilla, San Pedro, Talagante, Isla de Maipo, El Monte, Padre Hurtado y Peñaflo, siendo el SS que abarca más área no urbana en la Región Metropolitana. El SSMOcc cuenta con 6 Hospitales (H. San Juan de Dios con un CDT adosado, H. Clínico Dr. Félix Bulnes, H. San José de Melipilla, H. de Peñaflo, el H. de Talagante y el H. de Curacaví Dr. Heyermann), el Instituto Traumatológico Dr. Gebauer y el CRS Dr. Salvador Allende. Tiene la más amplia red de APS con más de cien centros, entre los cuales hay 19 CECOSF, 34 CESFAM, 9 COSAM, 16 Postas Rurales, 23 SAPU, 8 SUR y 4 SAR.

Según el informe de Cuenta Pública Participativa 2022, la población asignada comprende 1.373.198 habitantes, 84,4% de los cuales pertenece a FONASA. El 10,4% de la población es rural y un 25,3% se encuentra en condiciones de pobreza multidimensional (mayor al promedio de 20% de la RM).

CUOTA ESTABLECIDA MUESTRA LOGRADA PARA EL SS Y APS Y SUS CARACTERÍSTICAS

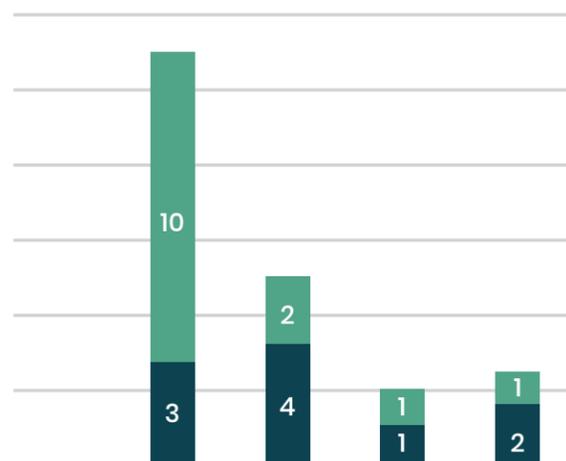
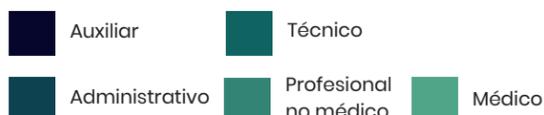
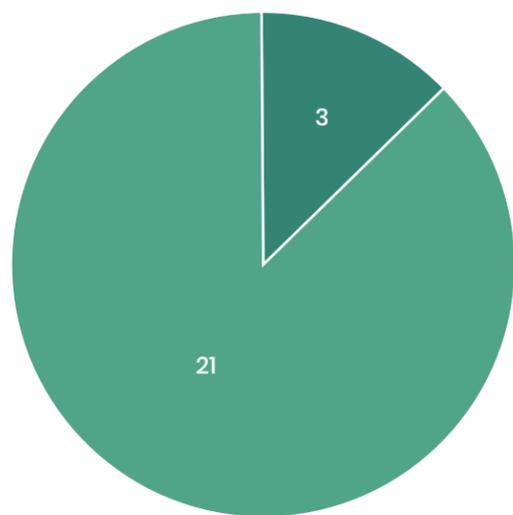
SSM OCCIDENTE	Médicos	Prof. no Médicos	Técnicos	Admin.	Auxiliares	Total
Cuota APS	8	13	14	5	3	43
Muestra Final - APS encuesta PTS	12	1	0	0	0	13
brecha APS	-4	12	14	5	3	30
Cuota Hospitales	6	9	9	3	2	29
Muestra Final - HOSPITALES encuesta PTS	8	1	0	0	0	9
brecha HOSPITALES	-2	8	9	3	2	20
Centro Privado	1	1	0	0	0	2

Tabla nº13

De este SS se obtuvo el menor número de respuestas, con solo 24, a pesar de todas las tratativas y compromiso inicial de parte de este con el estudio. La muestra proviene en un 88% de médicos y el restante de profesionales no médicos (3 personas); con esta no es posible incorporar a este Servicio dentro del análisis comparativo que se hace, ya que no da cuenta de la realidad de los establecimientos que lo componen ni de las personas que trabajan en él. Sí se incorporará en el análisis general que se haga de la Región Metropolitana y de las personas que trabajan en salud, ya que forman parte del universo que se ha definido como objetivo para este estudio.

Se cuenta con un informe, entregado por la Dirección del SS, a través de transparencia, dando respuesta a las preguntas que se le plantearon. Este fue incluido en el análisis cualitativo que se hizo de la materia.

SSM Occidente



Menos de 25 años y 35 años y 45 años y 55 años Más de 56 años

SSM Occ. Masculino SSM Occ. Femenino

ESTABLECIMIENTO DE SALUD - SSM OCCIDENTE

CESFAM Pablo Neruda	5	CESFAM Lo Franco	1
Hospital Félix Bulnes	4	CESFAM Pudahuel Poniente	1
Hospital Peñaflo	2	CESFAM Santa Anita	1
Hospital Talagante	2	Hospital	1
Centro Médico San Víctor de Peñaflo	1	Santa Anita	1
Centro terapéutico El brillo de sus ojos	1	SAPU Gustavo Molina	1
CESFAM Isla de Maipo	1	SAPU Peñaflo	1
CESFAM Juan Pablo II	1	Total	24

vi. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR-ORIENTE (SSMSOR)

El territorio del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSOr) corresponde a las comunas de Puente Alto, San Ramón, La Granja, La Florida, La Pintana, San José de Maipo y Pirque. Los centros de salud bajo esta Red son 4 Hospitales (Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, H. Padre Hurtado, H. Dra. Eloísa Díaz de la Florida, Complejo Hospitalario San José de Maipo), 1 CRS (Hospital Provincia Cordillera), 33 Centros de Salud Familiar y 2 Posta Rural.

Dos de estas comunas, Puente Alto y La Florida, cuentan con las poblaciones más numerosas del país, comprendiendo un total poblacional beneficiaria del SS de 1.513.473 habitantes, con un 74% de la población como usuaria validada FONASA. Sin embargo, según datos de la Cuenta Pública Participativa del SS, el total de usuarios efectivos es bastante mayor, llegando a 1.956.676 en el año 2022. Adicionalmente Puente Alto es la comuna más poblada del país, considerándose una comuna dormitorio y de servicios; mientras que San José de Maipo es la comuna más extensa de la Región Metropolitana. El territorio comprendido por las comunas bajo el SSMSO cuenta con la mayor cantidad de personas en situación de pobreza por ingresos. Cabe destacar que la comuna de La Pintana es la que presenta un mayor porcentaje de pobreza por ingresos, con un 15.34%, siendo un 10% el promedio de la RM.

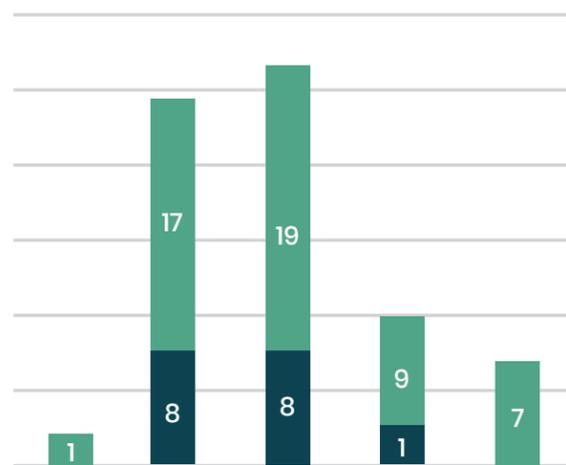
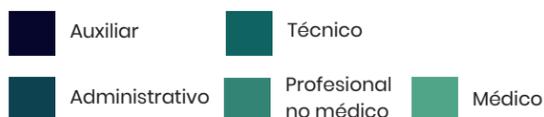
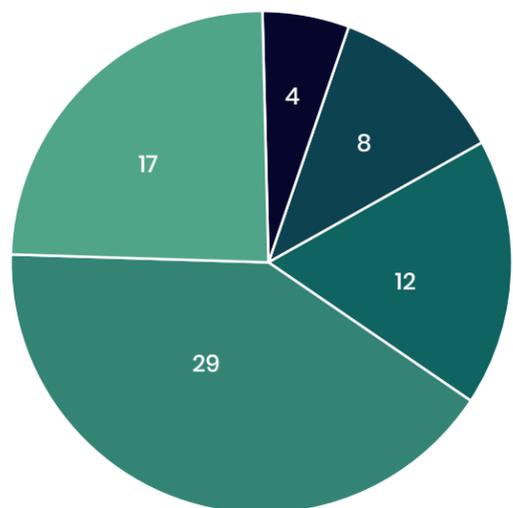
CUOTA ESTABLECIDA MUESTRA LOGRADA PARA EL SS Y APS Y SUS CARACTERÍSTICAS

SSM SUR - ORIENTE	Médicos	Prof. no Médicos	Técnicos	Admin.	Auxiliares	Total
Cuota APS	11	14	15	5	5	50
Muestra Final - APS encuesta PTS	5	24	7	5	1	42
brecha APS	6	-10	8	0	4	8
Cuota Hospitales	7	9	10	3	3	33
Muestra Final - HOSPITALES encuesta PTS	10	4	5	3	3	25
brecha HOSPITALES	-3	5	5	0	0	8
Centro Privado	2	1	0	0	0	3

Tabla n°14

Del SSM Suro Oriente se recibieron un total de 70 encuestas, provenientes en un 50% del CESFAM El Roble. Del total de esta sub muestra, el 41% corresponde a profesionales no médicos, un 24% de médicos, el 17% de técnicos, un 11% de administrativos y el 6% de auxiliares.

SSM Sur Oriente



Menos de 25 años y 35 años y 45 años y 55 años 56 años

SSM S - Or. Masculino SSM S - Or. Femenino

ESTABLECIMIENTO DE SALUD - SSM SUR ORIENTE

CESFAM El Roble	35	CESFAM Padre Manuel Villaseca	1
Hospital Psiquiátrico El Peral	13	Clínica BUPA Santiago	1
Hospital San José de Maipo	3	Consultorio Dr. Alejandro del Río	1
Hospital Sotero del Río	3	CRS H. Provincia Cordillera	1
Sin Información	1	Hospital Clínico La Florida	1
CESFAM	1	Hospital Eloísa Díaz	1
Centro de Salud Privado	1	Hospital Padre Hurtado	1
Integramédica	1	Metropolitano sur	1
CESFAM Bernardo Leighthon	1	Servicio de Salud Metropolitano S. Oriente	2
CESFAM Pablo de Rokha	1	Total	70

vii. OTROS SERVICIOS DE SALUD FUERA DE LA REGIÓN METROPOLITANA

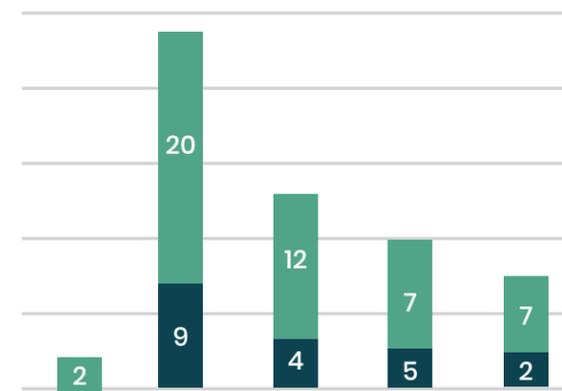
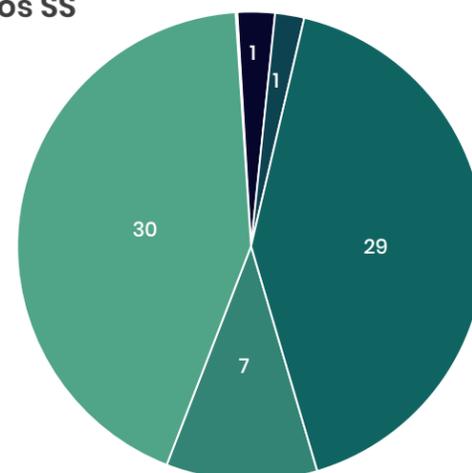
Al haber sido una convocatoria abierta con un cuestionario en línea, se recibieron también cuestionarios desde establecimientos de salud de otras regiones del país. Por la poca cantidad que representan y la distribución de estos, no es posible hacer un análisis acabado de la información recabada, por lo que serán agrupados en análisis general que se realice como "Otros SS". Sin embargo, es importante tener en consideración las diferencias dentro de la muestra, en relación a de dónde provienen los datos, desde Concepción, Magallanes, La Serena, entre otros, por lo que no puede ser considerado como una representación de la realidad a nivel nacional en ningún caso.

MUESTRA Y SUS CARACTERÍSTICAS

	Médicos	Prof. no Médicos	Técnicos	Admin.	Auxiliares	Total
Muestra Final - APS encuesta PTS	9	5	8	1	1	24
Muestra Final - HOSPITALES encuesta PTS	19	2	20	0	0	41
Centro Privado	2	0	1	0	0	3

Tabla n°15

Otros SS



Menos de 25 años y 35 años y 45 años y 55 años 56 años

SSM SS Masculino SSM SS Femenino

ESTABLECIMIENTO DE SALUD - OTRO SS

Hospital Clínico Magallanes	9	Farmacia municipal	1
Hospital de La Serena	5	Hospital Achao	1
CESFAM	3	Hospital Base Valdivia	1
Hospital Guillermo Gran Benavente	3	Hospital Carlos Cisternas	1
Centro de Salud Mental Integral El Quisco	2	Hospital Clínico Herminia Martín	1
CESFAM Dr. Alfredo Gantz Mann	2	Hospital de Chillán	1
Hospital Marco Chamorro Iglesias	2	Hospital de Iquique	1
Centro de Salud Privado	1	Hospital de Talca	1
Hospital	1	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena	1
CESFAM Alfredo Gants Mann	1	Hospital Dr. Juan Morey	1
CESFAM Algarrobo	1	Hospital Las Higueras	1
CESFAM Cardenal Caro	1	Hospital Maullín	1
CESFAM El Quisco	1	Hospital Provincial del Huasco	1
CESFAM J. D. Astaburuaga	1	Hospital Puerto Montt	1
CESFAM La Florida	1	Hospital Regional Antofagasta	1
CESFAM La Unión	1	Hospital Regional Rancagua	1
CESFAM Maiten La Unión	1	Hospital San Vicente	1
CESFAM Nueva Imperial	1	Magallanes	1
CESFAM Pedro Jáuregui	1	Posta de Salud Rural de Melinka	1
CESFAM Santa Cecilia	1	SAR LOS VOLCANES	1
CESFAM Sauce	1	SEREMI de Salud Valparaíso	1
CESFAM Trehuaco	1	Servicio de Salud de Magallanes	1
CESFAM Villa Alegre	1	SS. Osorno	1
CSMC Sin fronteras	1	SSVQ. Hospital Quillota, Hospital La Calera	1
Esachs	1	Total	68

La mayor parte de la muestra proviene de médicos y técnicos de establecimientos públicos de salud, con bajo número de auxiliares y administrativos.

Por otro lado, la muestra se compone principalmente de personas que tienen entre los 26 y 35 años de edad, siendo más bien una muestra "joven".

II. ANEXO 2: DIFUSIÓN ENCUESTA A PERSONAL DE SALUD



ESTUDIO "Implementación de Protocolos de Prevención y Mitigación de Agresiones en el Personal de Salud"

Si trabajas en el área de salud en establecimientos de salud, ya sea en el sector público o privado, te **invitamos a responder un cuestionario online** sobre este tema.

No le tomara más de 5 minutos y las respuestas son anónimas y confidenciales.

Muchas gracias por su tiempo.

ACCEDA A LA ENCUESTA AQUÍ:

Puedes acceder a la encuesta a través de su celular, escaneando este código QR:



Este es un estudio realizado por el Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile A.G. y Gerencia Salud Consultores.

III. ANEXO 3: PAUTA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

La pauta que se presenta a continuación es la que se utilizó con los establecimientos de salud, siendo la pauta base para gran parte de las entrevistas que se realizaron, haciendo las modificaciones y ajustes que fueran pertinentes al caso.

Rol en relación con la temática

- ¿Cuál es su cargo? ¿En departamento o unidad trabaja?
- ¿Qué relación tiene con la temática de agresiones al personal de salud? (si es referente o no, responsabilidad, grado de formalidad, manejo del contenido)
- ¿Cómo ha sido el trabajo con el servicio de salud en esta temática?

Elaboración y Difusión del Protocolo

- Actualmente, ¿el establecimiento cuenta con un protocolo de actuación frente a agresiones al personal de atención en establecimientos de salud? (Norma N° 28, año 2018, del MINSAL), (Si cuenta o no, nivel de desarrollo del protocolo, antigüedad del mismo, si cuenta con resolución)
- ¿Han realizado acciones para fomentar la participación activa del personal en el proceso? (elaboración, implementación, evaluación, retroalimentación, mejoras)

En caso de CONTAR con protocolo

- ¿Cómo fue el proceso de elaboración del protocolo? (información, comunicación con el nivel central, involucramiento de la dirección, asignación de responsable, relación con los gremios, participación del personal)
- ¿Cómo se difundió el protocolo? (comunicaciones internas, recursos, alcance, capacitaciones)
- ¿Cuál ha sido su experiencia al implementar del protocolo? (factibilidad, oportunidad, efectividad)
- ¿Han realizado acciones o planes de mejoramiento de las medidas que considera el protocolo? ¿Cuáles?
- ¿Qué factores considera que contribuyen con la implementación del protocolo?
- ¿Qué factores considera usted que han obstaculizado la implementación del protocolo?

En caso de NO CONTAR con protocolo

- ¿Están en conocimiento de la norma 28?
- ¿Por qué razones no han podido elaborar el protocolo?
- ¿Qué factores considera usted que han obstaculizado la elaboración del protocolo?

- ¿Hay algún factor que contribuya a que el protocolo se implemente en algún momento?
- ¿Qué necesitan para poder implementar el protocolo?

Medidas de prevención y mitigación

Sistematizar las medidas en la siguiente matriz:

	Individuo	Agresor	Ambiente físico	Organización	Comunidad
Pre evento					
Evento					
Post evento					

En caso de CONTAR con protocolo

- ¿Identificaron situaciones de riesgo local? ¿Cómo las identificaron? ¿Cuáles son las principales?
- ¿Qué medidas han implementado para prevenir las agresiones?
- ¿Cuáles medidas cree que han tenido un impacto en la disminución de agresiones?
- ¿Qué se hace en caso de que ocurra agresión a algún funcionario o funcionaria?
- ¿Se ha realizado alguna acción para capacitar a los funcionarios y funcionarias para reconocer y manejar estas situaciones? ¿Cuáles?
- Frente a casos de agresiones ¿se ha seguido el protocolo establecido? ¿Han identificado fallencias en su implementación?
- ¿Se ha realizado alguna acción que involucre a la comunidad?

En caso de NO CONTAR con protocolo

- ¿Se han presentado situaciones de agresiones al personal? ¿cómo las han abordado?

Conclusiones

- ¿Cómo evaluaría el nivel de implementación de las Norma 28 en su establecimiento? ¿Cuál es su percepción general con respecto a la utilidad del protocolo?
- ¿Se ha evaluado la efectividad? ¿Cómo? (seguimiento, recopilación de datos, análisis, retroalimentación)
- ¿Cuáles son las fortalezas del proceso? ¿Cuáles son las oportunidades de mejora?
- ¿Que es urgente cambiar para mejorar la gestión en esta temática? ¿Qué mejoras o modificaciones sugiere?

IV. ANEXO 4: MATRIZ DE HADDON

	INDIVIDUO	AGRESOR	AMBIENTE FÍSICO	ORGANIZACIÓN	COMUNIDAD
FASE PRE EVENTO	<p>Reuniones periódicas o jornadas protegidas para difundir y hablar sobre el protocolo y su aplicación.</p> <p>Reuniones de sector para análisis de casos y entrega de indicaciones.</p> <p>Atención en dupla de trabajo.</p> <p>Capacitaciones en manejo de situaciones y pacientes complejos para a funcionarios/as que tienen trato directo con personas.</p> <p>Capacitación en técnicas de desescalamiento.</p> <p>Formación en comunicación efectiva.</p> <p>Acceso a recursos de apoyo psicológico.</p> <p>Capacitación en identificación de situaciones de riesgo.</p>	<p>Difusión de políticas ante violencia a personal de salud.</p> <p>Habilitación de puntos o módulos de orientación al usuario (sobre horarios, turnos, etc.)</p> <p>Contar con anfitrión que derive y entregue información a usuarios.</p> <p>Identificación y seguimiento de agresores previos.</p> <p>Educación en gestión emocional.</p> <p>Educación en resolución de conflictos.</p>	<p>Infografías con mensajes claros sobre políticas ante violencia a personal de salud.</p> <p>Implementación de infografías y pendones con decálogo sobre el buen trato mutuo.</p> <p>Uso de televisores para transmitir campañas comunicacionales en salas de espera en torno al buen trato.</p> <p>Implementación de sistemas de vigilancia.</p> <p>Instalación de botones de pánico.</p> <p>Acceso controlado a áreas críticas.</p> <p>Instalación de estructuras que resguarden al personal (pj. mamparas)</p> <p>Establecer vías de escape para el personal.</p> <p>Contar con guardias de seguridad.</p> <p>Contar con carabineros en unidades críticas.</p>	<p>Establecimiento de comité local de agresiones.</p> <p>Promoción de la notificación frente incidentes.</p> <p>Levantamiento y reporte a equipo directivo sobre situaciones de riesgo recurrentes.</p> <p>Preparación de equipo de referentes en distintas áreas o unidades como especialistas en la temática que puedan dar orientaciones al respecto.</p> <p>Capacitación a jefaturas para intervenir en situaciones de potenciales agresiones o evitar escalada de la agresión.</p> <p>Capacitación a equipo de trabajo para detectar situaciones de riesgo de agresiones propias o de los pares, y aplicar estrategias de manejo de usuario o afrontamiento de acuerdo a protocolo.</p> <p>Capacitación a representantes de asociaciones de funcionarios, para apoyar la difusión y sensibilización.</p>	<p>Campaña comunicacional de buen trato por parte de la comunidad, dirigida a otros usuarios en medios locales.</p> <p>Empoderar a la comunidad para cuidar a los funcionarios.</p> <p>Trabajo coordinado con Comités de Desarrollo Local y comunidad organizada en torno a la prevención de agresiones.</p>

	INDIVIDUO	AGRESOR	AMBIENTE FÍSICO	ORGANIZACIÓN	COMUNIDAD
FASE PRE EVENTO					<p>Generación de una cultura de cuidado entre compañeros de trabajo para detectar situaciones de riesgo de otros y poder actuar de forma oportuna el protocolo.</p> <p>Planes operativos del protocolo de acuerdo a necesidades de las distintas unidades de atención, elaborados en conjunto con los equipos involucrados.</p> <p>Definición y capacitación de un equipo de primera intervención y contención al funcionario.</p> <p>Reuniones con otras instituciones para compartir protocolos de actuación. Realizar la querrela si la agresión constituye delito.</p> <p>Articular apoyo de Carabineros y Seguridad Ciudadana para atender situaciones complejas.</p> <p>Realizar simulacros de los protocolos de actuación en distintas unidades.</p>

	INDIVIDUO	AGRESOR	AMBIENTE FÍSICO	ORGANIZACIÓN	COMUNIDAD
FASE EVENTO	Aplicación de técnicas de gestión emocional.	Intervención por parte del personal de seguridad.	Activar sistemas de alarma.	Implementación de protocolos de actuación.	Buscar apoyo de la comunidad ante incidentes.
	Aplicación de técnicas de manejo de usuarios.	Evaluación del riesgo.	Reforzar seguridad en áreas críticas.	Atención inmediata y apoyo psicológico al personal agredido.	
	Aplicación de técnicas de desescalamiento.	Contención de la situación por parte de un tercero.		Registro y documentación del incidente.	
	Búsqueda de apoyo en pares para ser relevado.	Realizar mediación por parte de un tercero.		Dar aviso a autoridades.	
	Búsqueda de apoyo en jefaturas para ser relevado referentes.				
	Abandonar el lugar. Buscar resguardo físico.				
	Dar aviso a personal de seguridad.				
	Llamar a carabineros.				

	INDIVIDUO	AGRESOR	AMBIENTE FÍSICO	ORGANIZACIÓN	COMUNIDAD
FASE POST EVENTO	Realizar notificación de la agresión o denuncia al OAL.	Notificación al usuario agresor.	Reparación de daños en instalaciones	Orientación y acompañamiento ante denuncia al OAL.	Colaboración en la identificación de agresores potenciales.
	Acceder a instancias de contención y apoyo psicológico por parte del establecimiento o el OAL.	Entrevista con agresor.	Evaluación sistemática de medidas de seguridad, para su mejora.	Orientación y acompañamiento notificación registro de Formulario de Agresiones.	Apoyo de la comunidad para reconstruir la confianza.
	Participar en sesiones de debriefing.	Reuniones de retroalimentación con equipo de seguridad, para identificar casos específicos.	Revisión y mejora de seguridad física y sistemas de vigilancia y alarmas.	Seguimiento a funcionario post intervención.	Participación en campañas de sensibilización a los usuarios
	Comunicar necesidades y requerimientos a compañeros, jefatura o referentes.	Seguimiento y supervisión del agresor.		Seguimiento de unidad o equipo después del evento.	
	Evaluar estrategias de afrontamiento utilizadas.			Realizar la querrela si la agresión constituye delito.	
	Realizar la denuncia, si aplica.			Brindar asesoría jurídica.	
				Realizar acompañamiento en trámites jurídicos.	
				Reuniones de análisis de factores de riesgo en unidades afectadas por la identificación de las variables causantes de la agresión.	
				Análisis de factores de riesgo recurrentes, abordables desde la gestión clínica o administrativa.	
				Reuniones de seguimiento con equipos de la unidad afectada, para identificar posibles afectados indirectos.	

INDIVIDUO	AGRESOR	AMBIENTE FÍSICO	ORGANIZACIÓN	COMUNIDAD
-----------	---------	-----------------	--------------	-----------

FASE
POST
EVENTO

Contar con retroalimentación del personal involucrado con respecto al funcionamiento del protocolo.

Análisis de la situación e identificación de las causas, desde diversas fuentes, para revisión y actualización del protocolo.

Comunicar las acciones tomadas al personal de salud involucrado.



COLEGIO MÉDICO
SANTIAGO





COLEGIO MÉDICO

SANTIAGO