



Programa de Prevención de la
Violencia a los Médicos

PREVENCIÓN Y ABORDAJE

DE LA VIOLENCIA SANITARIA
EXTERNA EN EL ÁMBITO DE
LA SALUD

GUÍA PRÁCTICA

FEMEBBA



Programa de Prevención de la
Violencia a los Médicos

Guía práctica

Prevención y abordaje de la violencia
sanitaria externa en el ámbito de la salud.

Autores:

Andrés Bolzán

Roberto Duarte

Sofía V. Girotti Blanco

Vanesa Maritato

Mónica Petracci

Susana Rossin

Camila Villemur

FEMBA

Prevención y abordaje de la violencia sanitaria externa en el ámbito de la salud: guía práctica / Sofía V. Girotti Blanco ... [et al.]. - 1.º ed. - La Plata: Fundación FEMEBA, 2018.

112 p. ; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-28604-5-5

1. Personal de Salud. 2. Prevención de Conflictos. 3. Violencia Laboral. I. Girotti Blanco, Sofía V.

CDD 331.2

ÍNDICE

Introducción	5
El Modelo Ecológico para comprender el fenómeno social de la violencia. <i>Camila Villemur</i>	9
Aspectos comunicacionales. <i>Mónica Petracci</i>	25
Pacientes vulnerables. Pacientes con consumo problemático de sustancias y/o antecedentes de violencia, trastornos psiquiátricos. <i>Vanesa Maritato</i>	35
Aspectos jurídicos. <i>Sofía Girotti</i>	45
Evidencia empírica. <i>Andrés Bolzán</i>	59
Herramientas de mediación útiles en todos los contextos. <i>Susana Rossin</i>	63
Herramientas de intervención concretas desde el plano jurídico. <i>Sofía Girotti</i>	75
POE de reporte y asistencia de hechos de violencia laboral hacia médicos	85
Aspectos organizacionales. <i>Vanesa Maritato / Sofía Girotti</i>	87
Gestión organizacional para iniciar la prevención de la violencia contra el personal de la salud. <i>Roberto Duarte</i>	99
Servicio de reporte y asistencia	109
Anexo. Acuerdo de conducta aceptable	111



Prevención y abordaje de la violencia sanitaria externa en el ámbito de la salud | Guía práctica

Introducción

El incremento cuantitativo de episodios violentos por parte de pacientes, familiares y terceros hacia el equipo de salud, en ocasión de la prestación de servicios sanitarios, es una problemática instalada a nivel nacional e internacional.

Así lo demuestra el estudio de campo que efectuamos en 2016 y del que participaron en forma voluntaria 664 médicos de nuestra Federación¹. En esta investigación, pudimos advertir que de cada 100 médicos 58 refieren haber experimentado uno o más episodios de violencia durante el desarrollo de su tarea, y que la violencia verbal es la preponderante. Otra característica que identificamos corresponde al victimario: 3 de cada 10 de ellos son familiares de los pacientes.

Se trata de un **fenómeno multicausal: factores individuales del autor, predisponentes de la víctima, el contexto laboral, los factores organizativos, culturales, económicos y tecnológicos.**

1. Representación proporcional al número de médicos afiliados a FEMEBA.

Las consecuencias que se desprenden de la violencia en el ámbito sanitario impactan no solo en quien fuera víctima, sino también en todo el complejo entramado organizacional (incluyendo al equipo de salud y pacientes de la unidad sanitaria). Sus efectos pueden advertirse, al mismo tiempo, en el coste, eficiencia y efectividad del sistema de salud.

Nuestro grupo de trabajo coincide con los investigadores que afirman que el origen de la violencia no se encuentra únicamente en la estructura genética de los individuos. Por lo tanto, para analizar este fenómeno multicausal es preciso tener en cuenta otras dimensiones, como la personalidad de los actores, el nivel relacional y comunitario, los factores organizacionales de las instituciones sanitarias y, ya en un plano macrosocial, el ordenamiento económico, político, y los patrones culturales de una sociedad en un momento histórico determinado.

Esta problemática es una preocupación permanente de nuestra Federación, por lo que tomamos el compromiso de llevar adelante un programa específico de análisis, prevención y abordaje, destinado a médicos federados, así como a todo el equipo sanitario.

Deseamos crear conciencia de que la violencia sanitaria no forma parte de las condiciones habituales y dignas de trabajo.



Nuestra visión

La violencia laboral externa en el ámbito sanitario debe ser abordada desde una visión multifocal.

Por tanto, la diversidad de aspectos que integran esta problemática conduce a que el planteamiento sea:

- Integrado (prevención y tratamiento de la violencia).
- Multidisciplinar.
- Sensible a la cultura y no discriminatorio.
- Participativo (crear cultura de seguridad, participación de todos los actores intervinientes, generar confianza en la participación).
- Sistemático.

(Planteamiento adoptado por la OMS-OIT, en *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud*, Ginebra 2002).

Nuestro propósito

- Difundir los aspectos referidos a la violencia sanitaria externa (sociológicos, comunicacionales, abordaje clínico, organizacionales, jurídicos, resolución alternativa de conflictos), tanto en su faz preventiva como en el abordaje ante el hecho.
- Facilitar un protocolo de actuación estandarizado para el trabajador sanitario que vivenció un hecho de violencia y otro para la institución.
- Entrenar las actitudes y modalidades pacíficas y creativas de comunicación para poner en práctica la prevención de la violencia sanitaria.

Aspectos considerados

El propósito de esta guía es concentrar los aspectos fundamentales de cada uno de los grupos de contenidos más importantes:

- Marco sociológico
- Comunicación sanitaria
- Grupos de pacientes vulnerables
- Aspectos jurídicos
- Herramientas de mediación, útiles en todos los contextos
- Aspectos organizacionales
- Evidencia empírica

Consideramos que resultará un material de consulta rápido y útil para la práctica profesional.



El Modelo Ecológico para comprender el fenómeno social de la violencia

Camila Villemur

¿Cuál es la génesis de la violencia?

En este trabajo, coincidimos con los investigadores que afirman que **el origen de la violencia no se encuentra únicamente en la estructura genética de los individuos**, puesto que, en la mayoría de los casos, la facultad biológica, vale decir, la activación e inhibición de ciertas zonas del cerebro que puede desencadenar en un episodio violento, está presente en el sistema nervioso de todos los seres humanos (Cisneros, Cunjama, 2010; OPS, OMS, 2003).

Aquí consideramos los **elementos culturales** tales como los valores socialmente adquiridos, los códigos de sociabilidad, la cosmovisión del mundo y el conjunto de normas aprehendido, así como los **elementos económico-políticos** como el ordenamiento social y económico, y la **personalidad del sujeto** como factores que influyen en la potencialidad del ser humano para resolver un estado emocional de un determinado modo (Cisneros, Cunjama; 2010).

El desencadenamiento violento de un episodio no puede reducirse a la estructura genética de los individuos. Para analizar este fenómeno es preciso tener en cuenta otros factores, como la personalidad del sujeto, el ordenamiento económico y político y los patrones culturales de una sociedad en un momento histórico determinado.

¿Qué es un modelo en las ciencias sociales?

Es una **representación conceptual** de elementos que conforman un fenómeno social. Dependiendo el objetivo del trabajo, puede ser creado para analizar, describir, explicar, simular o, en algunos casos, predecir conductas, tipos de interacciones, entre otras.

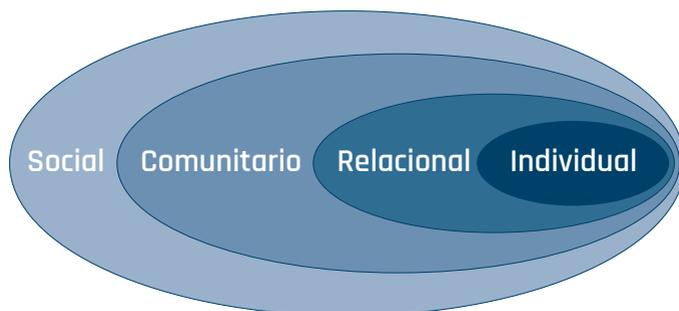
En este trabajo, para caracterizar la violencia como fenómeno social consideramos conveniente valernos del Modelo Ecológico², que distingue cuatro dimensiones que deben ser tenidas en cuenta para un abordaje integral:

- Individual
- Relacional
- Comunitaria
- Social

2. El Modelo Ecológico utilizado en la actualidad por la OMS y la OPS fue creado por Heise (1998) a partir de la propuesta de Bronfenbrenner (1979). (Olivares Ferreto, 2009).



Fig.1 Modelo Ecológico



Fuente: Informe mundial sobre la violencia y la salud (OPS, OSP, OMS; 2003: 13)

Aquí consideramos importante hacer una aclaración y es que la construcción de diferentes dimensiones se lleva a cabo con fines analíticos para abordar este complejo fenómeno. Como bien puede apreciarse en la figura anterior, todos los niveles (individual, relacional, comunitario y social) se encuentran fuertemente interrelacionados.

A continuación, describiremos los factores que son tenidos en cuenta para analizar cada dimensión.

- En el **nivel individual** se incluyen aquellos factores biológicos y biográficos que influyen en el comportamiento de las personas que pueden desencadenar en personalidades de víctimas o victimarios. Los factores que se tienen en cuenta en este nivel son el sexo, la edad, el nivel educativo y socioeconómico (ingresos y situación laboral).
- El **nivel relacional** remite a los vínculos de la persona en su contexto más próximo, esto es, su grupo familiar, relaciones conyugales y amistades. El tipo de interacciones que se registran en este nivel es central para el desarrollo emocional y cognitivo de las personas, ya que puede predisponerlas a sufrir o violentar a otros en la juventud y la vida adulta.

- El **nivel comunitario** implica contextos más amplios (ámbitos laborales y escolares, y lugar de residencia). Los rasgos de estos ambientes pueden fomentar o desalentar interacciones violentas entre las personas.
- El **nivel social** remite a la estructuración de la sociedad, el ordenamiento económico, el establecimiento de normas y patrones socio-culturales. Las prácticas e interacciones que se registran en este nivel propician comportamientos que pueden conformar una cultura de la violencia.

Un último nivel que debemos incluir es el **histórico**. Este nivel remite a corrientes de pensamiento (ideologías) que no siempre guardan relación con fronteras geográficas, y que son llevadas a la práctica por grupos sociales y personas. Ejemplos de este nivel son el racismo, la homofobia, el machismo y el darwinismo social, ideologías intrínsecamente violentas que justifican guerras, crímenes de odio, entre otros.

Analizar el fenómeno social de la violencia desde el Modelo Ecológico permite contemplar los factores de riesgo y rastrear los orígenes de las interacciones violentas, “ayuda a identificar las raíces de los fenómenos que impiden, retardan o favorecen el clima de violencia, así como los factores que pueden beneficiar el cambio de los mismos. En este sentido, permite construir referentes conceptuales para comprender las dinámicas de los conflictos familiares y comunitarios, como parte estructural de la violencia social que se vive día a día en los distintos territorios sociales. De esta manera se generan líneas de acción coherentes, en los ámbitos de política pública, que posibilitan crear condiciones para una convivencia sana, pacífica, diversa y tolerante”.
(Olivares Ferreto; 2009: 17).



Factores de riesgo en las dimensiones analizadas

Tabla 1. Factores de riesgo para las dimensiones individual, relacional, comunitaria y social del Modelo Ecológico.

Dimensiones	Factores de riesgo
Individual	<ul style="list-style-type: none">• Abuso infantil• Consumo de psicoactivos• Violencia intrafamiliar• Desarrollo del individuo en ambientes violentos• Baja autoestima• Escaso estímulo de la comunicación interpersonal
Relacional	<ul style="list-style-type: none">• Sufrir agresiones o ser testigo de resolución violenta de conflictos en el interior de la familia, en una relación conyugal o en el contexto de amigos
Comunitario	<ul style="list-style-type: none">• Hacinamiento• Deterioro urbano• Desigualdad económica• Niveles elevados de desempleo• Acceso desigual a derechos humanos (salud, esparcimiento, educación) de calidad• Ser testigo de comportamientos delictivos
Social	<ul style="list-style-type: none">• Connivencia entre el crimen y el poder político, el poder judicial y las fuerzas de seguridad• Descrédito de las instituciones• Fácil acceso a armas• Impunidad

Fuente: Elaboración propia en base a trabajos de la OMS, OPS (2002) y Olivares Ferreto (2009).

La violencia en el lugar de trabajo, un problema mundial

El informe de la OIT/OMS/ISP/CIE (2002) indica que la violencia laboral afecta la dignidad de millones de trabajadores, tanto en los países centrales como en los países periféricos, y profundiza la desigualdad, discriminación y estigmatización en el interior del lugar de trabajo con consecuencias que se evidencian por fuera de él.

El **sector de la salud registra una cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el ámbito laboral** (Nordin en OIT/OMS/ISP/CIE; 2002) y afecta a casi la mitad de los trabajadores del ámbito de la salud (Di Martino, 2002). Esta tasa de incidencia de violencia en nuestro sector, donde se registra un porcentaje en aumento de mujeres trabajadoras, nos recuerda que en nuestro país la Ley de Protección Integral a las Mujeres (Ley 26485) contempla la obligación de las instituciones sanitarias de hacer la denuncia al tomar conocimiento de hechos de violencia.

La OIT define la **violencia en el lugar de trabajo** como **“toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”** (OIT; 2003: 4).

Esta definición remite tanto al ámbito laboral *in situ* como al viaje de ida y regreso al lugar de trabajo.

Se destacan dos formas de ejercer la violencia:

- **Violencia física:** empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo.



- **Violencia psicológica:** en tanto uso deliberado del poder y/o amenazas del uso de la fuerza física, contra otra persona o grupo, que impactan en el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Casos de este tipo de violencia son el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas.

Asimismo, el artículo distingue la **violencia interna**, que se registra entre el personal y las autoridades, y la **violencia externa**, que tiene lugar entre trabajadores, directores, supervisores y quienes asisten al lugar, en este caso, pacientes y acompañantes (OIT; 2003: 4).

Destacamos que, a lo largo de esta guía, nos abocaremos al análisis y desarrollo exclusivo de la violencia sanitaria externa.

En la Provincia de Buenos Aires, la Ley N°13168 establece sancionar a aquellos funcionarios y/o empleados públicos de la provincia de Bs. As. que, valiéndose de su posición jerárquica o de circunstancias vinculadas con su función, incurran en conductas que atenten contra la dignidad, integridad física, sexual, psicológica y/o social del trabajador o trabajadora, manifestando un abuso de poder llevado a cabo mediante amenaza, intimidación, amedrentamiento, inequidad salarial, acoso, maltrato físico, psicológico y/o social. Esta ley establece un marco normativo para prevenir, controlar, sancionar, erradicar y atender este fenómeno, exclusivamente en referencia a la violencia interna.

Instituciones que producen y reproducen la violencia

Es preciso incluir que, además de la violencia entendida como daño físico, existen relaciones violentas que por su cotidianeidad y frecuencia han sido naturalizadas, normalizadas, *“porque en ellas uno de los términos está situado en el lugar del poder y la autoridad, a quien el ‘otro’ le debe respeto y obediencia. Es en estas relaciones cotidianas donde se produce y reproduce la ‘violencia invisible’, no hablada pero consentida por el temor del subordinado que la padece y negada por la complicidad domesticada de la mayoría, que lo victimiza nuevamente cada vez que se atreve a pedir amparo (Aguilar)”* (Izaguirre; 1998:8).

Este tipo de interacciones puede reconocerse en el trato del personal de salud a los pacientes y su familia, de las autoridades al equipo de salud o en el interior de este.

Otro concepto que permite comprender cómo una institución produce y reproduce la violencia social es el de **violencia institucional**, que remite a:

“todo tipo de violencia ejercida en instituciones, en especial en los servicios públicos, caracterizada por la acción u omisión de condiciones tanto materiales como simbólicas, responsables por la falta de acceso y la mala calidad de los servicios. Abarca, también, desde abusos cometidos en virtud de las relaciones desiguales de poder entre usuarios y profesionales dentro de las instituciones, hasta una noción más restringida de daño físico intencional, fruto del racismo, sexismo, moralismo, y otros estigmas”. (Fleury, Bicudo y Rangel; 2013:14).



¿Por qué se naturalizan las prácticas violentas?

El ser humano construye su propia naturaleza a través de la **tipificación recíproca de prácticas e interacciones habitualizadas por las personas**, dicho de otro modo, produce y reproduce procesos de habituación que implican la repetición de actos que, posteriormente, crean pautas para desenvolverse en la sociedad. Estas pautas son constitutivas del ordenamiento social y es preciso para reproducirlo lo que en ciencias sociales denominamos **proceso de institucionalización** (Berger y Luckman, 2003).

En un momento histórico determinado hay rutinas, pautas y patrones de comportamiento que son esperados y/o aceptados; es por ello que la rutinización de la violencia como práctica no se registra en todas las sociedades.

Un ejemplo para esclarecer lo mencionado hasta aquí: Suecia en 1979 se transformó en el primer país del mundo en prohibir el castigo físico a menores; a nivel regional, lo mismo sucedió entre 2007 y 2009 en Costa Rica, Venezuela y Uruguay. En Argentina, el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, suplanta el poder de “corrección de los padres” por “el deber de prestar orientación y dirección”.

Si bien nuestro propósito es analizar la violencia en el contexto sanitario, estos ejemplos nos permiten comprender el carácter histórico de la violencia y cómo se transforma la valoración de las interacciones entre las personas. Dicho de otro modo, un fenómeno social puede no ser cuestionado en un momento determinado y tiempo después ser repudiado por la misma sociedad, vale decir, desnaturalizado.

Otra causa de la reproducción de la institucionalización de la cultura de la violencia podemos identificarla en el **ordenamiento económico de las sociedades**: altos índices de analfabetismo, inequidad en el acceso a los derechos fundamentales de las personas, desempleo y hacina-

miento son elementos que reproducen y agudizan pautas violentas de comportamiento. Las asimetrías económicas y la exclusión social propician la institucionalización de pautas violentas y la tolerancia del uso de la violencia para dirimir situaciones. De este modo contribuyen a legitimar este fenómeno como práctica generalizada y profundizan la fragmentación hacia el interior de la sociedad.

Violencia en cifras

Estadísticas elaboradas por organismos internacionales afirman que la violencia se cobra anualmente la vida de más de 1,6 millones de personas en el mundo; se convierte así en una de las principales causas de muerte para el segmento etario de 15 a 44 años de edad (OPS, OMS, 2003).

Líneas de trabajo en el campo científico para analizar la violencia en el ámbito sanitario

En las últimas dos décadas, la literatura académica ha echado luz sobre el **fenómeno social de la violencia en el sector de la salud**. En este sentido, disciplinas como la epidemiología, la psicología social, el trabajo social, relaciones de trabajo y la sociología aportan a través de sus diversas (y complementarias) miradas elementos que caracterizan y analizan este fenómeno. Como resultado de dichas investigaciones y en virtud del análisis interdisciplinario pueden apreciarse la **producción teórica** así como la **implementación de políticas públicas**. De manera sucinta pueden mencionarse:



- **Directrices marco o protocolos de acción**

A nivel internacional, se puede destacar el Programa Conjunto OIT/ CIE/ OMS/ISP: La Violencia Laboral en el Sector de Salud. Esta misma labor ha sido llevada a cabo en nuestro país, en la provincia de Buenos Aires, en el denominado “Protocolo de acción en situación de violencia en el ámbito hospitalario”, creado por la Mesa Intersectorial por Hospitales Libres de Violencia (2016), aprobado por Resoluciones N° 0000922 (Anexo I) y 0000923 (Anexo II-PLANILLA DE REGISTRO DE SITUACIONES DE VIOLENCIA EXTERNA) del 11/4/17 con la firma de la ministra de Salud Dra. Zulma Ortiz.

También en la provincia de Buenos Aires el Colegio de Médicos generó un protocolo y planilla de registro de agresiones a profesionales, un trabajo muy conciso y práctico.

Estos trabajos han brindado a las instituciones sanitarias, así como al personal médico y administrativo de ellas, orientaciones para prevenir y detectar casos potenciales de violencia.

- **Iniciativas legales**

A nivel local, organismos como la Asociación de Médicos Municipales, en 2016, presentaron un proyecto de ley que incorpore al Código Penal ataques a espacios públicos y privados para la atención de la salud pública, al tiempo que establece que la agresión a personal de la salud, sea un agravante del delito de lesiones.

- **Investigaciones cualitativas y cuantitativas**

Estos trabajos indagan acerca de este fenómeno para dar cuenta de los episodios que se experimentan en el ámbito de la salud, así como los factores ambientales, psicológicos y culturales que inciden en su aparición. Si bien no podemos aquí mencionar todos los trabajos, recomendamos la investigación de Paravic Klijn, T.; Valenzuela Suazo,

S. y Burgos Moreno, M. (2004) "Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud". Las investigadoras concluyeron que la mayoría de los funcionarios perciben violencia laboral, hacia su persona como hacia sus pares y pacientes/usuarios. En su mayoría el tipo de violencia registrada es de tipo psicológica y los agresores identificados son pacientes y familiares. A continuación, incluimos el cuadro sinóptico elaborado por las investigadoras que permite identificar el fenómeno.

Tal como sucede en el caso anterior, hay un sinnúmero de programas y planes integrales que buscan reducir los niveles de violencia que se experimentan en las sociedades alrededor del mundo. Recomendamos consultar:

- **Programas y políticas públicas de Estado**

- *Modelo Ecológico para una Vida Libre de Violencia de Género en Ciudades Seguras de México (2009)*. Como bien lo indica el título, el trabajo fue realizado desde la perspectiva de la violencia de género y, si bien en esta guía abordamos la violencia en el ámbito sanitario, consideramos de sumo interés el abordaje propuesto.
- *Programa DESEPAZ en Colombia (1992)*. Este programa llevó a cabo estudios epidemiológicos para identificar los factores de riesgo en relación con la violencia y así determinar las prioridades para la acción. Las líneas de acción fueron: aprobar presupuestos especiales para diversas instituciones (poder judicial, oficina de derechos humanos y fuerzas de seguridad), educar en materia de derechos civiles a fuerzas de seguridad y ciudadanos, publicidad en horarios de máxima audiencia, organización de proyectos culturales y educativos para escuelas y familias, brindar a los jóvenes oportunidades económicas y medios de recreación seguros, entre otras. La aplicación del programa permitió reducir el índice de violencia en un 30%.



- **Directrices de organismos internacionales**
 - *Informe mundial sobre la violencia y la salud (2003)*. En este trabajo elaborado por la OMS y la OPS, se identifican antecedentes, tipos de violencia y estrategias para disminuir los índices de violencia.

Estrategias para disminuir la violencia en la sociedad

La violencia es un **fenómeno polifacético**. Por este motivo, para erradicarla es preciso contar con **enfoques multidisciplinares** que intervengan en los diferentes niveles planteados en el Modelo Ecológico (OPS, 2002; y ONU, 2006): individual, relacional, comunitario y social. Esto implica políticas integrales que permitan a los ciudadanos tomar conciencia de los riesgos y las consecuencias de las agresiones, que mejoren la calidad de vida de las personas, garantizando un acceso material y simbólico, mas no únicamente formal, a los derechos humanos fundamentales.

Si bien los resultados de la planificación y ejecución de políticas y programas en esta línea podrían apreciarse en el mediano y largo plazo, las instituciones pueden, y deben, llevar a cabo estrategias para disminuir episodios violentos en el ámbito laboral que se registran a diario. Asimismo, el diálogo y el compromiso entre autoridades políticas y sindicales y trabajadores es fundamental para combatir la violencia en el lugar de trabajo.

Bibliografía

- Barrios Casas, S.; Paravic Klijn, T. (2009). "Percepción de violencia de usuarios hospitalizados en los servicios clínicos de un hospital público de la región de la Araucanía" - Chile. *Ciencia y enfermería*, 15(3), 29-43. Recuperado el 16 de enero de 2017 del Sitio Web: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000300005>
- Berger, Peter; Thomas Luckman (2003). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Cunjama López, E D; Cisneros, J L (2010). "El catatónico desamparo de lo humano; un acercamiento a la sociología de la violencia." *El Cotidiano*, núm. 164, 89-101. Recuperado el 16 de enero de 2017 del Sitio Web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32515894012>
- Chappell, D.; Di Martino, V. (2000). *La violencia en el trabajo*, segunda edición, Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Fleury, S., Bicudo, V., Rangel, G. (2013). "Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil". *Salud Colectiva*, Vol. 9, Nº 1, p. 11-25. Recuperado del Sitio Web: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5391843>
- "Informe mundial sobre la violencia y la salud" (2003). Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano. Publicación Científica y Técnica No. 588 Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf
- Izaguirre, Inés, coord. (1996) *Violencia social y derechos humanos*. Eudeba. Buenos Aires.
- Organización Internacional del Trabajo/Consejo Internacional de Enfermeras/ Organización Mundial de la Salud/Internacional de Servicios Públicos (2002). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- "Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla" (2003) http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_project/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112578.pdf



- Olivares Ferreto, Edith (2009). Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Secretaría de Gobernación Abraham González 48, México, D.F. http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/309/1/images/Modelo_Ecologico.pdf



Aspectos comunicacionales

Mónica Petracci

Introducción

La violencia es un tema de vieja data que adquiere especificidades en la sociedad contemporánea. Tiene mayor visibilidad y coexiste con otras violencias (callejera, doméstica, mediática, género, inseguridad, por mencionar solo algunos ejemplos). En este apartado se entiende, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (2003), que el abordaje de la violencia en el ámbito sanitario sigue los lineamientos del enfoque de salud pública, el que concede importancia a la prevención, interdisciplina, acción colectiva y método científico. Un camino insoslayable para prevenir la violencia en el ámbito sanitario es a través de la mirada y la práctica comunicacionales. Por ello, desarrollaremos brevemente los **fundamentos conceptuales del enfoque adoptado en el campo comunicacional de la salud**, y luego su **aplicación ante situaciones de violencia en el ámbito sanitario y en la relación médico-paciente en particular**. Finalmente, recopilaremos las recomendaciones sugeridas en la bibliografía.

Fundamentos conceptuales

La confluencia entre Comunicación y Salud dio lugar a la formación de un campo que se formaliza en la segunda mitad del siglo XX (Beltrán, 1998; Regis, 2007; Petracci y Waisbord, 2011; Obregón and Waisbord, 2012; Cuberli y Araujo, 2015; Del Pozo et al, 2015; Petracci, 2015).

La relevancia de este campo de conocimiento deriva de su centralidad en la sociedad contemporánea: la salud es tema de agenda y debate públicos, noticia permanente en los medios, desarrollo del periodismo científico, tema de ficciones y foros de Internet. Se evidencia la preocupación por la prevención y los “hábitos saludables” en campañas públicas y la alarma por las epidemias en el mundo globalizado. Por otra parte, las demandas de derechos, atención e investigación son ejes de la movilización social.

Comunicación y Salud resulta un enfoque que comprende una heterogeneidad de ámbitos (relación médico-paciente, comunicación institucional, comunicación mediática, comunicación de políticas públicas) temas y situaciones que exceden el enfoque salud-enfermedad histórico e incorpora, por ejemplo, derechos y actores sociales (profesionales de la salud, personal administrativo, equipos, pacientes; funcionarios hospitalarios y ministeriales). Esto es, lejos de un enfoque lineal e individual, se enfatiza la complejidad de los asuntos sociales que se desenvuelven en el ámbito de la salud.

Algunos aspectos que permiten conocer **qué es y qué no es Comunicación y Salud** son los siguientes:



SÍ	NO
Visión procesual de la comunicación	Visión lineal de comunicación
Importa el sujeto de la comunicación en el marco institucional, comunitario	Visión centrada en el individuo
Comunicación como disciplina construida con preguntas de las ciencias sociales que buscan participación, derechos (a la salud y a la comunicación), interculturalidad	Comunicación como herramienta de otra disciplina

El enfoque propuesto es adecuado para prevenir la violencia en el ámbito sanitario porque, en sintonía con la salud pública, dialoga con otras disciplinas además de la comunicación, ya que en un tema como la violencia se entrecruzan problemáticas de diferente orden. La dinámica institucional también debe ser considerada para no caer en una solución de tipo individual. Por último, consideramos que debe basarse en la evidencia producida por investigaciones válidas y confiables.

Recomendaciones comunicacionales

El diseño de recomendaciones sobre qué hacer en términos comunicacionales frente a la violencia en el ámbito sanitario se basa en tres pasos:

- 1. Investigar y conocer qué es lo que se ha producido sobre el tema a nivel local e internacional.*
- 2. Planificar una estrategia comunicacional.*
- 3. Evaluar el proceso de aplicación de la estrategia y los resultados obtenidos.*

Aquí es importante remarcar que no se busca listar las recomendaciones sugeridas por la bibliografía desconociendo el contexto político, institucional y subjetivo de quien tiene que aplicarlas.

Las recomendaciones buscan abrir reflexiones, tener respuestas a la mano frente a una situación de violencia. El propósito es prevenir que se genere una situación violenta o evitar que aumente el nivel de violencia ante noticias inesperadas en un consultorio o en una guardia; problemas en la calidad de la atención por demoras prolongadas, especialmente en situaciones de urgencia; búsquedas –a veces desesperadas– de recetas para medicamentos; confrontación de la información brindada por la institución de salud frente a información procedente de eHealth, cuya fiabilidad no siempre es conocida, entre muchos otros ejemplos.

Las **recomendaciones** se dividen en:

- *Institucionales*
- *Cara a cara*

Recomendaciones institucionales

- Definir una posición institucional respecto de **qué es y qué no es aceptable** en lo que respecta al trato dado por el equipo de salud a pacientes y viceversa, y debatir sobre su adecuación o no a través del tiempo (por ejemplo, dos o tres reuniones anuales).
- Si bien hay servicios en los que se reportan más agresiones (guardias, urgencias, terapia intensiva), es conveniente que cada institución conozca cuáles son sus **servicios vulnerables** respecto de la violencia.



- Diseñar un **Registro de Situaciones de Violencia**: ese registro tiene que ser elaborado como un instrumento activo, un insumo para tomar decisiones, no como un trámite a cumplimentar.
- Diseñar un **Mecanismo de Presentación de Quejas** también es un instrumento para el conocimiento cuya información puede sistematizarse y además ser útil para la toma de decisiones.
- Garantizar la **presencia del personal de salud necesario para una adecuada calidad de atención**, en particular en unidades y horarios con mayor riesgo de padecer hechos de violencia y, también, garantizar que el personal esté capacitado para atender a otros integrantes del equipo de salud que puedan padecer violencia.
- **Abreviar los tiempos de espera de pacientes** y/o pensar qué hacer en caso de que sean prolongados y **aplicar el triage** para hacer más eficiente la distribución de turnos. El manejo del tiempo, tanto a nivel institucional como en la comunicación cara a cara, es un aspecto a considerar con cuidado. El exceso del tiempo de espera para ser atendidos así como la escasez de tiempo de duración de una consulta pueden generar violencia.
- Diseñar la **posición del mobiliario en la sala de espera y en el consultorio** de manera que no incentive la situación de violencia y, viceversa, que permita el manejo de la situación por el equipo de salud.
- **Mejorar tiempos de descanso** del equipo de salud.
- **Capacitación continua** en reconocimiento de situaciones de violencia en servicios de salud.

- **Incorporar tecnología** (sistemas de alarma, circuitos cerrados de TV en salas de espera, pulsadores antipánico).
- Realizar **mejoras en el entorno físico** (comodidad en la sala de espera; evitar tener objetos que puedan transformarse en amenazantes; fijar límites de acceso de los pacientes a través de la colocación de paneles o mamparas; distribuir el mobiliario de manera tal que facilite, si es necesario, que el personal salga del lugar); informar la normativa regional y/o nacional sobre casos de violencia.
- Considerar institucionalmente cómo **realizar derivaciones de pacientes** de centros de menor complejidad a centros de mayor complejidad.

En suma, las recomendaciones a nivel institucional involucran la toma de decisiones, la mejora en la calidad de la atención, la capacitación permanente en esta temática y la incorporación de tecnología. Cuanto más una institución reflexione, evalúe y tenga en agenda el tema de violencia, más contribuirá a disminuir los niveles de violencia.

Es conveniente aplicarlas cuando comienza a haber quejas, gritos, roturas de mobiliario, agresiones verbales y no verbales al personal de salud, y cuando se reconoce a pacientes que hayan tenido comportamientos violentos o se insinúen comportamientos corporales que anticipen violencia.



Recomendaciones cara a cara

- **Capacitación al equipo de salud en habilidades comunicacionales**, esto es, cómo desenvolverse comunicacionalmente desde el reconocimiento (saber observar la comunicación no verbal, los tonos de voz, etc.) hasta el tipo de respuesta dada al paciente.
- Ante una situación con pacientes/familiares que se presenta como violenta, en primer lugar es conveniente **desplegar comportamientos que no la incentiven** o bien que la disminuyan. Pero también es conveniente no dejar de señalar los comportamientos violentos y mantener algún tipo de distancia.
- Es conveniente **escuchar sin responder de manera violenta**, buscar empatía, dialogar, contener, pero fijar límites.
- En caso necesario, **salir del consultorio y solicitar ayuda**.
- Si la violencia persiste, **no asumir “conductas heroicas”**.

En el caso de las **malas noticias y noticias inesperadas**:

- **Prepararse subjetivamente** acerca de lo que se tiene que comunicar.
- Decidir **qué posición se tomará sobre el contenido** a transmitir. ¿Hasta dónde se puede decir? ¿Hasta dónde el otro quiere saber?
- **Pensar en el paciente** (sus características, lo que sabe/ no sabe, hasta dónde pregunta, el vocabulario que mejor entenderá).
- Trabajar subjetivamente los **límites para transmitir malas noticias** (miedo a causar dolor, a no poder curar, a problemas judiciales, etc.).

- **Identificar cuánto el paciente quiere saber** y, en ese caso, si comprendió.
- **Decidir qué hacer si el paciente quiere/no quiere saber.**

En síntesis, las recomendaciones para el cara a cara consisten en el manejo comunicacional de las situaciones de violencia buscando comprender a la persona que tiene comportamientos violentos, también ponerle límites y visibilizar la situación para, finalmente, ofrecerle salidas posibles a esos comportamientos visibilizados.



Bibliografía

- Beltrán, L. 1998. "Salud pública y comunicación social". En Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación. Número 63.
- Cuberli, M. 2008. "Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción". En Revista Question, otoño 8, número dieciocho, junio 2008. Buenos Aires: Publicación académica de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad de La Plata. www.perio.unlp.edu.ar/question.
- Cuberli, M. y Araujo, I. (2015). Las prácticas de la comunicación y salud: intersecciones e intersticios. En: Petracci, M. (Coord.) La salud en la trama comunicacional contemporánea. Buenos Aires: Prometeo.
- Del Pozo, J., Román, A., Alcántara, R. y Domínguez, M. 2015. Medios de comunicación y salud. Sevilla: Astigi.
- Obregón, R., and Waisbord, S. (2012). The Handbook of Global Health Communication. Hoboken, NJ: Wiley- Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003. Informe Mundial sobre Violencia y Salud.
- Petracci, M. 2012. "Comunicación y salud: un campo diverso y pujante", Organicom, Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas. Universidade de São Paulo, Año 9, Edicao Especial 16/17, 2012. Págs. 40-49.
- Petracci, M. 2015. La salud en la trama comunicacional contemporánea (1.a ed.). Buenos Aires: Prometeo.
- Petracci, M. y Waisbord, S. 2011. Comunicación y salud en la Argentina. Buenos Aires: La Crujía.
- Regis, S. 2007. "Reflexiones sobre las prácticas de la comunicación en el campo de la salud". En Revista Question, verano 07, número trece, marzo 2007. Buenos Aires: Publicación académica de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad de La Plata. www.perio.unlp.edu.ar/question.



Pacientes vulnerables. Pacientes con consumo problemático de sustancias y/o antecedentes de violencia, trastornos psiquiátricos

Vanesa Maritato

Introducción

Las agresiones a profesionales de la salud por pacientes con patología mental suponen un serio problema de salud ocupacional. La violencia en el medio sanitario psiquiátrico es un riesgo frecuente, en general no grave, de tendencia creciente, comúnmente infravalorado y evitable, ya que muchas veces es aceptado como algo inherente a la profesión.

Abarca desde el lenguaje amenazante hasta el homicidio. La violencia ejercida por pacientes con patología mental tiene características peculiares que no se dan en otro tipo de pacientes:

- El ingreso del paciente en la mayoría de los casos es de manera involuntaria.
- Descompensación de su patología de base que condiciona la conducta.
- Consumo de tóxicos, alcohol y drogas.

Agitación

En pacientes con patología mental, las situaciones de agresión suelen ser heterogéneas y complejas.

Si bien no todo paciente agitado es violento, la agitación debe ser considerada una urgencia vital.

La consideración de la conducta agitada es objeto de intervención como conducta sintomática y es la única justificación de actuación contra la voluntad del individuo. Adjetiva el acto como médico.

Causas de excitación psicomotriz

- Abuso o abstinencia de sustancias, alcohol, anfetaminas, cocaína.
- Drogas de prescripción médica: agentes colinérgicos, glucocorticoides, L-dopa y agonistas dopaminérgicos, hipnosedantes.
- Causas psiquiátricas: esquizofrenia, manía, depresión con sínto-



mas psicóticos, trastorno de la personalidad, trastorno en el control de los impulsos.

- Causas orgánicas: síndromes paraneoplásicos, hipo o hipercalcemia, hipo o hipertiroidismo, hipoglucemia, enfermedad de Cushing, sida, tumor en SNC, epilepsia, traumatismo de cráneo, hemorragia cerebral, infecciones del SNC.

¿Quiénes deben estar abocados a la atención de tales pacientes?

En el abordaje del paciente agitado se involucra todo el personal sanitario disponible, correctamente capacitado y entrenado.

¿Cómo debe ser la forma de actuación?

Se requiere una actuación rápida, que garantice la seguridad de todas las personas implicadas, por lo que es necesario seguir pautas protocolizadas.

A. Predecir la agitación

- *Factores de riesgo:* actos impulsivos previos, antecedentes de conductas violentas, abuso de sustancias, patología mental no tratada.
- *Variables clínicas actuales:* abuso de sustancias, intoxicación, abstinencia, signos evidentes de descompensación psicótica (delirios, alucinaciones), evidencia de trastorno mental orgánico.
- *Variables sociales:* sin contención familiar, sin red social.

- *Señales de alarma:* expresión facial tensa, aumento de la actividad motora, gestos violentos, amenazas, insultos, gritos, contacto visual prolongado.

B. Prevenir la agitación

- *Medidas ambientales y conductuales:* Evitar tiempo de espera excesivo para la atención, interrupciones en el relato, disminución de los estímulos. Conducir al paciente a un ambiente de menor exposición. Cambiar el entorno social. Posibilitar la descarga mediante una escucha empática. Ayudar a realizar acciones desactivadoras (técnicas de respiración).
- *Medidas generales de seguridad:* Ambiente adecuado, habitación amplia, con dos puertas de acceso que no puedan trabarse desde adentro, muebles fijos sin objetos, contar con sistema de alarma. Personal de seguridad próximo. Mantener siempre al paciente bajo la observación. Evitar que se encierre en lugares de difícil acceso.
- *Medidas de seguridad personal:* Estar cerca de la salida, mantener distancia de seguridad en relación con el paciente. Contar con el apoyo de otros compañeros.

C. Contención verbal

La comunicación verbal y no verbal es la herramienta fundamental de abordaje del paciente agitado. Escuchar atentamente, permitir su descarga, utilizar tono de voz claro pero firme. No utilizar lenguaje técnico. Empatizar (remitimos al apartado “Aspectos comunicacionales”).



D. Contención farmacológica

Se debe tener en cuenta el rápido inicio de acción y la reducción de síntomas de agitación.

Los fármacos más utilizados son los **ANTIPSIKÓTICOS** y las **BENZODIA-CEPINAS**.

- ***Pacientes con patología orgánica***

- ***HALOPIDOL***

La vía de administración va a depender de la colaboración del paciente.

Dosis: 2,5 a 5 mg cada 30' a 6 h.

Dosis máxima 24 h: 10 a 20 mg.

Monitorizar la aparición de efectos extrapiramidales. En caso de aparición administrar biperideno 4 mg intramuscular.

- ***OLANZAPINA***

Dosis: 2,5 a 10 mg vía oral.

Dosis máxima 24 h: 20 mg.

- ***LORACEPAM***

½ a 1 ampolla 4 mg en caso de convulsiones, abstinencia de alcohol o intoxicación con psicoestimulantes.

- ***Pacientes sin patología orgánica***

- Cuadro leve a moderado sin síntomas psicóticos

BENZODIACEPINAS. CLONACEPAM

Dosis: 0,5 a 2 mg vía oral.

LORACEPAM

Dosis: 1 a 5 mg vía oral.

- Cuadro de agitación moderado a severo con síntomas psicóticos

ASOCIACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS CON BENZODIACEPINAS.

La vía de elección es la intramuscular.

HALOPERIDOL Y LORACEPAM.

E. Contención mecánica

Es un acto sanitario, cuyo objetivo es evitar el peligro para el paciente y su entorno.

Es el último recurso a utilizar, cuando la contención verbal y farmacológica no han sido efectivas y persiste el riesgo de agitación.

Se debe contar con personal capacitado, al menos 5 personas. Se realiza en un ambiente tranquilo. La contención mínima debe ser en 3 puntos, 2 miembros contralaterales y tronco.

Se debe informar al paciente el procedimiento según su nivel de conciencia.

Debe firmarse consentimiento informado, por el paciente o por representante, según el caso, y dar aviso al juzgado de turno. Monitorear cada 15'.



F. Aspectos legales en Salud Mental

- **LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL 26657:**

En los términos de la Ley 26657 y en concordancia con convenciones internacionales de derechos humanos, la internación es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que se habilita cuando aporte mayores beneficios terapéuticos comparada con el resto de las intervenciones realizables (en entorno familiar, comunitario o social).

Tales internaciones deben siempre cumplir con los requisitos siguientes (art. 16):

- Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.
- Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar.
- Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda.
- ***Existen dos tipos de internaciones:***

Voluntaria

Involuntaria

En lo que aquí nos compete: Art 20: La internación involuntaria de una persona debe considerarse como un recurso terapéutico excepcional en caso que no sean posibles otros abordajes ambulatorios y solo podrán realizarse cuando a criterio del equipo interdisciplinario mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Asimismo, en tales casos también *se requiere*:

- **Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación.** Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.
- **Ausencia de otra alternativa eficaz** para su tratamiento.
- **Informe acerca de las instancias previas implementadas** si las hubiera.

Asimismo, el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, en el libro I, título I de la Persona Humana, en la sección relativa a la restricción de la capacidad, dispone los requisitos de legalidad de esta internación involuntaria:

ART 41: Internación. La internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, procede solo si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial y las reglas generales de esta sección.

En particular:

- Debe estar fundada en una **evaluación de un equipo interdisciplinario**, que señale los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad.
- Solo procede ante la **existencia de riesgo cierto e inminente de daño** de entidad para la persona protegida o para terceros.
- Es considerada un **recurso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible**, debe ser **supervisada periódicamente**.



- Debe garantizarse el **debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho a la defensa** mediante asistencia jurídica.
- La **sentencia** que aprueba la internación debe especificar su **finalidad, duración y periodicidad** de la revisión.

Bibliografía

- Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires, *Normas y procedimientos rápidos ante situaciones de violencia del personal de la salud mental en la guardia.*
- Hospital El Cruce (2016) *Contención física terapéutica de pacientes.*
- Junta de Castilla y León (2009) *Guía de seguridad en la atención de pacientes con trastornos mentales.*
- Ley de los Derechos del Paciente 26529.
- Ley de Salud Mental 26657.
- Maritato, V. (2014) *Protocolo de abordaje en la emergencia de salud mental prehospitario y hospitalario.*
- Ministerio de Salud .(2013) *Lineamientos para la atención en salud mental.*
- SAME (2003) *Normas de atención médica.*
- Villar, M.; Aranoz, J. M. (2005) *Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental.*
- Wikinski, Jufe (2013) *El tratamiento farmacológico en psiquiatría.*



Aspectos jurídicos

Sofía Girotti

Introducción

Ante una **agresión física o verbal** recibida por un integrante del equipo sanitario, en el ejercicio o en ocasión de la prestación del servicio de salud, por parte de un tercero (paciente-familiar), nuestro ordenamiento jurídico habilita el inicio de diversas **acciones judiciales** con finalidades diversas, en pos de la salvaguarda de derechos constitucionales y convencionales (derecho a la salud, la vida, la dignidad, la integridad física y psíquica, al trabajo, entre otros).

Fuero Penal

El *derecho penal* tiene diversas *funciones*:

- **Represiva:** sanciona/castiga las infracciones cometidas.
- **Preventiva:** (disuasoria) previene la comisión de infracciones, para que otras personas no las cometan en un futuro.

Las *normas penales* contienen dos partes:

- **Se prohíbe** algún comportamiento humano, al que se define como antijurídico.
- **Se define la sanción** que se prevé ante el incumplimiento de tal prohibición.

Delito de amenazas

En el ejercicio o en ocasión de la prestación del servicio sanitario, puede darse la situación de que un paciente/familiar le anuncie (de forma verbal-escrita-informática) a un integrante del equipo sanitario un mal grave, posible y futuro, con el objeto (intención- dolo directo) de infundir temor, alarmar o amedrentarlo.

Tal accionar atenta contra la **libertad psíquica** (libertad de decisión y sentimiento de tranquilidad) del individuo y por tanto puede configurar el tipo penal de **amenazas**, tipificado en el Código Penal, art. 149 bis.

Según reiterada jurisprudencia, no se configura el delito de amenazas cuando las expresiones se efectúan en el marco de una discusión (en un estado de nerviosismo, ira, irritación), ya que estas no tienen entidad suficiente para interpretarse como anuncio de un daño real (no persiguen amedrentar o infundir temor entre los participantes de la incidencia).

Agravantes

La **pena** se elevará de **uno a tres años** si:

- Las amenazas son anónimas.
- Se utilizan armas para realizar las amenazas.

¿Quién puede instar la acción?

Se trata de una acción perseguible de oficio. Sin perjuicio de la posibilidad de denuncia por parte de la víctima, ante el juez, ministerio público o policía (art. 285 CP).

Medios de prueba

Gráficos, documentales, videos, testimoniales, declaraciones, periciales.



Medida cautelar

El denunciante puede solicitar al juez de garantías le otorgue una **medida de restricción de acercamiento del imputado**, por un período de tiempo determinado.

Fundada en la obligación del Estado de garantizarle a la víctima el respeto de su derecho a la protección de su integridad física-moral e incluso de su familia. Se trata de una medida precautoria. Se trata de una prudente y razonable restricción, en virtud de un interés superior.

Delito de lesiones

En el marco de la prestación de servicios de salud, el equipo sanitario en conjunto o individualmente puede sufrir por parte de pacientes/familiares actos que produzcan una disminución en la integridad corporal.

Cuando tales actos atentan contra la **integridad física** (derecho reconocido en el Pacto de San José de Costa Rica, art. 5.1) y existe una intención y voluntad dirigida a causar un daño, se puede configurar el tipo penal de **lesiones dolosas**, tipificado en nuestro código penal en los arts. 89-90-91.

Tales lesiones pueden producirse por cualquier medio y se sancionan con **pena de prisión**, la que se gradúa según el tipo de lesión de que se trate. Para que se configure el delito, se requiere la **existencia de un daño real** (un resultado luego del accionar).

Tipos penales

- **Lesiones leves (art. 89 CP):** abarca aquellos casos en que el agente produce un daño en el cuerpo (lesiones internas: órganos/tejidos; lesiones externas: cortaduras/ quemaduras) o en la salud (alteración del equilibrio/función del organismo que la víctima tenía

con anterioridad a la lesión), que comprende la salud física y psíquica. *Nota:* se define el tipo penal por exclusión, cuando no esté previsto en otra norma.

- **Lesiones graves (art. 90 CP):** la acción queda encuadrada en este tipo cuando se configura una debilitación permanente (prolongación en el tiempo, no perpetuidad) de la salud (no requiere que sea una enfermedad), de un sentido, de un órgano, de un miembro, o de la palabra, o se hubiere puesto en peligro la vida del ofendido (riesgo concreto, no potencial). También, cuando se inutiliza para el trabajo por más de un mes o cuando se deforma de modo permanente el rostro. En todos los casos se requiere una prueba médica.
- **Lesiones gravísimas (art. 91 CP):** en este caso se requiere la pérdida (no la debilitación) de un sentido, órgano, miembro, palabra o capacidad de engendrar o concebir. Cuando se pierde la capacidad laborativa o cuando la enfermedad mental o corporal producida a la víctima tiene un diagnóstico certero de que es incurable.

¿Quién puede instar la acción?

- **Lesiones leves:** es un delito de instancia privada. La propia víctima tiene que denunciar ante el juez, ministerio público o policía (art. 72 CP y 285 CPP).
- **Lesiones graves-gravísimas:** es una acción perseguible de oficio. Sin perjuicio de la posibilidad de que la propia víctima denuncie el hecho, o se presente luego en la investigación en curso, a hacer valer sus derechos (art. 285 CPP). Por tanto, la Investigación Penal Preparatoria podrá ser iniciada por denuncia, por el Ministerio Público Fiscal o por la Policía (art. 268 CPP).



Asimismo, podrán denunciar los funcionarios o empleados públicos que conozcan el delito en ocasión del ejercicio de sus funciones, o médicos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar (art. 287 CPP). Por tanto, el director médico de la institución podría efectuar la denuncia.

Legislación comparada. Reconocimiento de la violencia sanitaria desde el derecho penal.

España. Código Penal. Arts. 550 y 554.

Estados Unidos. New York. Penal Law. 120.05 -3c-11c.

Assault in second degree. Alabama. Penal code. 13 A 6-21.

Assault in second degree. Arizona. Az Revised Statutes 13-1204.

Fuero Civil

Funciones de la **responsabilidad civil**:

- **Resarcitoria:** cuando el daño ya se ha producido, quien produjo el perjuicio debe restablecer la situación anterior al momento del ilícito.
- **Preventiva:** se pretende actuar con anterioridad a que el perjuicio se produzca o ya producido no se agrave.

Acción de daños y perjuicios

Existe un deber genérico de no dañar a otro, que pesa sobre todas las personas. Ante el incumplimiento de este deber (en el caso, agresión física-verbal a un integrante del equipo sanitario, en ocasión del ejercicio de sus funciones), se habilita el derecho a **reclamar la reparación del daño causado**, por las consecuencias mediatas e inmediatas.

Tal reclamo se materializa mediante el inicio de una acción judicial, denominada de daños y perjuicios, en el fuero civil.

¿Cuáles son los requisitos/presupuestos para que proceda el inicio de dicha acción?

- **Existencia de un daño:** cuando se lesiona un derecho o un interés no reprobado por el ordenamiento jurídico. Consiste en la lesión de un interés lícito, patrimonial o extrapatrimonial que produce consecuencias en el espíritu o en el patrimonio.
- **Relación de causalidad:** entre el hecho productor del daño y las consecuencias dañosas debe existir un nexo adecuado de causalidad. La relación causal determinará la autoría y la extensión del resarcimiento. En primer lugar, este elemento vincula el hecho ilícito con un determinado resultado (un antecedente se eleva a la categoría de causa jurídica de un daño; para ello, se elabora un juicio de probabilidad, es decir, si tal acción u omisión del presunto responsable era idónea para producir, regular o normalmente, un resultado). En segundo lugar, la extensión del resarcimiento comprenderá las consecuencias inmediatas y mediatas previsibles.
- **Conducta antijurídica:** una acción que no está justificada en el ordenamiento jurídico.
- **Factor de atribución:** puede basarse en factores objetivos o subjetivos. En el caso que aquí nos ocupa, hablaremos siempre de estos últimos, es decir, dolo o culpa.

La reparación del daño debe ser plena, integral y justa.

Se persigue suprimir los efectos nocivos del suceso dañoso, de la manera más completa posible, y consiste en la restitución de las cosas al estado en que se encontraban con anterioridad al hecho. Puede ser en especie o por equivalente en dinero.



¿Quién puede iniciar la acción?

- El **damnificado directo**.
- Si la víctima sufrió una gran discapacidad o resultó su muerte, los **ascendientes, descendientes, el cónyuge y quienes convivan con el damnificado** recibiendo un trato familiar ostensible pueden reclamar el daño moral.

¿Qué incluirá la indemnización?

- **Daño emergente:** la pérdida/disminución del patrimonio de la víctima (se incluyen, a modo de ejemplo: los gastos médicos, farmacéuticos, de transporte, de tratamiento psicológico).
- **Lucro cesante:** es la pérdida de la probabilidad objetiva de obtención de un beneficio económico. El daño se constituye por la privación de una ganancia que no se obtuvo. La víctima tendrá que aportar indicios precisos de la probabilidad objetiva de obtener tal rédito económico. Se incluye en este rubro la incapacidad sobreviniente.
- **Pérdida de chance:** frustración de la posibilidad actual y cierta con que cuenta la víctima de que un acontecimiento futuro se produzca o no, sin saberse si efectivamente de no producirse el daño ocurriría o no. La privación de dicha chance puede comprender la faz patrimonial o extrapatrimonial.
- **Afectación de derechos personalísimos:** resarcimiento de las consecuencias que emanan de la afectación a la integridad personal, la salud psico-física y las interferencias al proyecto de vida.
- **Consecuencias no patrimoniales - daño moral:** lesión de un interés no patrimonial de la víctima con consecuencias de la misma índole. Lo que se resarce es la modificación disvaliosa del espíritu.

La prueba

- **Carga de la prueba:** por principio general, quien alega/invoca haber recibido un daño debe probar/acreditar la existencia del daño, el dolo/culpa y la relación de causalidad. Salvo, aquellos casos en que el juez disponga la inversión de la carga de la prueba (teoría de las cargas probatorias dinámicas).
- **Medios de prueba:** documental - informativa - pericial - testimonial.

¿Cuál es el plazo para iniciar la acción?

En estos casos, el reclamo de indemnización por los daños derivados de la responsabilidad civil prescribe a los 3 años de ocurrido el hecho.

Nota: En la Prov. de Buenos Aires, por Ley 13951 se dispone la mediación previa obligatoria al inicio del juicio por daños y perjuicios, como método alternativo de resolución de conflictos judiciales.

Confluencia de acciones (civil y penal)

- **Autonomía:** Existe independencia en el ejercicio de la acción civil y la acción penal resultantes del mismo hecho.

Opción: La acción civil puede interponerse conjuntamente con la acción penal, ante el fuero penal.

- **Prejudicialidad penal sobre la civil:** Principio general: Se suspende el dictado de la sentencia en sede civil hasta que concluya el proceso penal, si esta última se inició primera en el tiempo o se intentó durante el curso de la acción civil.

Excepciones al principio general:

- Medien causas de extinción de la acción penal.



- Si la dilación del procedimiento penal provoca en los hechos una frustración efectiva del derecho a ser indemnizado.
- Si la acción civil por reparación del daño está fundada en un factor objetivo de responsabilidad.
- ***Prevalencia de sentencia penal en sede civil***

Prevalencia de las cuestiones juzgadas en sede penal sobre:

- La existencia del hecho principal (calificación y las circunstancias inherentes al mismo).
- La culpa del condenado.

Ambos puntos son incontrovertibles en sede civil.

Riesgos del trabajo

Ley 24557 y Modif. (LRT) Ley 26773

Los **casos de agresiones** (físicas o verbales) hacia el equipo sanitario, producidos en ocasión o en ejercicio de sus funciones, pueden ser considerados como un **accidente de trabajo**, y por tanto ser una contingencia cubierta por la normativa nacional sobre riesgos del trabajo y habilitar el régimen de reparación que allí se dispone.

De esta forma, llegamos a un reconocimiento pleno del deber constitucional de no dañar, en el caso, en el marco tuitivo del derecho del trabajo.

¿Qué es un accidente de trabajo (art. 6 inc. 1, Ley 24557)?

Es un acontecimiento:

- **Súbito** (acontecimiento rápido, de origen breve) y violento (con capacidad de hacer daño).
- **Que debe ocurrir por el hecho** (se vincula con el cumplimiento específico de la prestación comprometida por el trabajador) **o en ocasión del trabajo** (no proviene del cumplimiento concreto del débito laboral, sino que la ocasión del trabajo es condición/nexo relevante que rodea el desarrollo de la prestación. El trabajo incide como condición de riesgo, p. ej. el accidente *in itinere*).

Por la definición expuesta, una **agresión externa en el ámbito sanitario** podría encuadrar en el ámbito de la normativa de **riesgos del trabajo**.

Sin embargo, es discutido, tanto en la doctrina como en la jurisprudencia nacional, el carácter de accidente de trabajo de un suceso acaecido a consecuencia del accionar de un tercero extraño al ámbito laboral.

Legitimados

Activos.

Todo trabajador del sector público, nacional, provincial y municipal o del sector privado se encuentra incluido en el ámbito de la ley de riesgos del trabajo. Por tanto, tales trabajadores se encuentran legitimados, por ser damnificados directos para iniciar la denuncia ante su ART.

En caso de muerte del trabajador, se otorgan prestaciones a favor de los derechohabientes del trabajador.



Pasivos.

- La aseguradora de riesgos del trabajo es deudora directa de las prestaciones.
- El empleador puede autoasegurarse (bajo ciertos requisitos), en cuyo caso asume las obligaciones que establece la LRT.
- El empleador que no se afilie a una ART responderá directamente ante el beneficiario por las prestaciones.

¿A qué tipo de prestaciones se puede acceder?

- **Prestaciones en especie:** asistencia médica y farmacéutica, prótesis y ortopedia, rehabilitación. Estas se otorgan hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas incapacitantes. También comprenden la recalificación profesional y servicio funerario. Este catálogo es enunciativo y debe ser interpretado en forma amplia.
- **Prestaciones en dinero:** la cuantía se determina mediante el cálculo de la aplicación de los módulos de edad, porcentaje de incapacidad y el ingreso base.

Notas:

1. Ante un accidente de trabajo, es necesario denunciarlo ante la ART, para activar el sistema y recibir las prestaciones de ley (art. 43 LRT). El empleador tiene obligación de denuncia por ante la ART, en tanto el empleado está facultado para ello. A partir de la recepción de la denuncia, la ART tiene un plazo de 10 días hábiles para rechazar el accidente o enfermedad profesional. El procedimiento es **gratuito para el trabajador** y tiene posibilidad de recurrir ante la Comisión Médica Jurisdiccional, la Comisión Médica Central, así como instar la acción judicial.

2. La utilización del régimen de riesgos del trabajo no inhabilita la posibilidad de reclamar al tercero responsable (ajeno al empleador) la reparación de los daños y perjuicios que pudieren corresponder (tal como se viera en el apartado “Fuero civil”). De tal reparación se deducirá el valor de la prestación que haya percibido o deba percibir de la ART o del empleador autoasegurado.
3. También puede comunicarse con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo
0800-666-67

4. Por fuera del Sistema de Riesgos del Trabajo, en aquellos casos en que el hecho de violencia laboral externa no quede configurado como un accidente del trabajo o una enfermedad laboral, podrá quedar configurado como un **accidente o enfermedad inculpa-ble** (enfermedad o infortunio que no tiene ninguna relación con el contrato laboral, que impiden al dependiente concurrir a trabajar, pero el vínculo laboral se mantiene vigente)-art. 208 y sig LCT, el que se denunciará por ante el empleador.

Legislación provincial específica sobre violencia sanitaria:

- Provincia de Chaco.

Ley 7908. Programa de prevención de la violencia y seguridad en el ámbito del sistema de salud.

- Provincia de Córdoba. Código de Convivencia Ciudadana de la Prov. de Córdoba art. 67 Del respeto a las instituciones.

-Provincia de Tucumán. Modificación de la Ley 5140 (arts. 56 bis y ter). Contravenciones contra la Violencia en Instituciones Educativas y de Salud.



Bibliografía

- Berenice D. Cornejo, *Breve reseña sobre la responsabilidad civil y sus funciones*. Evolución en el tiempo, 2016, Sistema Argentino de Información Jurídica, Id SAIJ: DACF160633.
- Breglia Arias Omar, *Amenazas y Coacciones*, "Código Comentado de acceso libre", Gabriel M. A. Vitale (director). Revista Pensamiento Penal.
- *Código Penal y normas complementarias. Análisis doctrinal y jurisprudencial*, Baigun David y Zaffaroni Eugenio (directores), Tomo 3, Editorial Hamurabi, Bs As.
- Formaro, Juan J. *Riesgos del Trabajo*, Ed. Hamurabi, Bs As, 2013.
- James P. Phillips, M.D., "Workplace Violence against Health Care Workers in the United States", *The New Journal of Medicine*, 374;17 nejm.org April 28, 2016.
- Marisa Herrera - Gustavo Caramelo - Sebastián Picasso, Directores, *Código Civil y Comercial de la Nación Comentado*, Tomo IV, Bs As, Injous, 2015.
- Ricardo Luis Lorenzetti, Director, *Código Civil y Comercial de la Nación Comentado*, Tomo VIII, Rubinzal Culzoni Editores, Bs. As, 2015.
- Terragni Marco A., *Tratado de Derecho Penal*, Tomo II, parte especial I, La Ley, Bs. As, 2012, p. 296 y sig.



Evidencia empírica

Andrés Bolzán

Introducción

La importancia y el incremento de la cantidad de agresiones, por parte de pacientes /familiares hacia los profesionales de la salud, en ocasión del ejercicio de su profesión, es una problemática instalada. Lugares que antiguamente se consideraban seguros, como los hospitales, clínicas, centros de atención primaria, hoy representan, tanto para sus trabajadores como para los asistentes, escenarios de exposición a situaciones de violencia.

Ámbito internacional

Existe **evidencia a nivel internacional** de esta problemática:

En España³ el Observatorio Nacional de Agresiones de la OMC registró 495 agresiones en 2016 (se reportó un incremento del 37,12% respecto al año anterior) tanto en la sanidad pública como privada. Existe una prevalencia de agresiones hacia las mujeres (58,3%) y los agresores son principalmente los pacientes (71,5%). Entre los desencadenantes se observa que 42,8% se produce por discrepancias en la atención médica; 15%, por el tiempo en ser atendido; y 11,1%, por no recetar lo propuesto por el paciente.

3. Observatorio de Agresiones de la OMC. España, 2016.

<http://www.comib.com/wp-content/uploads/2017/03/NPAGRESIONES-2017-edit-comib.pdf>

Un estudio realizado en Canadá⁴, con encuestas a médicos de familia (720), indicó que el 29% experimentó en el último mes un episodio de abuso/violencia. Se categorizaron los incidentes según su severidad en menores, mayores y severos (incluyendo 13 sub-categorías, ej.: comportamiento irrespetuoso, amenazas verbales, etc.). Se destacó que el 55% de los profesionales no están al corriente de las políticas en el lugar de trabajo que los pueden proteger y que muy pocos los reportan. Esto implica una necesidad de implementar políticas nacionales al respecto.

En un estudio realizado en Uruguay en 2007 a 446 residentes médicos, el 69% refirió percibir situaciones de violencia en el ejercicio de la profesión (con una mayor frecuencia la violencia fue de tipo psicológico). Entre los agresores se incluyen familiares, compañeros y pacientes. Asimismo, se observó una tendencia a que las mujeres son las que sufren mayor violencia en el ejercicio profesional.

Destacamos que muchos países están actualmente desarrollando políticas para proteger a sus equipos sanitarios de ser víctimas de hechos de violencia laboral externa. A modo de ejemplo, Australia y Gran Bretaña.

4. Baukje(Bo)Miedema,1 RyanHamilton,1 SueTatemichi,1 AnitaLambert-Lanning,2 FrancineLemire,3 DonnaManca,4 And VivianR.Ramsden. *Monthly Incidence Rates of Abusive Encounters for Canadian Family Physicians by Patients and Their Families*, *International Journal of Family Medicine* Volume 2010, Article ID 387202.



Argentina

A nivel nacional, no contamos con estadística oficial sobre esta problemática, por lo que se realizó una investigación orientada a obtener datos de prevalencia y perfil epidemiológico sobre violencia laboral externa hacia los médicos. El propósito de esta investigación fue identificar entre los profesionales de FEMEBA cuál es la magnitud de esta problemática, tipología de los actos de violencia, perspectiva del médico sobre la violencia sanitaria externa, características personales y profesionales de los médicos que han sufrido violencia.

Se realizó mediante una encuesta electrónica, voluntaria y confidencial, con una duración de un mes (agosto 2016), y se obtuvieron 664 respuestas. Las variables analizadas fueron: capacitación, factores organizacionales, entorno institucional de seguridad, factores laborales, variables personales en relación con la profesión, frecuencia y tipología de las agresiones y los agresores, causas y consecuencias, variables demográficas, sexuales, etarias y por especialidad.

Los resultados muestran que la problemática de la **violencia en el ejercicio profesional** surge como un **problema de alta prevalencia**, ya que de cada 100 médicos, 58 refieren haber vivenciado uno o más episodios de violencia durante su trabajo como profesionales. Existe una clara relevancia en la agresión verbal y se involucra en 3 de cada 10 casos a los familiares de los pacientes. Entre los desencadenantes principales se observan: demora en el tiempo de atención, estado mental del agresor e informe de resultados inesperados.

De tales hechos, el 65,1% tuvieron lugar en el ámbito público, sin existir relación con el horario de atención, pero sí con el sector de la Guardia que es uno de los que muestran mayor prevalencia del problema.

Mayormente, la agresión ocurre en pacientes de primera vez, desconocidos (60 de cada 100 episodios de violencia). No necesariamente estos episodios se dan por una atención de urgencia, a pesar de que el profe-

sional de guardia está más expuesto. Solo en 19 de cada 100 episodios el problema se originó en una emergencia.

La mayoría de los médicos decidió registrar la agresión y en 61 de cada 100 episodios se reportó a la autoridad del establecimiento. Los hechos de violencia se repitieron en el 47% de los casos, lo que configura la gravedad del problema. Solo en 12 de cada 100 episodios de violencia el médico inició acciones legales.

Concluimos entonces que este fenómeno presenta una multicausalidad, así como múltiples consecuencias que obligan a abordarlo desde la interdisciplina.



Herramientas de mediación útiles en todos los contextos

Susana Rossin

Introducción

La mediación, como proceso adecuado de resolución de conflictos, puede ser descripta de muchas formas. Podría decirse que es un oficio para la paz, un estado o lógica mental que permite un encuentro con el otro en lugar de un litigio, o que es un proceso que permite crear puentes entre partes litigantes o unidas por un problema o conflicto, o que es un proceso que permite evitar la escalada de violencia.

Las herramientas del proceso de mediación pueden ser usadas para entrenar, ejercitar modalidades de comunicación como formas de prevenir futuras situaciones violentas, preparar el terreno para la aparición de espacios generativos de conversaciones colaborativas y dialógicas, y facilitar la disolución (según Harlene Anderson, el conflicto se disuelve, no se resuelve) del conflicto.

Los profesionales de cualquier área, debidamente entrenados, pueden generar y sostener conversaciones colaborativas, diálogos sustentables y procesos de mediación.

Es recomendable llegar a soluciones no litigiosas, ya que una vez elegida la vía judicial se cierra, en cierta forma, el camino de las conversaciones.

El entrenamiento en conversaciones colaborativas y dialógicas, la práctica permanente del cuidado personal de sí mismo y de los otros, la ejercitación constante del registro de emociones propias y ajenas conforman una alternativa de encuentro ante el desencuentro y una manera confiable y prometedora de prevenir la violencia.

Es recomendable promover espacios protegidos, amigables, cuidados, para desarrollo de conversaciones colaborativas que permitan prevenir la violencia y elaborar alternativas pacíficas de encuentro y comunicación.

Estos encuentros que imaginamos, en los que el objetivo primordial sería que estén presentes la mayor cantidad posible de protagonistas del contexto sanitario (médicos, enfermeros, ordenanzas, pacientes, representantes institucionales, legisladores, etc.), permitirían comenzar un proceso en el que confluyen emociones intensas, diversidad de voces presentes y evocadas, posturas rígidas o en apariencia inamovibles, un contexto social, reglas y mandatos culturales (implícitas o explícitas), extensas descripciones de situaciones dolorosas o irritantes, mitos de justicia, cíclicas y reiteradas vueltas al pasado y a la vez conversaciones colaborativas y reflexivas, exploración de habilidades, tejido de redes, tendido de puentes, miradas hacia el futuro, revalorización o diseño de sueños, situaciones ideales, confortables, cuidadosas de todos, creación de alternativas.

Para lograr esto, es imprescindible desarrollar, recordar, redescubrir habilidades, intuiciones, empatía, fomentando la creatividad y la búsqueda de recursos de cada uno de los interesados.

“La mejor forma de construir no violencia es practicándola. Las partes en conflicto tienen que entrar en esos procesos por sí mismas. Otros pueden



ayudar, sugerir, reconfortar. La tercera parte, Dios, el Estado, la Comunidad internacional o mediadores de todo tipo deben ser facilitadores del conflicto y la mejor forma de llegar a ese objetivo es difundir las intuiciones y desarrollar aún más estas habilidades”.

Herramientas

De la gran cantidad de herramientas posibles, hemos seleccionado para esta guía solamente aquellas consideradas más importantes que se tratan a continuación, insistiendo en la necesidad de una intensa ejercitación periódica y regular:

- Cuidado y cambio personal
- Esquema de red
- Preguntas
- Connotación positiva (lenguaje de posibilidades)
- Legitimación
- Equipo reflexivo
- Uso de las palabras
- Chequeos

Cuidado y cambio personal

Se debe focalizar en lo siguiente:

- El profesional necesita disponer de unos minutos previos para su propia introspección, estar en el lugar, llegar, centrarse. Algunas preguntas lo pueden ayudar: ¿cómo estoy?, ¿qué tengo que dejar afuera de la entrevista?, ¿cómo puedo dejar la consulta anterior e ingresar a la nueva como tabla rasa?
- El registro del momento vital que está transitando para el reconocimiento de sus propios límites y la valorización de sus propias capacidades.

- El entrenamiento en el registro de sus emociones que le permitirá aumentar su sensibilidad para comprender y percibir las emociones de los otros y las propias.
- La existencia de un equipo que es un elemento importante en el cuidado del mediador e incide en la eficacia de su tarea. Las pautas más importantes a tener en cuenta al momento de la formación de un equipo son:
 - inclusividad (multiplicidad de ideas), polifonía (multiplicidad de voces);
 - falta de *expertise* (los integrantes del equipo valoran los logros, reconocen aptitudes, se proponen objetivos, no demuestran sabiduría, no compiten por imponer ideas).

Pueden formar parte del equipo en forma permanente o circunstancial la secretaria del consultorio, un médico asociado, los consultantes por supuesto, un ordenanza, directivos, colegas, etc. Es recomendable que el equipo esté presente durante las entrevistas, pero puede no estarlo y ser convocado por el profesional en su pensamiento, como referencia de otras voces, valoradas o de referencia, que brindarán opiniones, ideas, alternativas que permitirán ampliar, generar, mejorar, acompañar a las personas, las situaciones y al profesional mismo. La pregunta a hacerse podría ser: ¿qué diría... si estuviera aquí?, ¿cuál sería su punto de vista?

- Realizar antes y después de cada encuentro o tarea unos minutos de inspiración y exhalación profunda, sentado, con el cuerpo flojo y el pensamiento concentrado en lo que se deja o lo que se va a comenzar o recibir.



La red, armado del esquema de red y genograma

Es de vital importancia, en el proceso de mediación o de desarrollo de conversaciones colaborativas, destacar, conocer o reconocer la existencia o inexistencia de red en los consultantes y participantes.

Nos referimos a la red cuando hablamos de aquellas personas que forman su familia, los amigos, las instituciones o profesionales que forman parte de su historia actual y pasada.

Utilizamos para esto un diagrama convencional, una representación simbólica de cómo los miembros de una familia están ligados entre sí biológica y legalmente (genograma) y cuáles son sus vínculos con el contexto social (red). Uno de sus principales objetivos es la síntesis y la posibilidad de ser leído por quien lo elaboró o por otras personas en cualquier otro momento, aún años después.

Puede realizarse a modo de apunte personal de quien lleva adelante la consulta o reunión, y se va completando a lo largo de esta, e inclusive, podrá ir actualizándose en los siguientes encuentros. También puede confeccionarse conjuntamente con el consultante o realizarse en una pizarra entre todos, de acuerdo con las formas y necesidades que vaya tomando la entrevista, consulta o reunión.

El **esquema de red** permite resumir en una pequeña hoja gran cantidad de información: fechas, nacimientos, fallecimientos, embarazos, adopciones, profesiones, trabajo; relaciones fuertes, débiles, litigiosas, amorosas, y una de las informaciones más importantes que proporciona está referida a los recursos humanos e institucionales con los que cuenta cada consultante.

Una práctica similar, el **genograma**, reúne datos relacionados con la familia biológica, adoptiva y/o política de los consultantes. El esquema de red amplifica esta información y agrega, a este mapa de recursos familiares, las relaciones que los consultantes han construido o vienen construyendo con otras personas o instituciones (escuela, parroquia, terapeutas, club, colaboradores domésticos, abogados, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, otros).

En el esquema se incluyen tres generaciones como mínimo, con edad, nombre, ocupación. Utilizamos líneas gruesas o finas para unir aquellos vínculos más fuertes o más débiles y líneas zigzagueantes entre los que existen relaciones conflictivas. Incluimos los antiguos y nuevos matrimonios o parejas y encerramos en un círculo a quienes viven juntos. Es dinámico, simple, sintético y muestra los recursos, la red que acompaña a los consultantes.

Preguntas

Las preguntas son la herramienta estrella, herramienta de herramientas.

Permiten conocer, ampliar lo conocido, ratificar, recopilar datos, acercarnos al otro con una sana curiosidad.

Podemos realizar preguntas de diferentes tipos, que tendrán diversos objetivos.

- Las **preguntas cerradas**, nos contestan por sí o por no o nos dan datos específicos, y nos permiten conocer, en muchos momentos, certezas sobre hechos concretos. ¿Vacunó a su hijo? ¿En qué fecha?
- Las **preguntas abiertas** amplían información, permiten al consultante explayarse, abren a otras preguntas. ¿Para qué? ¿Cómo? ¿Por qué? ¿Quién?



- Las **preguntas circulares** nos permiten saber qué piensan o qué dicen o cómo influyen las voces de otras personas en los consultantes y en la historia contada. ¿Qué piensan sus padres sobre esto? o ¿qué diría su hermana si estuviera aquí?

Algunas permiten visualizar el futuro: ¿Qué sería diferente? ¿Qué otra cosa se podría hacer? ¿Cómo se ve en dos años?

Otras tienen que ver con el pasado inmediato o indagan sobre déficits o problemas, otras exploran sobre recursos y habilidades, otras son preguntas reflexivas.

La pregunta no es una herramienta cuando incluye elementos de dominación, colonización, descalificación. No deberíamos perder de vista el valor que los consultantes dan a la opinión profesional. El tono de la pregunta no debe implicar juicios de valor ni descalificación de opiniones o modelos de vida, ni encerrar conceptos morales o críticas o validación de conductas.

Equipos Reflexivos como base de las conversaciones colaborativas

Tom Andersen crea el **Equipo Reflexivo**. Consiste en conversaciones de un grupo bajo ciertas reglas que producen un efecto denominado por él como **Círculo Hermenéutico**.

Andersen explica que, mientras alguien habla (conversación externa), el que escucha mantiene conversaciones internas consigo mismo. El pasaje de las conversaciones internas a las externas y viceversa permite transitar por distintas perspectivas. Una misma cuestión podría entenderse de manera diferente en las distintas perspectivas y, al agruparlas en este proceso reflexivo, podrían crearse nuevas ideas acerca de ella. Bateson habla de “perspectivas múltiples”.

Si en conversaciones grupales, bajo las reglas del equipo reflexivo, todas las ideas pueden convivir pacíficamente sin que ninguna elimine la

otra, se permitirá que aparezcan nuevas ideas superadoras de todas las anteriores.

Uso de las palabras

Es determinante en las conversaciones y diálogos de cualquier tipo **focalizar la atención en qué palabras se usarán**. Esas palabras elegidas serán aquellas que permitan connotar positivamente, focalizar en lo que hay, en los recursos, y que permitan un lenguaje de recursos y no de déficit. Nos entrenaremos en conversaciones inclusivas, polifónicas.

Wittgenstein habla de los juegos del lenguaje: "Todo sucede a través del lenguaje", "Nuevas palabras generan nuevas realidades".

Tom Andersen sugiere pasar de un lenguaje de patologías y de expertos a un lenguaje de éxitos. Las palabras que usamos influyen sobre nuestro conocimiento. Cuando hablamos no lo hacemos solo al otro, sino también a uno mismo.

Al esforzarnos por elegir las palabras que usaremos en las conversaciones, intentaremos despojarnos de las vestiduras del experto y ayudarnos a recordar, encontrar, descubrir los recursos y habilidades propias y ajenas.

Un ejemplo de esto sería que podemos describir a una mujer como controladora o como preocupada y ocupada de los detalles. O podríamos mencionar que alguien es borracho y descuidado o reconocer que está enfermo y no puede, en este momento, hacerse cargo de su cuidado personal.



Bibliografía

- ANDERSEN, Tom, "El Equipo Reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos.", Año 1999, Ed. Gedisa, Cap. 1, 2 y 3.
- ANDERSON, Harlene; "Conversación, Lenguaje y Posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia.", Ed. Amorrortu editores.
- BAJTÍN, Mijaíl M., "Estética de la creación verbal.", Año 2002, Ed. Siglo veintiuno editores. Buenos Aires. Argentina.
- BUSH, B.R.A FOLGER, J.P., "La Promesa de la Mediación. Cómo afrontar el conflicto a través del fortalecimiento propio y el reconocimiento de los otros.", Año 1996, Ed. Granica, Cap. 4.
- CÁRDENAS, Eduardo J., "La Mediación en Conflictos Familiares. Lo que hay que saber.", Año 1998, Ed. Lumen/Humanitas.
- DIAZ, Esther; "Postmodernidad.", 3era. Edición corregida, Año 2005, Ed. Biblos.
- FRIEDMAN, Steven (compilador); "Terapia Familiar con Equipo de Reflexión. Una práctica de colaboración.", Ed. Amorrortu editores, Cap. 1, 7 y 9. Buenos Aires, Argentina. 2005.
- GALTUNG, Johan; "Conflicto, Transformación y Reconciliación.", Seminario Internacional realizado 5 y 6 de noviembre de 2003, Respuesta para la Paz, Fundación Retoño.
- GUEVARA, Lino, "El Profesional consigo mismo", Texto utilizado en el Equipo de Orientación a Familias de la Fundación Retoño hasta 2010.-
- GUEVARA, L., COSTA, M. y ROSSIN, S., ¿Qué tipo de ideas sobre violencia sirven mejor, a su juicio, para fundamentar acciones

por la paz?”, Revista Sistemas Familiares y otros sistemas humanos. Tomo Año 22, N° 1 y 2, Año 2006, Ed. ASIBA.

- LEDERACH, John Paul; “El Modelo de la transformación de conflictos.”.
- MAFFESOLI, Michel, Entrevista realizada en Buenos Aires, Fundación OSDE, Septiembre 2010.
- MAFFESOLI, Michel; Entrevista de Héctor Pavón. Revista Ñ, Argentina. 26-9-2009.
- MONTES Irene y ROSSIN Susana, “La Mediación, un oficio en el mundo de hoy. Para buscar la paz en las familias, instituciones y en la sociedad”. Cuaderno Jurídico de Familia. El Derecho. N° 29. Junio 2012.
- SHOTTER, John, “Realidades Conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje.”, Ed. Amorrortu Editores. Argentina. 2001.
- SCHUST, J. y otros con especial participación del equipo Redes, en CAPIA (Centro de atención psicológica integral para adolescentes y sus familias), “Redes, vínculos y subjetividades. Su recomposición como objetivo terapéutico.”, Año 1999, Ed. Impresiones Sudamérica. Buenos Aires. Argentina.
- ROSSIN, Susana Mirta, “Mediación, Una mirada hacia el futuro.”, Ponencia presentada en E-Marc 2011, Primer Congreso Mundial a Distancia en Español sobre Métodos apropiados de resolución de conflictos, 2011.
- ROSSIN, Susana Mirta, “Tres historias, muchas historias.”, Artículo publicado en el Boletín N°1 del Observatorio del Conflicto Social de la UNTREF, dirigido por Alberto Elisavetzky, 2003.



- ROSSIN, Susana Mirta, "Tengo la boca llena de palabras. Las palabras, los procesos, las conversaciones.", Artículo publicado en el sitio web www.susanarossin.com.ar, 2014.
- TAJER, Carlos, "Alegría del corazón. Emociones positivas y salud. Ensayos sobre la medicina de hoy". Gador. Buenos Aires. Argentina. 2016.



Herramientas de intervención concretas desde el plano jurídico

Sofía Girotti

Introducción

Aquí desarrollamos diversas herramientas de abordaje concreto ante la violencia sanitaria externa.

Tales herramientas pueden implementarse desde la institución, de manera individual o por el directo afectado, según el caso.

Acuerdo de comportamiento aceptable

Ante un comportamiento de un paciente/familiar inaceptable para la institución sanitaria (agresión física y/o verbal), el equipo de salud puede tomar la decisión de continuar brindando el servicio estableciendo determinadas pautas de conducta como condición para que continúe la atención.

Los acuerdos de comportamiento aceptable suscritos en el ámbito sanitario son **acuerdos escritos entre un paciente/familiar y el equipo de salud** que se encuentra a cargo de su atención.

Se trata de una herramienta eficaz para modificar comportamientos, contrarios a la normativa interna de la institución y/o al ordenamiento jurídico nacional, que violentan derechos individuales y colectivos. Son una alternativa hábil de resolución de conflictos.

Las oficinas de mediación sanitaria son un marco apropiado para abordar los conflictos suscitados entre los usuarios, entre miembros del equipo de salud, y entre usuarios y equipo de salud. Por lo tanto, estos acuerdos de comportamiento aceptable pueden ser suscritos en el marco de su labor y como resultado del proceso de mediación sanitaria (cabe recordar que para arribar a tal acuerdo serán de gran utilidad las herramientas de mediación explicadas en el apartado anterior.

Es importante aclarar que el objetivo de la mediación sanitaria es infinitamente mayor que la suscripción de los presentes acuerdos.

¿Cuándo se utiliza?

Ante la comisión por parte de pacientes o familiares de estos, de actos de violencia física contra integrantes del equipo sanitario; o gritos, insultos, señas, gestos, palabras o gráficos, que sean capaces de turbar, intimidar o menoscabar psicológicamente a un integrante del equipo sanitario; o actos de violencia física contra bienes de utilidad sanitaria; o perturbaciones de cualquier manera al ejercicio del servicio de salud y/o a otros pacientes.

Nota: La organización debe tener definido previamente qué supuestos entran dentro de los hechos que ameriten la realización de un acuerdo de comportamiento aceptable.



Proceso de confección

- Se debe *citar de manera formal al paciente/familiar a un encuentro para abordar la situación.*
- El encuentro es una oportunidad para dar a conocer, hacer comprender, el impacto que tiene en otras personas/sistema su conducta. Asimismo, discutir los términos del acuerdo. Debe estar dirigido por un tercero, para garantizar la neutralidad e imparcialidad.
- En el/los encuentros previos a la obtención del acuerdo, se deben/pueden utilizar las herramientas de mediación, por ejemplo las reglas del equipo reflexivo. Se genera de este modo la posibilidad de que aparezcan emociones de las partes involucradas (remitimos al apartado anterior).
- Es importante corroborar que el paciente/familiar sea hábil-competente al momento de su suscripción.
- El encuentro se debe regir por los principios de la confidencialidad y no debe ser estructurado.
- Comunicar al paciente/familiar que la existencia de este acuerdo se incorporará a la historia clínica.
- No se debe suscribir sin la conformidad de todas las partes. Es posible que se realice en varios encuentros.

¿Qué debería incluir?

- Se deben redactar en forma clara los comportamientos no tolerados/aceptados. Ej.: gritos-amenazas-insultos (los términos no deben ser numerosos).
- Se deben incorporar los compromisos asumidos por todas las

partes, así como sus obligaciones y derechos (búsqueda de la simetría de las partes).

- Se deben incorporar las consecuencias directas de su no cumplimiento. Ej.: discontinuar la atención con el médico a cargo, transferir al paciente a otra entidad asistencial, asistir al establecimiento siempre acompañado.
- Período de vigencia y/o revisión de este.
- La redacción debe ser en lenguaje claro y sencillo.
- No se deben utilizar formularios pre-forma, el acuerdo se debe adaptar al comportamiento real observado.

Validez legal

Para nuestro ordenamiento jurídico interno son instrumentos privados. Su finalidad es disuasoria, no necesariamente forman contratos jurídicamente vinculantes, por lo tanto, no podrían ser sometidos a ejecución judicial ante su incumplimiento.

Las consecuencias de su incumplimiento son de aplicación inmediata, previa notificación fehaciente.

Pueden ser utilizados como antecedente, prueba, indicio en un futuro proceso judicial derivado de una agresión del paciente/familiar hacia el equipo sanitario.

Es importante mencionar que se puede recurrir a la mediación privada.

Acción preventiva

Ante el incumplimiento del acuerdo se podría considerar el inicio de



la acción preventiva. La misma procede cuando es previsible la producción o el agravamiento del daño. Basta la amenaza de producción de un daño y la existencia de un riesgo cierto de producción del mismo (art. 1711 y sig. CCyC).

Modelos

En el anexo de esta guía encontrará un modelo de acuerdo de comportamiento aceptable.

Ejemplos a nivel internacional de utilización de esta herramienta:

- Australia.
- Reino Unido.
- España: en comunidades como Barcelona y Valencia se han implementado las oficinas de mediación sanitaria.

Dichos agraviantes

El trabajador sanitario puede verse afectado por dichos agraviantes, informaciones inexactas/falsas o injuriantes (relacionadas con el ejercicio del servicio sanitario o a consecuencia de este), emitidos a través de un medio de prensa y con llegada al público en general.

¿Qué derechos se pueden ver vulnerados con tal accionar?

Derecho a la imagen, al honor, a la dignidad, a la integridad física-psíquica, a la intimidad (derechos humanos de carácter personalísimo).

Ante dicha vulneración, el directo afectado tiene derecho a efectuar ante el mismo órgano de difusión su rectificación/ respuesta.

Finalidad

Aclaración gratuita, en condiciones análogas y por igual medio, frente a una publicación que causa daño a la personalidad. Que el afectado pueda decir su verdad, frente a otra verdad.

Ejercicio

- Es necesario que la información publicada que da origen al derecho de respuesta se refiera directamente al presunto afectado.
- Puede ejercerse este derecho con referencia a datos de hecho (campo fáctico), no frente a meras opiniones (ej.: políticas o electorales).
- No es necesario acreditar/probar que los dichos publicados hayan sido realmente inexactos.
- Es importante que el acceso a la rectificación sea inmediato.
- Se puede intimar previamente de modo fehaciente a quien publicara los dichos injuriantes/inexactos, para que se rectifique por igual medio, caso contrario quien se vio violentado en sus derechos puede iniciar un proceso sumarísimo.
- El ejercicio de tal rectificación pública no obsta al ejercicio de la acción civil (art. 52 CCyC y arts. 1708 y sig. CCyC), ni al ejercicio de acciones penales (delito de injurias, art 110 CP, delito de publicación o reproducción de calumnias o injurias, art.112 CP), cuando correspondiere.



Derecho de rectificación reconocido en:
**Art. 14 Convención Americana de Derechos Humanos.
Suscripta por Argentina.**
Su constitucionalidad y operatividad se reconoció en
nuestro derecho interno a través de diversos precedentes
judiciales de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.
(Ekmekdjian c/ SofovicPreverh, Petric c/ Página 12).

Discontinuidad de la atención

Cuando existen importantes y certeros problemas para la seguridad del equipo sanitario, a consecuencia de los comportamientos de un paciente determinado o sus familiares (ej.: reiterados hechos de violencia o el acuerdo de comportamiento aceptable no hubieren dado resultado alguno), se puede considerar discontinuar la atención sanitaria de dicho paciente.

¿Qué derechos se ejercen?

Derecho de admisión: en el supuesto de las instituciones sanitarias privadas. El ejercicio de este derecho debe ser una medida razonable y no debe causar un daño irreparable. Se deben expresar las causas y garantizar el servicio sanitario. No se admite un ejercicio irregular del derecho.

Ejercicio de la profesión liberal: en el caso de un profesional que trabaja de modo autónomo, por sus características (sin subordinación- autonomía técnica), no tiene obligación de atender a todas las personas.

Antes de decidir, y en su caso comunicar, el cese de la atención:

- Confirmar que se trata de una decisión consensuada por todo el equipo sanitario, incluyendo a la Dirección de la institución. Es primordial el apoyo institucional.

- Analizar la situación sanitaria del paciente. La existencia de cualquier riesgo cierto para su salud psicofísica impide ejercer la discontinuidad de la atención.
- Analizar los riesgos, en caso de continuar la atención, para el resto del equipo sanitario y para otros pacientes.
- Analizar si continuar la atención del paciente puede implicar una merma en la atención de alta calidad para con el resto de los pacientes.

Forma de comunicar la discontinuación:

- Personalmente (importante considerar la forma de abordar la discusión y el entrenamiento del comunicador).
- Carta formal (explicar los motivos por los que se discontinúa la atención, garantizar el ejercicio del derecho a la asistencia y a la información del paciente).

Recaudos importantes al momento de ejercer la discontinuidad:

- Derivar al paciente a otro centro sanitario apropiado, para que continúen su atención. O bien, dar opciones al paciente para que escoja dónde continuar su atención.
- Avisar al paciente, de modo fehaciente, de la importancia de continuar los cuidados para su salud, según el caso.
- Brindarle las prescripciones para el tratamiento temporario e informarle los cuidados que debe tener hasta que concurra a otro centro asistencial.



- Entregarle al paciente su historia clínica o remitirla de modo automático al centro de salud al que es derivado.

Notas:

- 1. No se permite discontinuar la atención de un paciente por motivos de enfermedad o discapacidad. Supuestos que serían contrarios a diversas leyes (ej. Ley Nacional de Salud Mental, Ley contra actos discriminatorios, Ley de Derechos de los Pacientes).*
- 2. En el caso de pacientes que son asignados por una cápita de la obra social a médicos en el ámbito del consultorio privado, el profesional puede solicitar la baja del paciente de su cápita de atención y la consecuente reasignación a otro profesional.*

Recaudos:

No violentar el derecho a la asistencia sanitaria (Art.2 Ley 26529). Ello se logra cuando se hace cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.

Tomar recaudos de no incurrir en el delito de abandono de persona al poner en peligro la vida o la salud del paciente al que se debiera cuidar/mantener, con la discontinuación de la atención (Art.106 CP).

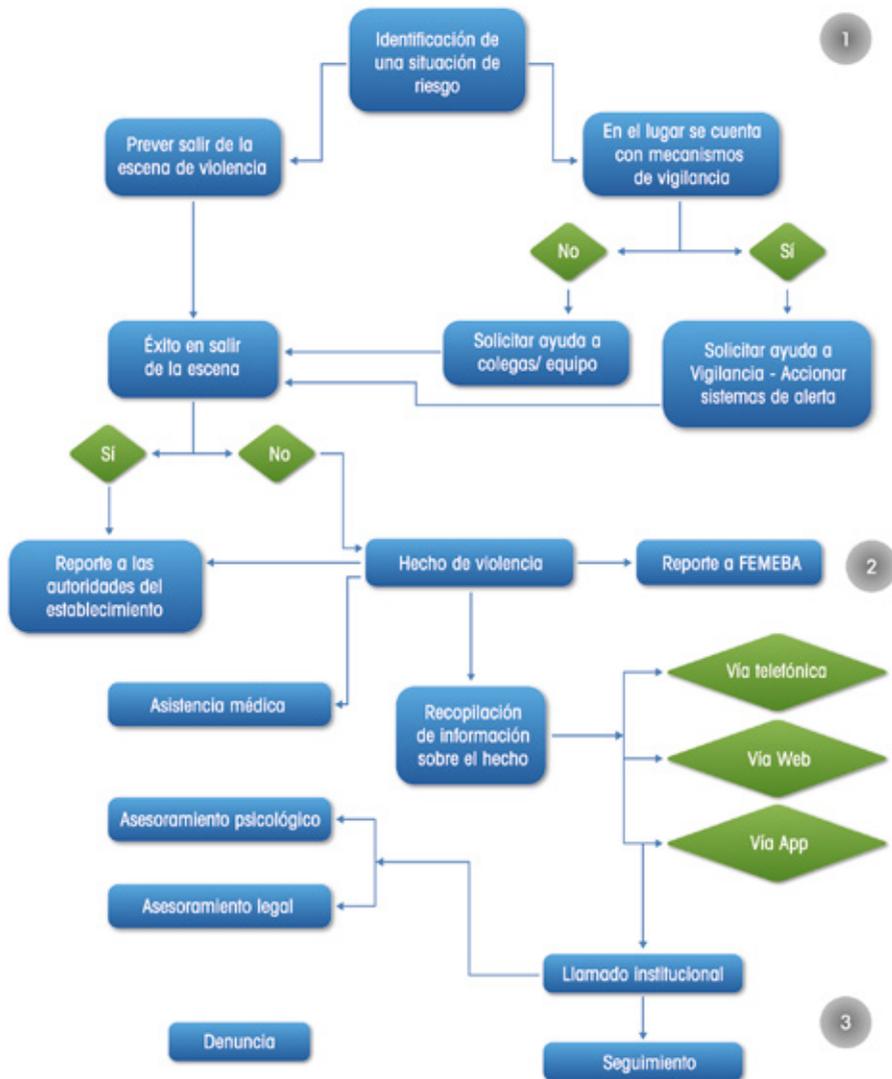
Bibliografía

- María Carnero de Blas, “Mediando en Salud, Una Propuesta de Mediación Sanitaria en Hospitales”, Revista de Mediación. Año 5. Nº 10. 2º semestre 2012.
- Fallo: Ekmekdjian Miguel Ángel c/ Sofovich Gerardo y otros s/amparo, Corte Suprema de Justicia de la Nación, 7-7-92, MJ-JU-M-8300-AR | MJJ8300 | MJJ8300.
- Rivera, Julio César, “Constitucionalidad y extensión del derecho de rectificación o respuesta”. Análisis del caso Petric c. Página 12- Nota a Fallo, 1-1-99, MJ-DOC-933-AR | ED, 181-1098 | MJD933.
- “A Guide to anti-social behaviour orders and acceptable behaviour contracts”, Home Office Communication Directorate, March, 2003.
- “General Practice- a safe place. Tips and tools”, The Royal Australian College of General Practitioners, Victoria, Australia, 2011.
- B. S., P.B., R.M. c/ C.P.S.A. s/ amparo - Corte de Justicia de la Provincia de Salta, 6-4-16.
- Alejandro Arauz Castex, “Ventajas de la mediación”, Revista La Ley (ACTUALIDAD) Nro. 199, pág. 2, 1995, Id SAJ: DACA960056



POE de reporte y asistencia de hechos de violencia laboral hacia médicos

Guía rápida ante una agresión. Algoritmo de actuación





Aspectos organizacionales

Vanesa Maritato

Sofía Girotti

Introducción

Debemos darles prioridad a las intervenciones que superen el plano individual y a las actuaciones sobre los efectos de la violencia sanitaria externa.

Propiciamos las intervenciones en distintos aspectos organizacionales, preparadas y adaptadas a las **situaciones concretas de la organización**.

Las intervenciones serán en:

- **Entorno**
- **Zonas de atención con mayores riesgos**
- **Gestión organizacional preventiva y posterior a los eventos** (liderazgo, gestión de las personas, comunicación, estructura de la organización).

Entorno

Las **características físicas del lugar de trabajo** constituyen factores de importancia crítica, en tanto propenden a activar-fomentar la violencia o, caso contrario, ayudan a su prevención.

El entorno constituye un factor de riesgo *per se*.

Aquí encontrará distintas alternativas y herramientas que pueden complementarse al utilizarlas como medidas de prevención y abordaje de la seguridad institucional.

Antes de la implementación deben identificarse los peligros propios de la institución y del equipo de salud.

Al evaluar las medidas-herramientas adoptadas, se debe determinar si los cambios introducidos han intervenido en todos los riesgos identificados y han logrado controlar-abordar-reducir lo evaluado previamente.

La prevención de la violencia sanitaria desde el “entorno” es un proceso gradual, con medidas de prueba y re-evaluación/implementación acorde a las características de la institución.

Disposición del entorno. Características generales

En particular se recomienda:

- **Nivel de ruido:** Mantener al mínimo posible para evitar la irritación de pacientes, visitantes y equipo sanitario.
- **Colores:** Tenues, que provoquen descanso y sean atractivos.
- **Olores:** Eliminar los malos olores.



- **Iluminación:** Debe ser la adecuada, preferentemente luz natural. En sectores de acceso, estacionamiento y almacenamiento.
- **Temperatura:** Adecuada, con humedad y ventilación también adecuada.

En particular en sectores donde se reúne mucha gente:

- **Adecuado mantenimiento** de las instalaciones.
- **Accesos seguros.** Ejemplo: estacionamiento de vehículos del personal, próximos al lugar de trabajo.
- **Disminuir al mínimo el número de accesos a la institución** y a sus distintas áreas. Se recomienda señalar los accesos restringidos, de manera clara/sencilla, para personas externas a la institución y señalar las salidas de emergencias. Acotado acceso de personas ajenas a la institución mediante protocolos de organización estandarizada.

Se recomienda que incluyan: número de visitantes por paciente, horarios de visitas, identificación de los visitantes, aval del paciente para el paso del visitante.

- **Sistema de comunicación.** Es necesario implementar un procedimiento estandarizado de comunicación de situaciones de violencia sanitaria para todas las personas del equipo de salud. Ejemplos:
 - Utilización de una palabra clave que, cuando se utiliza fuera de contexto, avisa al resto del personal que se encuentra en una situación peligrosa.
 - Activación de mensaje emergente en computadora, mediante la pulsación de una tecla, dando aviso al resto del personal de la situación.

Sala de espera

- Asientos cómodos.

- Reducir al mínimo el “aburrimento” (tv, material de lectura, juguetes para los niños).
- No contener objetos que puedan ser lanzados fácilmente.
- Tener asientos suficientes para el número de personas que probablemente concurrirán a la institución.

Área de recepción-admisión

- Debe ser fácilmente identificable y accesible.
- Debe contar con el personal adecuado para evitar la impaciencia del paciente/familiar y la irritación.
- El personal debe estar identificado con uniforme más tarjeta identificadora.
- El escritorio debe ser alto y amplio, lo que permite aumentar la distancia entre la recepcionista y el visitante, ofreciendo cierto nivel de protección. Sin embargo, debe permitir buena visibilidad hacia los pacientes y visitantes que entran.

Consultorios

- En lo posible se debe contar con dos puertas de salida.
- Respetar la intimidad del paciente y su familia.
- En la emergencia: deben estar separados de los sectores de acceso al público.
- Sala independiente para abordaje de pacientes vulnerables, con incorporación de medidas de seguridad específicas. Ej. Rejas en ventanas.
- Se debe tener especial cuidado en no incurrir en conductas discriminatorias.
- Mobiliario fijo, con bordes romos, con disposición que no obstaculice la salida del personal.
- Verificar ausencia de elementos corto-punzantes.
- Sistema de comunicación de alerta al resto del personal de situaciones peligrosas.



Sistema de alarmas

Antes de su implementación:

- Considerar su instalación en sectores potencialmente peligrosos para el equipo sanitario. Ej.: guardia, ingreso y egreso de personas a la institución, consultorios, almacenamiento de recursos/equipamiento de valor, estacionamiento.
- Capacitación del equipo sanitario de su forma de utilización y procedimientos de respuesta.
- Programación de mantenimiento adecuado y periódico.
- Prever un sistema de respuesta fiable, luego de la activación de la alarma.

Modalidades

- Alarmas de coacción: emite señales para pedir ayuda cuando la persona está en riesgo.
- Existen alarmas móviles de coacción utilizables cuando el miembro del equipo de salud es “móvil” en el curso de su trabajo y alarmas fijas, que deben ser operables por botones colocados estratégicamente y de fácil acceso.
- Botón antipánico: ubicado en zona de riesgo.

Nota: es importante recordar que la institución-organización tiene un deber de seguridad para con el paciente y el personal dependiente. Por lo tanto, la adopción de tales medidas generará una prevención de riesgos jurídicos en tal sentido.

Cámaras de seguridad

Estos sistemas que usualmente se usan para prevenir hurtos, robos, actos vandálicos, acoso laboral también son de gran ayuda luego de los episodios de violencia sanitaria externa, para identificar por ejemplo a

las personas implicadas, es decir, clarificar los hechos acaecidos. También, las cámaras sirven para desalentar tales hechos.

Por lo tanto, será fundamental una consideración cuidadosa de las necesidades, recursos, distribución de áreas, legislación vigente y equipo de personas.

Mientras que simplemente tener las cámaras presentes puede desalentar el crimen, la consideración cuidadosa de sus necesidades y el equipo puede ayudarle a hacer el mejor uso del sistema.

Antes de su implementación, las preguntas a realizarse:

- ¿Qué áreas deben ser monitoreadas? Se recomienda que estén dispuestas en las zonas de riesgo, ej.: guardia, ingreso y egreso de personas a la institución, consultorios, almacenamiento de recursos/equipamiento de valor, estacionamiento).
- ¿Qué equipamiento se requiere?
- ¿Cómo se posicionarán las cámaras? Finalidad: será más útil para las fuerzas de seguridad así como para las autoridades de la institución, cuando capturen imágenes faciales grandes, claras y bien iluminadas
- ¿Quién será el personal a cargo del manejo de las cámaras? ¿Qué autoridad tendrá acceso?
- ¿Cómo se entrenará al personal en el manejo de las cámaras?
- ¿Con qué periodicidad se probará y verificará el sistema de cámaras?

Nota: Importante tener en consideración el derecho de intimidad de los pacientes y familiares (Ley 26529 art. 2 inc. C) y su imagen (art. 53 CCyC).

Por tanto:

- Se debe hacer saber de la existencia de tales cámaras.
- Se deben considerar recaudos legales al momento de la en-



trega de las imágenes a terceros ajenos a la institución. Se recomienda su protocolización interna.

Servicio de seguridad

Es factible la elección de **seguridad privada** o utilización de las fuerzas de **seguridad pública**.

En el caso de escoger un servicio de seguridad privada se recomienda asesorarse sobre el cumplimiento de la normativa provincial (Ley 12297).

Antes del inicio de las tareas de seguridad, se recomienda:

- Definir cuál es la cantidad de personal necesario, acorde con las características de la institución.
- Delinear su área de trabajo, dando a conocer las necesidades concretas de la institución. Se recomienda que el personal de seguridad desarrolle su labor principalmente en la puerta de acceso principal, paso de visitantes e ingreso al sector de emergencias.
- Instruir (al personal de seguridad) sobre las normas internas de la institución y las peculiaridades del trabajo en el sector sanitario.
- Dar a conocer al equipo de salud de la institución la existencia del servicio de seguridad y sus funciones.

Identificación de riesgos especiales: zonas de mayor riesgo

Atención en domicilio.

Antes de la visita.

Antes de la asistencia de un paciente en domicilio, se deben tomar una serie de recaudos, a fin de prevenir situaciones de violencia:

- Asegurar que más de una persona conozca la locación exacta adonde se dirige, nombre del paciente, dirección y horario en el que concurre.
- Evaluar si es realmente necesaria la visita en el domicilio (proceso de *triage* previo).
- Realizar llamada previa a la visita. Finalidad: corroborar que el paciente esté en el domicilio, consultar forma de acceso a este, presencia de familiares).

Preguntas a realizar antes de concurrir al domicilio de visita

Finalidad: contar con mayores datos en relación con la seguridad del entorno y por tanto del profesional que va a concurrir.

- ¿Es un paciente que se visita habitualmente?
- ¿Estará oscuro al momento de la visita?
- ¿Llevo sistema de iluminación?
- ¿Es una casa o edificio? ¿Tengo la dirección exacta y correcta? ¿Funcionan los ascensores?
- ¿Concurro solo?
- ¿Tengo teléfono con carga?
- ¿Los números de contacto de emergencia son fácilmente accesibles o pre-programados en el teléfono?



Durante la visita:

- Estacionar el móvil cerca del domicilio, en zona iluminada.
- Mantener el bolso/elementos de trabajo cerca en todo momento.
- Si considera que está en una situación potencialmente violenta, es decir que ha llegado al punto de inflexión, debe abandonar el lugar. Puede usar frases tales como “lo siento, dejé algo en el auto” o “me están llamando de la base donde trabajo”.
- Al salir del domicilio, llame a una persona de referencia de la institución sanitaria para emisión de alerta.

Notas:

- Es recomendable no realizar visitas domiciliarias a pacientes que requieren de medicación específica para el alivio del dolor o recetas repetidas. Se les debe aconsejar que concurren al centro asistencial.
- Tanto en caso de abandono como de no concurrencia al domicilio, se deben tomar los recaudos para no incurrir en conductas contrarias a la ley. Ej.: Delito de abandono de persona.

Atención en guardia.

Las zonas de emergencias son consideradas zonas donde se pueden producir con mayor frecuencia episodios de violencia. Los principales factores de riesgo son:

- Tiempo de espera.
- Pacientes vulnerables.

Pautas/medidas para prevenir episodios de violencia en el sector de emergencias-guardia

Intervención en el entorno:

- Reducción del número de sectores de acceso al público.
- Control de accesos a zonas de tratamiento.
- Sala de espera cómoda, espaciosa y con material extra para la reducción del “aburrimiento”.
- Colores del lugar que deben producir descanso y ser atractivos.
- Señalización clara.
- Identificación del personal de la institución.
- Espacio privado para personas perturbadas y angustiadas.
- Control de ruidos.
- Buena iluminación, luz natural.
- Control de olores.
- Suficientes dispensadores de agua y baños adecuados y suficientes.
- Adecuada temperatura y humedad.
- Contar con sistema de alarma. Ej.: botón antipánico (véase más arriba: “Entorno”).

Intervenciones sobre el personal:

- Prever dotación de personal profesional de apoyo al equipo.
- Evitar sobrecarga de trabajo (horarios de trabajo prolongados) y ritmo de trabajo excesivo.
- Identificación del personal de la institución.
- Personal de seguridad capacitado.

Intervenciones sobre los pacientes/familiares:

- Facilitar información clara y concisa a pacientes, familiares y allegados.



- Disminuir el tiempo de espera, con buena dotación de personal, previendo épocas del año de mayor demanda.
- En relación con pacientes vulnerables, [ver apartado "Pacientes vulnerables"](#).
- Implementar sistema de *triage*.
- Disponer carteles en la sala de espera que informen a los pacientes/familiares el comportamiento que se espera de ellos (normas internas).

Nota: el diseño del ambiente como enfoque aislado no es suficiente para abordar todas las cuestiones de seguridad; debe tenerse debidamente en cuenta el papel vital de la capacitación del equipo sanitario, así como las distintas herramientas de prevención abordadas en el resto de los apartados.

Atención en horario nocturno, feriados y fines de semana.

En estas situaciones, la dinámica institucional es diferente ya que concurren gran cantidad de pacientes al sector de guardia/emergencias, por lo que se debe:

- Contar por lo menos con dos profesionales de turno.
- Reforzar el personal de seguridad.
- Limitar la permanencia de familiares en sector de tratamiento.



Gestión organizacional para iniciar la prevención de la violencia contra el personal de la salud

Roberto Duarte

Consideraciones preliminares

Los eventos de violencia sanitaria externa constituyen una grave conflictividad que requiere la adopción de medidas preventivas y de gestión de los conflictos, de manera integral y con esfuerzos compartidos, tanto de las autoridades gubernamentales como de las organizaciones no gubernamentales públicas y privadas. De este modo se evita el silencio de tal fenómeno.

Las políticas sociales, económicas y financieras muchas veces impactan en el ámbito público y privado de la salud, produciendo la reducción de recursos para la formación, capacitación y remuneración de los profesionales, de los medios de infraestructura asistencial y administrativa, y de los insumos médicos necesarios para administrar la atención de salud de los pacientes. La concurrencia de los factores antes menciona-

dos genera situaciones de vulnerabilidad para las personas que requieren los servicios de salud y para los trabajadores del ámbito sanitario, en un ambiente de tensión interpersonal no deseado.

También tienen **incidencia negativa**:

- La pérdida de la relación médico-paciente, o su deterioro, cuando se implementan medidas de organización de los servicios que reducen el tiempo de contacto del profesional con el paciente o su familia, para dar y recibir explicaciones, o para brindar consuelo y contención.
- La organización del trabajo profesional, que privilegia cantidad sobre calidad de las prestaciones asistenciales.
- La formación profesional carente de la necesaria semiología elemental y de un enfoque humanista, que impide una relación con empatía y asertividad.

Aquí podría citarse como incidencia negativa la situación, en general en derivaciones de centros de menor complejidad a centros de mayor complejidad, en las que por acción u omisión el profesional que deriva a un paciente lo ha hecho en determinadas circunstancias (bien o mal no debería tener importancia). Es así que el profesional que recepciona al enfermo le transmite al propio paciente o al familiar lo que se debería haber hecho y no se hizo o lo que se debería haber dejado de hacer y sin embargo se hizo, sometiendo a su hermano, padre, hijo, etc., a una "situación de riesgo innecesario". Esta situación no deja de ser frecuente en los médicos que viven en el interior de la provincia y que con frecuencia requieren servicios de mayor complejidad en cuanto a recurso humano y tecnológico. Las consecuencias sobre la institución que deriva o el profesional pueden llegar a ser catastróficas, además de producir un desprestigio innecesario en instituciones que prestan un servicio a la comunidad, como son hospitales y sanatorios/clínicas.



La pluralidad de circunstancias que caracterizan las conductas violentas de las personas requieren un esfuerzo inteligente de toda la organización para identificar los factores determinantes que generan los problemas y conflictos en el ámbito de la salud en la provincia de Buenos Aires, con la finalidad de reducir la complejidad e incertidumbre acerca de los actores, escenarios, fines y medios, que permitan planificar e implementar acciones concretas en el menor tiempo posible.

Mediante el necesario análisis estratégico de los factores determinantes de las situaciones de violencia, los componentes de la situación conflictiva y la interacción entre ellos, se podrán evaluar estrategias, formular políticas, elaborar planes, implantar programas y protocolos, evaluar resultados y producir ajustes operativos de carácter general y particular.

Recomendaciones de acciones básicas iniciales para la organización

Estas acciones básicas, que se recomiendan como medidas iniciales para implementar un sistema de prevención de la violencia sanitaria externa contra el equipo de salud, constituyen lineamientos generales cuya implementación es responsabilidad de las organizaciones sanitarias, teniendo en consideración las circunstancias que las caracterizan y su entorno. La naturaleza y el alcance del sistema será producto de un diagnóstico profesional de vigilancia y seguridad.

Liderazgo efectivo

"Es irracional que un directivo asuma que las personas que dirige pueden ser dirigidas sin tener en cuenta su lado emocional". Neal M. Ashkanasy, 2004.

“El liderazgo afectivo no se define, sino que se percibe y manifiesta en la forma de ser y actuar de las personas que trabajan en la organización y en los resultados que se obtienen”. Albert J. Jovell, 2007.

Consiste, entonces, en reconocer y reducir la incertidumbre y complejidad de los conflictos, en el marco de los valores, la visión y la misión de las organizaciones, en este supuesto sanitarias, a partir del conocimiento de sí mismo. Debe estar basado en el ejemplo, con foco en las personas.

De acuerdo con este concepto de liderazgo efectivo y en pos de plasmarlo en el objeto que aquí nos compete, la Alta Dirección de la organización debe:

- Establecer una política que explicita el compromiso de luchar contra la violencia sanitaria externa.
- Contar con asistencia y asesoramiento de expertos sobre las actuaciones en la lucha contra la violencia sanitaria externa hacia el equipo de salud, al menos en la fase inicial.
- Suscribir los planes de acciones necesarias y supervisar su implementación, así como su cumplimiento.
- Fomentar, impulsar y sostener la implementación y ejecución de sus directivas.

Gestión de las personas

- Capacitar a las personas en las medidas preventivas de la violencia contra el personal de la salud, con el centro de gravedad en la negociación estratégica, la comunicación efectiva y la mediación.
- Establecer medidas de seguridad pasiva intrahospitalaria.
- Integrar equipos de trabajo y mejorar la prevención contra la violencia.
- Distribuir de modo equitativo el esfuerzo laboral.



- Brindar asistencia y asesoramiento profesional al personal.
- Detectar a los profesionales con poca experiencia y dificultades para gestionar situaciones interpersonales complejas.
- Reducir la descoordinación entre los profesionales y áreas críticas.
- Mejorar la empatía y asertividad en la relación asistencial.
- Mejorar la calidad de vida del equipo de salud.

Comunicación estratégica

- Diseñar un proceso de comunicación estratégica ágil, sencillo, confiable y efectivo con el personal de la organización, con los pacientes y sus acompañantes, y los financiadores.
- Detectar personas con poca habilidad comunicacional.
- Detectar y neutralizar la fuente y motivos de “rumores”.
- Gestionar las quejas y los eventos adversos asistenciales, como modo de prevenir los eventos de violencia sanitaria externa.
- Registro de eventos adversos vinculados a los episodios de violencia sanitaria externa, contra el equipo de salud en centros asistenciales (fiabes, confidenciales y de continuidad en el tiempo). Tales registros y la gestión de los eventos deben estar a cargo de un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Sensibilizar y concientizar para que se denuncien y registren los episodios de violencia laboral externa.
- Reducir el deterioro de la imagen institucional y la insatisfacción de los pacientes.

Lugar de trabajo

El diseño debe procurar ser eficiente con accesos seguros, adecuada iluminación y visibilidad, bien ventilado, los espacios públicos y restringidos bien señalizados, salas de espera cómodas, mobiliario seguro, sistemas de vigilancia y alarma en espacios críticos, estacionamientos y lugares de descanso y esparcimiento.

Estructura organizacional

- Debe ser simple, equilibrada, funcional, flexible, conocida y actualizada.
- Debe contar con un área de gestión del sistema de calidad.
- Debe contar con un equipo que gestione todos los procesos vinculados con la prevención, detección precoz, neutralización, tratamiento profesional, contención, registración, evaluación de los indicadores y medidas adoptadas relacionados con la violencia sanitaria externa hacia el equipo sanitario.
- Debe contar con un equipo de actuación ante la ocurrencia de un evento adverso de violencia sanitaria externa, dependiente de la Alta Dirección. En general, se recomienda que lo integren inicialmente el director médico, los responsables del servicio de vigilancia y seguridad, gestión del paciente, gestión de las personas, gestión de calidad y seguridad del paciente y de la administración, quienes deben elaborar los protocolos de actuación y velar por su conocimiento, vigencia y cumplimiento. En cada una de sus reuniones, podrán pedir la intervención de representantes de otras áreas que resulten de interés.
- Debe ser designada la autoridad de la organización que interactúa con las fuerzas de seguridad y otras instituciones de interés.

Conclusión

La comprensión y tratamiento de esta patología sociocultural de la violencia laboral externa contra el equipo sanitario requiere necesariamente de un trabajo en equipo de expertos en cada una de las disciplinas (ej.: sociólogos, antropólogos, juristas, economistas, médicos, especialistas en seguridad, en comunicación social, etc.). No solo para formular recomendaciones, sino también para implementarlas atendiendo a las particula-



tidades geográficas y la idiosincrasia de las comunidades y sus entornos. Existe un vasto universo de datos, informaciones y conocimientos, pero es necesaria su adecuación y aplicación eficiente a la institución en concreto.

La supervisión, evaluación y certificación del sistema implementado permitirá que el personal de la organización pueda darle continuidad, con un mínimo soporte externo.

Una certificación, por ejemplo de calidad, es el resultado de un proceso en el que una serie de auditores calificados de una entidad de certificación acreditada para ello garantice que un servicio o un sistema de gestión se ajustan a las características de la norma que se ha tomado como referencia (ej.: ISO 9001-2015).

Si el resultado es satisfactorio se emitirá pues un documento público: el certificado.

Todos los **certificados de calidad** contienen:

- Un período de validez.
- Tipo de productos o servicios a los que se aplican.
- Norma de referencia que se ha usado como elemento de examen.
- Características del producto o servicio.
- Entidad u organismo de certificación que lo ha emitido.
- Información sobre el fabricante u organización que posee el certificado.

Bibliografía

- ALBRECHT, Karl. Inteligencia Social, Vergara, 2006.
- ALBRECHT, Karl. Inteligencia Práctica, Vergara, 2008.
- ALTEMIR CORTÉS, María. Agresiones al personal sanitario - Estrategias de afrontamiento de la conducta agresiva del paciente, Universidad Pública de Navarra, 2014.
- ALTSCHUL, Carlos. Dinámica de la Negociación Estratégica, Granica, 2007.
- ALTSCHUL, Carlos. Construir Tratos, Granica, 2009.
- BUSTOS VILLAR, Eduardo; CAPUTO, Marcelo; ARANDA CORIA, Elizabeth; GIMÉNEZ, Mariel. Hostigamiento psicológico laboral e institucional en Iberoamérica, Sb Editorial, 2015.
- BUSTOS VILLAR, Eduardo; VARELA, Osvaldo; CAPUTO, Marcelo; ARANDA CORIA, Elizabeth, Inventario de Hostigamiento Laboral, Editorial Guadalupe, 2013.
- BUSTOS VILLAR, Eduardo. ¿Es posible evitar el estrés? Sb Editorial, 2015.
- CERVANTESA, Genís; BLANCHB, Josep Maria y HERMOSOC, Diana. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña, Arch Prev Riesgos Labor 2010.
- DE LA BEDOYERE, Quentin. Cómo resolver problemas de equipo, Granica, 1998.
- FERNANDEZ ISOIRD, Carlos. Comportamientos estratégicos, Díaz de Santos, 2004.



- FISHER, Roger; SHAPIRO, Daniel. Las emociones en la negociación, Grupo Editorial Norma, 2005.
- KAPLAN, Robert; NORTON, David. Mapas estratégicos, HBS Press, 2004.
- KRITTEK, PHYLLIS. La negociación en una mesa despareja, Granica, 2006.
- LEVY, Alberto. ECP – Estrategia, Cognición y Poder, Granica, 2007.
- MARTÍNEZ LEÓN, CRESPO SIERRA y QUEIPO BURÓN. Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios, Revista de la Escuela de Medicina Legal, ISSN 1885-9577, Universidad de Madrid, 2011.
- PONIEMAN, Alejandro. Qué hacer con los Conflictos, Editorial Losada, 2005.
- REDORTA, Joseph. Emoción y Conflicto, Paidós, 2006.
- REDORTA, Joseph. No más Conflictos, Paidós, 2012.
- ROBBINS. Por qué Fallan los Equipos, Granica, 2008.
- RULICKI, Sergio. Comunicación no verbal, Granica, 2011.
- SELVA, Chantal. La PNL aplicada a la negociación, Granica, 1998.
- TESSI, Manuel. Comunicación Interna en la práctica, Granica, 2016.
- VINYAMATA, Eduard. Conflictología, Ariel Practicum, 2001.
- General practice – A safe place - A guide for the prevention and management of patient-initiated violence Melbourne, The Royal Australian College of General Practitioners, 2015.

- Prevention and management of aggression in health services WorkSafe Victoria - Victorian WorkCover Authority,, Edition No. 1, June 2008.
- Guia de prevenció de la violència i de l'assetjament al centre de treball en el sector d'Atenció a la Dependència, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials, Barcelona, 2014.



Servicio de reporte y asistencia

Si sufrió un hecho de violencia sanitaria (física-verbal) de parte de un paciente o sus familiares en ocasión del ejercicio de su profesión, puede reportar el hecho a FEMEBA a través de:

1. *Sitio web institucional: www.femeba.org.ar (dentro de su Fol2, desde su Inicio e Sesión).*
2. *APP FOL2 Móvil*
3. *Telefónica: (0221) 439 1362 de lunes a viernes en el horario de 8 a 15.*
4. *Correo electrónico: observatorioviolencia@femeba.org.ar*

A la brevedad nos comunicaremos para ofrecerle en forma gratuita asesoramiento jurídico y asistencia psicológica.

Con su reporte nos ayuda a estudiar la progresión de los hechos de violencia sanitaria mediante nuestro observatorio de violencia, y a elaborar estrategias y políticas concretas para disminuir y prevenir las agresiones en el ámbito sanitario.



Anexo

Acuerdo de conducta aceptable

A continuación, compartimos un modelo, a modo de guía de referencia, para la confección de un acuerdo de comportamiento aceptable. Es importante adecuarlo a las particularidades de cada situación.

ACTA COMPROMISO

Yo , DNI ,
estoy de acuerdo en firmar el presente pacto/compromiso, con el
Hospital , representado en este
acto por DNI ,
basado en las siguientes condiciones:

Comportamientos no aceptados

Como condición de esta clínica/sanatorio/hospital/centro de salud, que acepta continuar con mi tratamiento sanitario, prometo que *NO haré lo detallado a continuación:*

(durante mi estancia/visita/atención en la clínica/sanatorio/hospital/consultorio/
centro de salud)

- Gritar o hacer comentarios ofensivos- intimidantes (verbales o escritos, incluidas las redes sociales).
- Proferir golpes, patadas y/o arrojar elementos contundentes contra integrantes del equipo sanitario.
- Hacer amenazas verbales o físicas al personal de salud o personal administrativo o auxiliar.
- Dañar o sustraer bienes, muebles o inmuebles, de la institución sanitaria.
- Actuar de una manera que pueda causar hostigamiento, alarma o angustia a otros en la práctica general.
- Otro: .

Me comprometo, asimismo, a asistir a la clínica/sanatorio/hospital, acompañado por, DNI, en aquellos casos en que me encuentre intoxicado o bajo el consumo de alcohol y/o estupefacientes.

Consecuencias directas del incumplimiento:

Si transgredo/violo este acuerdo entiendo que:

- Se me puede pedir que abandone el establecimiento sanitario.
- Se puede decidir que continúe su atención sanitaria otro profesional de la institución.
- Se puede decidir discontinuar su atención sanitaria (según el caso) y consecuente derivación a otro centro asistencial a definir.
- Sea solicitada por el personal del lugar ASISTENCIA POLICIAL.



Nota: En el caso de que mi asistencia se vea interrumpida, es posible que tenga que buscar atención médica en otro lugar, salvo situación de emergencia y/o riesgo de vida para mi persona. Esta institución se compromete a facilitarme mi historia clínica, a los fines de que continúe una correcta atención sanitaria, así como a permitir la correcta derivación a otro centro asistencial, para garantizar mi derecho a la asistencia.

DECLARACIÓN:

Confirmando que *HE LEÍDO LO ANTERIORMENTE EXPUESTO*, entiendo y acepto las condiciones de este compromiso. También reconozco y acepto las consecuencias de violar las condiciones del presente acuerdo de comportamiento aceptable, que me han sido explicadas en lenguaje claro y sencillo.

.....
Firma y aclaración

.....
Fecha

TESTIGO:

Nombre

DNI

Fecha



Autores

- Andrés Bolzán
- Roberto Duarte
- Sofía V. Girotti Blanco
- Vanesa Maritato
- Mónica Petracci
- Susana Rossin
- Camila Villemur

Lic. Andrés Bolzán. Licenciado en Antropología, egresado de la Maestría de Efectividad Clínica y Sanitaria, epidemiólogo en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, miembro fundador de la Asociación Argentina de Antropología Biológica y miembro de la Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica. Profesor en la Facultad de Medicina de la UNICEN y posgrado en la Escuela de Economía de la Salud de la FCE de la UNLP.

Abog. Sofía Girotti Blanco. Abogada UNS. Magíster en Bioética y Derecho. Universidad de Barcelona. Diplomada en Seguridad del Paciente. Universidad ISalud. Referente Programa de Prevención de Violencia a los Médicos. FEMEBA. Asesora legal Hospital Municipal Manuel B. Cabrera, Coronel Pringles. Referente riesgo médico-legal Hospital Italiano Regional del Sur, Bahía Blanca.

Dra. Vanesa Maritato. Médica especialista en Psiquiatría. Excoordinadora de salud mental emergencias. Hospital B. Houssay, Vicente López. Coordinadora de salud mental. Secretaría de Salud y Desarrollo Humano. Vicente López.

Dra. Mónica Petracci. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Investigadora del Instituto Gino Germani y profesora titular en la carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Editora de la revista *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, UNESP, Brasil. Autora de artículos y capítulos de libro sobre Comunicación y Salud. Libros recientes: Comunicación y Salud (La Crujía, 2011, en coautoría con S. Waisbord); La salud en la trama comunicacional contemporánea (Prometeo, 2015); Comunicación y Salud: las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía (Teseo, 2017, en coautoría con P. Schwarz y P. Rodríguez Zoya). Email: mnpetracci@gmail.com.

Dra. Susana Rossin. Abogada de Familia (UBA). Mediadora y orientadora familiar (Fundación Retoño). Posgrado Internacional en Prácticas Colaborativas y Dialógicas. (Funda Ces/ Houston Galveston Institute. 2012). Integrante del equipo transdisciplinario Redes de CAPIA (Centro de Asistencia para Infancia y Adolescencia. 1994-2005). Docente de Mediación Familiar y formadora de mediadores en diversas instituciones y universidades públicas y privadas del país y del exterior. Participa e incursiona en grupos e instituciones que investigan, entrenan o reflexionan sobre conversaciones colaborativas, equipos reflexivos y construcción social. Ejerce su práctica profesional independiente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Camila Villemur. Licenciatura en Sociología. Tesis en curso. Universidad del Salvador. Facultad de Ciencias Sociales. Licenciatura en Ciencia Política. En curso. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Asistente técnico-pedagógica en instituciones nacionales (Ministerio de Salud de la Nación, Universidad ISALUD, UNTREF, ANSES, Facultad de Ciencias Económicas - UBA, Instituto FEMEBA, Sociedad Argentina de Radiología), y en instituciones internacionales (Colegio de las Américas COLAM). Ayudante alumna de cátedra de Psicología Social, USAL. 2013.



Roberto Eleuterio Duarte. Abogado. Escribano. Doctorando en Ciencias Jurídicas en la Universidad Nacional de La Plata. Docente en Postgrado de Gestión de Calidad. Facultad de Ciencias Médicas, UCA. Docente en la Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Universidad Favaloro. Asesor y consultor sobre Gestión de Conflictos y Negociación Estratégica, Análisis Organizacional y Gestión de las Personas.

Reconocimiento:

Esta Federación agradece la colaboración desinteresada y con pleno compromiso y profesionalismo, en su carácter de revisores de la presente *Guía práctica*, de los doctores:

Jorge Sepero. Director Hospital Municipal de Dolores.

Oscar Arias. Director Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca.

Guillermo Costa. Moreno. Presidente Círculo Médico de Moreno.



Programa de Prevención de la
Violencia a los Médicos

EDITORIAL FUNDACIÓN
FEMEB

ISBN 978-987-28604-5-5



9 789872 860455