

VIOLENCIA CONTRA EL PERSONAL DE SALUD PLAN DE ACCIÓN

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Cía. de Seguros

La violencia en el lugar de trabajo - sea física o psicológica- se ha convertido en un problema mundial que atraviesa fronteras, contextos de trabajo y grupos de profesionales. Representa una amenaza grave contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones. La violencia causa perturbaciones inmediatas, y a veces de largo plazo en las relaciones entre las personas y en el entorno laboral (OIT, 2002).

Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, las personas que trabajan en organizaciones de salud y de asistencia social son las más afectadas en todo el mundo. Según datos de 2015 del Departamento de Trabajo de los EE. UU, por ejemplo, la agresión por parte de pacientes o familiares ocasionó aproximadamente el 80% de todas las lesiones ocupacionales no fatales de los trabajadores de salud que derivaron en licencias. (BLS "Table R3"). El problema se magnifica si se tiene en cuenta que una gran cantidad de agresiones verbales y físicas no son denunciadas por los trabajadores de la salud, especialmente cuando el incidente no ocasionó lesiones.

El manejo de pacientes que se vuelven violentos o que amenazan con ejercer la violencia representa un enorme desafío para médicos, enfermeros, personal de seguridad y administrativo. Las consecuencias de la violencia no son inocuas, ni para el personal ni para las organizaciones donde trabajan. Dentro de estas consecuencias se incluyen (ECRI, 2018):

- Lesiones a los trabajadores de la salud y pacientes.
- Baja de moral y satisfacción en el trabajo.
- Aumento del ausentismo y rotación del personal.
- Distracciones y atención inadecuada de otros pacientes.
- Litigios, citaciones, juicios laborales.
- Publicidad negativa.

Distintos estudios sugieren que los médicos pueden quedar con secuelas psicológicas tales como síndrome post traumático, insomnio, depresión, y agorafobia (trastorno de la ansiedad que consiste en el miedo a los lugares donde no se puede recibir ayuda. ("miedo al miedo"). (Hobbs, 1994).

La experiencia de la agresión por parte de los pacientes también puede llevar a cambios en la conducta de los profesionales, tales como un aumento en las prescripciones médicas y pedidos de estudios o bien la derivación a centros especializados. Un tercio de los médicos víctimas de violencia en el Reino Unido manifestaron haber modificado sus patrones de trabajo luego de haber sido agredidos. (British Medical Association, 2003).

Violencia en el trabajo. Definición y tipología

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

Existen diferentes definiciones, muy similares entre sí. La Organización Mundial de Trabajo (OIT) define a la violencia en el 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).

El Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional de los Estados Unidos, por su parte, define a la violencia en el trabajo como “actos violentos (incluyendo agresiones físicas y amenazas de agresiones) dirigidas contra las personas en el trabajo o cuando están cumpliendo con sus obligaciones” (OSHA, 2004). La inclusión en la definición de las amenazas verbales o conductas amenazantes intenta promover una denuncia más frecuente de este tipo de hechos.

Obsérvese que estas definiciones no hacen ninguna distinción respecto al origen de la violencia. Un trabajador de la salud puede ser agredido por pacientes, familiares o visitantes (violencia externa), pero también por algún colega, compañero de trabajo o superior (violencia interna).

Si bien siempre se ha reconocido la existencia de violencia física personal en el lugar de trabajo, la existencia de la violencia psicológica se ha subestimado durante largo tiempo y sólo ahora comienza a recibir la debida atención. La violencia psicológica surge actualmente como uno de los problemas prioritarios en el lugar de trabajo. Cada vez se reconoce más que la violencia psicológica contra el trabajador se ejerce muchas veces mediante un comportamiento repetido que en sí mismo puede ser relativamente poco importante pero que, al acumularse, puede llegar a ser una forma muy grave de violencia. Si bien puede bastar un único incidente, la violencia psicológica consiste a menudo en actos repetidos, indeseados, no aceptados, impuestos y no correspondidos que pueden tener para la víctima un efecto devastador. Habiendo aclarado este punto, en el resto del artículo haremos referencia exclusivamente a la violencia externa contra el personal de salud perpetrada por pacientes y familiares.

El Servicio Nacional de Salud Británico, en su Campaña de Tolerancia 0 a la violencia contra trabajadores de la salud define como violencia a “cualquier

incidente en el cual el personal médico o paramédico es abusado, amenazado o agredido en ocasión laboral y con un desafío explícito o implícito a su seguridad, bienestar o salud" (Department of Health, 1999).

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

Otra definición distingue tres tipos de violencia: (Ayranci, 2005).

- Agresión física: incluye ataques en distintos niveles: bofetadas, empujones, trompadas, patadas, palizas, golpes con objetos contundentes, amenazas con armas, puñaladas, tiros, etc. con o sin lesión.
- Amenazas: comunicadas verbalmente o por carta, teléfono, mail. Se incluye en esta categoría a la amenaza de daño físico, lo que puede ser traumático psicológicamente, aunque no se lleve a cabo.
- Acoso: Conducta no correspondida ni deseada que crea un ambiente hostil. Incluye insultos, comentarios despreciativos que buscan que la persona se sienta humillada o avergonzada.

La violencia de los pacientes y las familias no sólo se dirige al personal. Aunque es menos común, los pacientes también recurren a otros medios violentos, como arrojar bandejas de comida o muebles, usar los pies de suero para golpear el mobiliario, patear puertas y romper dispositivos médicos.

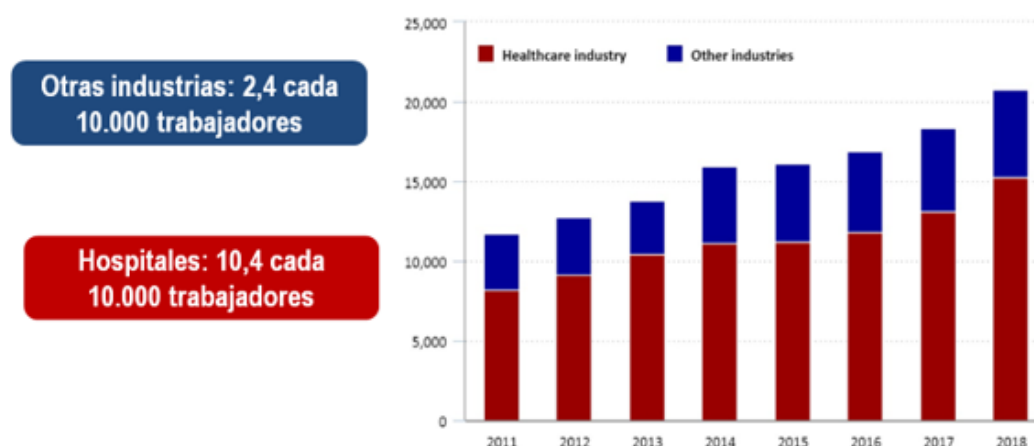
Magnitud del problema e impacto

El sector de la salud registra una cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el ámbito laboral en todo el mundo (Nordin en OIT/OMS/ ISP/CIE; 2002) y afecta a casi la mitad de los trabajadores del ámbito de la salud (Di Martino, 2002). Antes de revisar la situación en la Argentina, repasaremos a continuación los datos comparados de distintos países.

Estados Unidos.

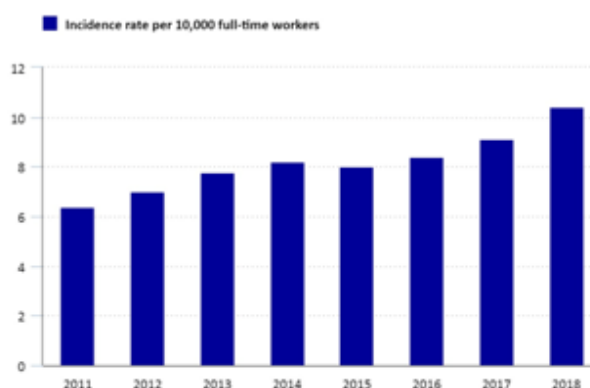
En los Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de incidencia en 2018 de lesiones y enfermedades no fatales por agresiones a trabajadores de cualquier industria fue de 2,4 por cada 10.000 trabajadores a tiempo completo. En comparación, la tasa de lesiones por agresiones a los trabajadores de la salud y asistentes sociales fue de 10,4. El personal de salud tiene 5 veces más probabilidades de sufrir lesiones por violencia en el trabajo que los trabajadores en general - Ver Gráfico1- (BLS, 2018).

*Gráfico 1. Número de lesiones y enfermedades por violencia contra trabajadores. Todas las industrias vs. Sector Salud (2011-2018)
(US Bureau of Labor Statistics)*



Y el problema no parece estar solucionándose. El gráfico 2 muestra cómo viene aumentando en los Estados Unidos la tasa de incidencia de violencia contra los trabajadores de la salud. (BLS, 2018).

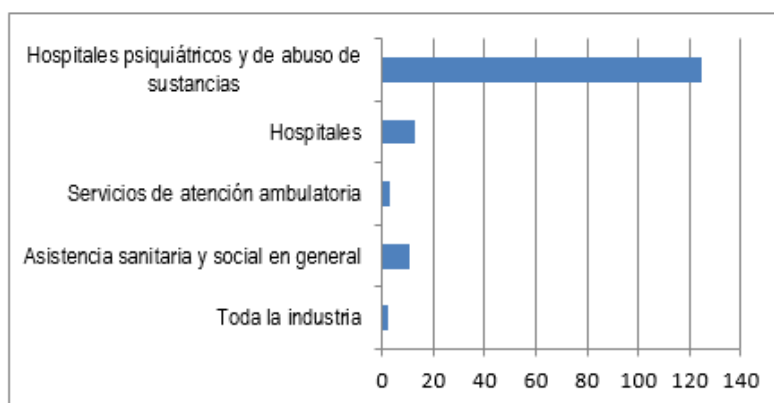
*Gráfico 2. Tasa de incidencia de de violencia no fatal contra trabajadores de la salud 2011-2018
(US Bureau of Laor Statistics)*



En el 2018, el 2% todos de los accidentes laborales en todas las industrias (n=900.380) tuvieron que ver con agresiones contra el personal de salud y de servicios sociales. Los trabajadores de la salud representaron el 73% de todas las lesiones no fatales y enfermedades por situaciones de violencia en el trabajo (BLS, 2018).

Dentro del sector salud, el problema es mayor en hospitales psiquiátricos y centros de abusos de sustancias, con más de 120 lesiones por agresiones no fatales por año cada 10.000 trabajadores -ver gráfico 3- (BLS, 2018).

*Gráfico 3. Tasa de incidencia de lesiones intencionales no mortales por parte de otra persona cada 10.000 trabajadores a tiempo completo.
(US Bureau of Laor Statistics)*



España:

España: El observatorio Nacional de Agresiones a Médicos de la Organización Médica Colegial de España, con funcionamiento desde el año 2009, registró 515 agresiones a médicos en el año 2017, lo que significó un aumento de 20 casos en relación al año anterior. En cuanto a la tipificación de los hechos: por género resultan ser las mujeres las principales víctimas (52%), los médicos de mediana edad (36 a 45 años) reciben el mayor número de agresiones, y en cuanto al tipo de ejercicio de la actividad es el sector público con un 87% donde mayormente ocurren las agresiones, así como en el área de atención primaria de la salud 53%. Por último, en cuanto a las consecuencias de tales hechos, principalmente implican lesiones psíquicas para los médicos (51%).

Perú:

En el año 2016 se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, entre los meses de abril a mayo en la ciudad de Arequipa, Perú en tres hospitales públicos de referencia regional, dos pertenecientes al Ministerio de Salud y uno a la Seguridad Social. Se enroló a 200 médicos. Se midió la frecuencia de violencia física, psicológica y acoso sexual. El 84% de los médicos encuestados refieren haber sido víctimas de violencia alguna vez en su vida profesional, 47% en el último año y 32% en el último mes. Por género, la mayoría fueron víctimas varones (59,5%), así también los médicos de mediana edad (30-39 años) reciben proporcionalmente el mayor número de agresiones. Interesa aquí resaltar los factores considerados como desencadenantes: para la violencia física: "las demandas que exceden las posibilidades del médico", para la violencia psicológica "el tiempo de espera en la atención" (Muñoz del Carpio et al, 2016).

Canadá:

Enfocándose en los médicos de familia, un estudio de incidencia de tasas de agresiones hacia los médicos reportó un 29% de algún tipo de agresión en el último mes, incluso un 8% daños severos (Baukje et al. 2010).

Nueva Zelanda:

En un estudio de un año de seguimiento se logró identificar un 15% de incidencia de agresiones hacia los médicos residentes, incluyendo un 4% con agresiones físicas (Gale et al, 2006).

Australia:

En un estudio cualitativo, el 64% de los médicos reconocieron haber experimentado durante el último año algún episodio de violencia, con un 9% que incluía abuso sexual y 3% violencia física (Magin et al, 2005).

Japón:

Varios estudios orientados a obtener estadísticas concretas considerando un periodo de 6 meses anteriores a la encuesta, reportaron un 31% de violencia verbal. (Arimatsu et al, 2008).

Alemania:

La Universidad de Munich llevo a cabo un estudio en 1500 médicos, el 79% reporto abuso verbal 16% daño físico y 55% daño a la propiedad, el 8% incluyo el uso de armas. (Vorderwülbecke et al. 2015).

Uruguay:

Un estudio realizado sobre médicos residentes del año 2011 mostró que el 79% sufrieron algún tipo de violencia, entre las que destacó la psicológica 89%; el 30% de los residentes reportó alguna experiencia violenta durante el último mes. Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia (Stolovas et al, 2011).

Figura: 1. Porcentaje de médicos agredidos en distintos países: Un fenómeno mundial



Fuente: FEMEBA: Primer reporte del observatorio del programa de prevención de la violencia a los médicos. Agosto 2018

La mayoría de las investigaciones a las que hemos hecho referencia fueron realizadas sobre el universo de médicos. Sin embargo, el personal de enfermería se encuentra dentro del grupo de trabajadores que reciben la mayoría de las agresiones de los pacientes. Una encuesta realizada a enfermeras de un hospital de Florida reveló que el 100% de las enfermeras y enfermeros de urgencia sufrió agresiones verbales; el 82% reportó agresiones físicas en el último año (May and Grubbs, 2002). En comparación con otras industrias, los enfermeros son objeto de violencia a un ritmo mucho más alto que otros trabajadores. En los Estados Unidos, la tasa de enfermeros lesionados por agresiones fue en 2015 de 6,3 por cada 10.000 trabajadores a tiempo completo, en comparación con una tasa de 1,0 general de cualquier otra industria. (BLS "Table R100").

La situación en la Argentina:

En la Argentina recién se empezó a tomar conciencia de la magnitud problema a partir de las denuncias realizadas por las distintas agremiaciones médicas y por una encuesta realizada por Intramed y el Servicio de Epidemiología del Htal. Italiano de Buenos Aires sobre una base de 30.100 profesionales de la salud de Latinoamérica (75% argentinos). Según este primer estudio, casi el 55% de los médicos sufría entonces algún tipo de violencia. (Braga, 2005). La inmensa mayoría de estas agresiones fueron verbales. Sólo el 2,2% reportó haber sufrido una agresión física por parte de pacientes o familiares.

En 2015, diez años después, Intramed repitió la encuesta con resultados aún más preocupantes: 13.323 personas (el 66% de una muestra de 19.967 encuestados) reportaron haber recibido algún tipo de agresión verbal o física en sus lugares de trabajo (Intramed, 2016). Entre las profesiones analizadas, fueron los médicos y las enfermeras quienes recibieron más agresiones. En el 35,2% de los casos se trató de agresiones únicas y en el 31,2% de agresiones reiteradas en tres o más oportunidades. Este último dato puso en evidencia que el antecedente de haber sido agredido no resultó suficiente para instrumentar medidas eficaces que evitaran la reiteración del episodio. El dato más alarmante fue el incremento que registraron de las agresiones físicas respecto del estudio anterior, que de 2,2% alcanzó la alarmante cifra de 11,3%. Esto quiere decir que de 1 de cada 10 profesionales agredidos recibió una agresión física. En más del 60% de los casos el agresor se encontraba en pleno uso de sus facultades mentales (el resto se encontraba bajo efectos de tóxicos o tenía antecedentes psiquiátricos).

No puede hablarse de violencia contra profesionales de la salud en la Argentina sin soslayar el enorme trabajo que viene realizando la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA), que cuenta desde hace años con un observatorio y un programa de prevención de la violencia a los médicos. Sus objetivos son: prevenir las situaciones de violencia sanitaria a través de acciones/herramientas concretas; capacitar a los profesionales de la salud en la prevención y el abordaje de la violencia sanitaria; asesorar, asistir y acompañar al profesional ante la vivencia de un hecho de violencia sanitaria; concientizar a la sociedad en su conjunto de las causas y consecuencias de la violencia laboral en el ámbito sanitario y analizar, mediante estudios de investigación la progresión de la problemática en su ámbito de actuación. En su página web, además de contar con una línea directa de reporte y asistencia, se despliegan una gran variedad de recursos muy útiles tales como cursos, actividades educativas, campañas, marco legal, actividades académicas, informes anuales y panorama internacional comparado, entre otras herramientas: <https://bit.ly/3t12IJW>. Especial mención merece su "Guía Práctica de Prevención y Abordaje de la Violencia Sanitaria Externa en el Ámbito de la Salud (120 páginas), fuente de consulta ineludible para quien quiera estudiar este tema (Girotti Blanco et al. FEMEBA 2018).

En noviembre de 2020, el observatorio de violencia de FEMEBA publicó los resultados de su tercera encuesta de violencia en el ejercicio profesional. La muestra abarcó a 1020 médicos y tuvo entre sus objetivos medir la incidencia de la pandemia Covid sobre las agresiones. Las otras ediciones de la encuesta habían sido realizadas en 2016 y 2018. Sus principales hallazgos fueron (datos aproximados según promedio entre médicos varones y mujeres): (FEMEBA 2020).

- El 60,4% de los médicos considera normal/habitual estar expuesto a situaciones de violencia en su trabajo.
- El 78% experimentó más de un episodio de violencia.
- El 60% de las agresiones se dieron en el ámbito público; 23,3% en el privado. Resto en ambos.
- El 90% de las agresiones fueron verbales (60% por parte de pacientes; 30% por parte de familiares).
- El 5% de las agresiones fueron físicas (3% por parte de pacientes, 2% por parte de familiares).

- Entre el 2% y el 7% de las agresiones fueron a través de redes sociales.
- El 40% no reportó la agresión.
- El 70% desconoce las vías judiciales.
- En el 60% de los casos no se tomó ninguna acción concreta.
- El 40% reportó secuelas psicológicas luego de la agresión.
- El 3% reportó secuelas físicas y psicológicas.
- En el 80% de los casos no se modificó nada en el lugar de trabajo a consecuencia del acto de violencia.
- El 39% de las mujeres y el 26% de los varones percibe inseguro su lugar de trabajo.
- El 21,5% de las agresiones se dio en ocasión de atención de COVID.

Según concluyen los responsables de realizar la encuesta, aún hace falta un camino respecto de la modificación de la infraestructura de los servicios de salud para hacerlos más seguros. A su vez, se necesita fomentar mucho más las vías para facilitar al médico los canales judiciales de actuación, las formas de prevenir episodios, los canales de comunicación, y el manejo de su vida profesional luego de experimentar un episodio.

Causas profundas y factores desencadenantes de la violencia contra el personal de salud

Causas profundas.

No puede analizarse la violencia contra el personal de la salud sin considerar primero el marco más amplio de la violencia en la sociedad. Tampoco puede simplificarse la problemática reduciéndola a las características de personalidad del agresor o a las falencias estructurales del sistema de salud. Para analizar este fenómeno, resulta preciso tener en cuenta además otros factores como el ordenamiento socio-económico y los patrones culturales de una sociedad en un momento histórico determinado (Villemur C. FEMEBA 2018).

Para caracterizar la violencia como fenómeno social resulta conveniente recurrir al "Modelo Ecológico" de la violencia utilizado en la actualidad por la OMS y la OPS. Este modelo, creado por Heise en 1998 a partir de la propuesta de Bronfenbrenner de 1979 distingue cuatro dimensiones que deben ser tenidas en cuenta para un abordaje integral: 1. Individual; 2. Relacional; 3. Comunitaria y 4. Social (ver figura). (Villemur C, FEMEBA 2018; Olivares Ferreto, 2009) Ver figura 2.

Figura 2: Violencia en la sociedad. Modelo Ecológico



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

Resulta importante aclarar que esta construcción de diferentes dimensiones se lleva a cabo con fines analíticos para abordar este complejo fenómeno. Como se aprecia en la figura anterior, todos los niveles (individual, relacional,

comunitario y social) se encuentran fuertemente interrelacionados. A continuación, se describen los factores que son tenidos en cuenta para analizar cada dimensión (Villemur C, FEMEBA 2018).

- 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. Fuente: Informe mundial sobre la violencia y la salud (OPS, OSP, OMS; 2003: 13) 12.
- 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.

En cada una de estas dimensiones existen factores de riesgo que influyen sobre los comportamientos violentos. En la Tabla 1 se describen los principales para cada una de las dimensiones analizadas.

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

Dimensiones	Factores de riesgo
Individual	• Abuso infantil • Consumo de psicoactivos • Violencia intrafamiliar • Desarrollo del individuo en ambientes violentos • Baja autoestima • Escaso estímulo de la comunicación interpersonal
Relacional	• 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	• 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	• Connivencia entre el crimen y el poder político, el poder judicial y las fuerzas de seguridad • Descredito de las instituciones • Fácil acceso a armas • Impunidad

Fuente: Fuente: Villemur C. (2018) en base a trabajos de la OMS, OPS (2002) y Olivares Ferreto (2009).

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).

Factores desencadenantes.

Un sistema sanitario cada vez más complejo y un paciente cada vez más informado, más autónomo y más exigente han determinado que la relación médico-paciente, en permanente evolución, haya experimentado un cambio en los últimos años al que ni uno ni otro han sabido adaptarse. Las pequeñas frustraciones de la vida diaria se acumulan y los mecanismos de adaptación a las situaciones de conflicto fallan (SMU, 2009). Los largos tiempos de espera, la falta de infraestructura y de insumos, la insatisfacción con los tratamientos, el escaso tiempo de la consulta y la deficiencia en la comunicación ubican a menudo a pacientes y médicos en el lugar de víctimas de un sistema sobre el que no ejercen el control. Frecuentemente el profesional de la salud queda expuesto como la cara visible de una organización deficiente y es el que recibe las quejas y muchas veces las agresiones de pacientes o allegados que perciben muchas situaciones como injustas.

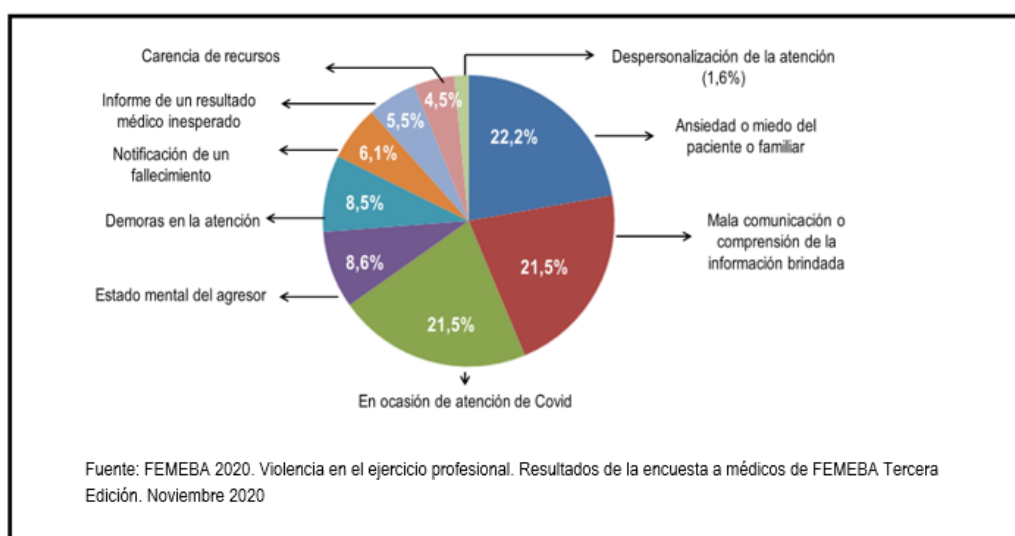
Entre los factores causales y situaciones "gatillo" mencionados por los distintos trabajos se mencionan: (OIT, 2002; British Medical Association, 2003; OSHA, 2004; SMU, 2013).

- Sobrecarga laboral de los médicos, obligados a ver un número excesivo de pacientes para mantener un ingreso decoroso. Esto se traduce en la falta del tiempo necesario para establecer una relación y examinar al paciente.
- Despersonalización del acto médico. Deterioro de la relación médico-paciente. Falta de libertad en la elección del profesional.
- Proletarización de los "trabajadores de la salud", el cual es visto como un proveedor más de "servicios". Desaparición del prestigio y la jerarquía social del médico.
- Demoras en la atención "urgente", en guardias, y servicios de emergencia domiciliaria.
- Retraso en los plazos para estudios complementarios, cirugías y procedimientos programados.
- Falta de infraestructura e insumos. Carencias estructurales del sistema de salud.
- Problemas de cobertura. Factores económicos.

- Negativa por parte de la sociedad a considerar la muerte como parte ineludible del ciclo de la vida. Expectativas desmesuradas y poco realistas.
- Falta de aceptación por parte de los pacientes y/o de sus familias de los riesgos inherentes a cualquier procedimiento invasivo.
- Enfermos psiquiátricos o adictos a drogas o alcohol. Antecedentes de violencia.
- Situaciones de angustia por parte del agresor ante una falta de información sobre la situación de un familiar grave (se ve más en urgencias).
- Situaciones en las que el agresor ve frustradas sus expectativas de alcanzar un beneficio directo o indirecto (recetas, exámenes, autorizaciones, certificados etc.), y en los que entiende que una negativa por parte del médico es un atentado a sus "derechos consolidados".

Las encuestas argentinas mencionadas anteriormente (Intramed y FEMEBA) también estudiaron estos factores desencadenantes en nuestro medio. Los "gatillos" de la violencia encontrados fueron muy similares a los de la literatura internacional (ver Gráfico 4 y Figura 3).

Gráfico 4. Posibles desencadenantes de la agresión (FEMEBA, 2020).

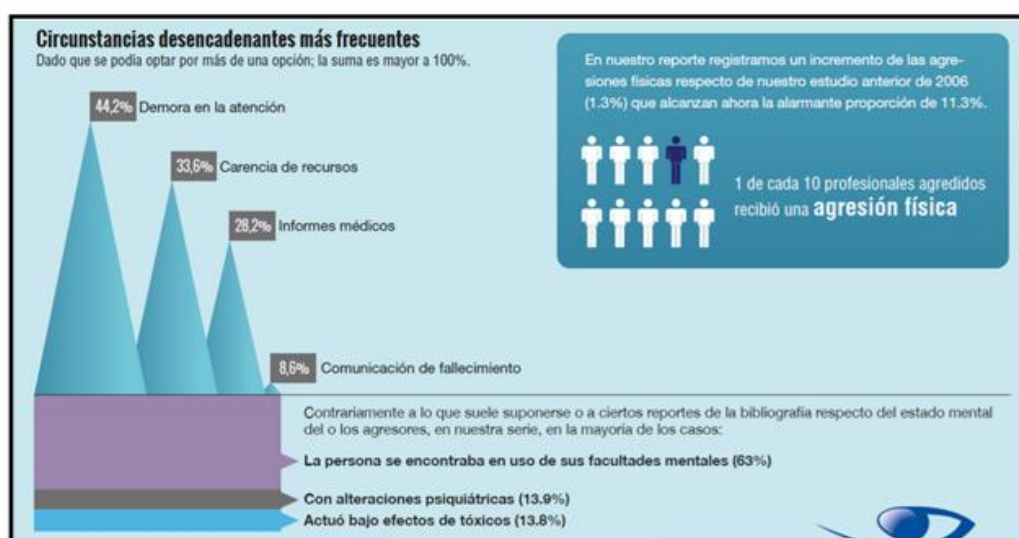


La encuesta de FEMEBA también es reveladora en cuanto al lugar de la agresión. Aproximadamente un 30% de las mismas se producen en el ámbito de consultorios (incluyendo los de guardia) y un 25% en salas de espera. Las otras localizaciones son los pasillos (18%), las áreas de internación (13%) y las salas de atención (14%).

Las políticas de una organización, o la falta de ellas, también pueden permitir que surja la violencia del paciente. OSHA enumera los siguientes ejemplos que ponen en riesgo a una organización (OSHA Guidelines, 2015):

- Falta de políticas de las instalaciones y capacitación del personal para reconocer y manejar el comportamiento hostil y agresivo en aumento.
- Bajos niveles de personal en ciertos momentos, como los turnos de noche.
- Personal inadecuado de seguridad y salud conductual en el sitio.
- Percepción permitida de que se tolera la violencia y que las víctimas no denunciarán incidentes.
- Énfasis excesivo en la satisfacción del cliente sobre la seguridad del personal.

Figura 3. Circunstancias desencadenantes más frecuentes. Encuesta Intramed 2015



Regulaciones y estándares sobre el manejo de violencia en el lugar trabajo

En la Argentina no se han establecido regulaciones ni estándares específicos respecto a la violencia en organizaciones de salud. Sin embargo, podemos tomar ejemplo de regulaciones y estándares respecto a este tema de países como los Estados Unidos.

Medicare y Medicaid.

Los centros de atención médica que participan en el programa Medicare deben cumplir con las "Condiciones de Participación" (CoPs), que incluyen el requisito de que los hospitales de agudos brinden atención en un entorno seguro y que los centros de atención crónica mantengan un ambiente libre de peligros y riesgos. Estas condiciones para participar del financiamiento de Medicare y Medicaid incluyen, además de la protección del personal, la de los pacientes y residentes contra daños a sí mismos y a otros (ECRI, 2018).

El incumplimiento de estos requisitos puede poner en peligro la financiación de una organización. En 2015, un hospital de Texas fue amenazado con la terminación del programa Medicare cuando dos policías fuera de servicio que trabajaban como guardias de seguridad en el hospital dispararon e hirieron a un paciente que estaba teniendo un ataque de pánico y delirante. Medicare criticó al hospital por no capacitar adecuadamente a sus oficiales de seguridad para responder a crisis que involucran pacientes confusos o agresivos. Según un acuerdo alcanzado con la agencia, se permitió que el hospital permaneciera abierto mientras se abordaban las preocupaciones de la agencia sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención en el hospital. (Hawriluk, 2016).

OSHA (Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de los EE. UU).

No existen regulaciones federales vigentes relacionadas con ninguna forma de violencia en el lugar de trabajo; sin embargo, OSHA puede citar y sancionar a los establecimientos de salud bajo su cláusula de "obligaciones generales" por no prevenir la violencia de los pacientes contra los trabajadores de la salud. Hasta el año 2011, momento en el cual OSHA emitió una directiva para que sus inspectores supieran cómo responder a las denuncias de violencia en el lugar de trabajo, la agencia rara vez citaba a los centros de atención médica. La directiva y la versión actualizada de 2017, identifica a los establecimientos de

salud como entornos de alto riesgo de violencia en el lugar de trabajo. Como resultado de esta toma de conciencia, aumentaron las inspecciones a establecimientos sanitarios para evaluar su preparación para prevenir y manejar situaciones de violencia. Entre 2011 y 2015, OSHA inspeccionó 107 hospitales y centros de adultos mayores y emitió 17 citaciones a empleadores de atención médica por no abordar la violencia en el lugar de trabajo. La mayoría de las citaciones surgieron de quejas de los empleados. (OSHA, 2015; ECRI, 2018).

OSHA también puede emitir una carta de advertencia si un inspector identifica peligros de violencia en el lugar de trabajo, pero descubre que no cumplen con todos los criterios para una citación de cláusula de deber general. Desde 2012 hasta mayo de 2015, OSHA emitió 48 cartas de alerta de peligro a los empleadores de atención médica recomendando acciones para abordar los factores que contribuyen a la violencia en el lugar de trabajo. (GAO, 2016).

En su informe de 2016 sobre la violencia en el lugar de trabajo en el cuidado de la salud, la Government Accountability Office (GAO), con funciones similares a nuestra Auditoría General de la Nación, señaló que OSHA no cuenta con un proceso para que los inspectores hagan un seguimiento con los empleadores después de emitir cartas de advertencia. Además, el informe señaló que la agencia de seguridad y salud ocupacional proporciona orientación insuficiente a sus inspectores sobre el desarrollo de citaciones bajo la cláusula de deber general para riesgos de violencia en el lugar de trabajo. La GAO recomendó que OSHA evalúe la necesidad de una regulación que aborde la violencia en el lugar de trabajo en el cuidado de la salud. (GAO, 2016).

A fines de 2016, OSHA inició el proceso regulatorio para considerar un estándar de violencia en el lugar de trabajo, que requeriría que los empleadores de atención médica cumplieran con las medidas para prevenir la violencia en el lugar de trabajo. Después de derogar la norma en 2017, la Administración Trump señaló en 2018 que continuaba evaluando la necesidad de una regulación al indicar que estaba evaluando el impacto que dicha regla podría tener en las pequeñas empresas. (Regulations.gov, 2016).

En lugar de establecer una regulación, OSHA actualizó sus pautas sobre este tema en 2015, describiendo un programa voluntario de prevención de la violencia para las instalaciones de atención médica. Las "Pautas para la prevención de la violencia en el lugar de trabajo para los trabajadores de servicios sociales y de atención médica" de OSHA pueden descargarse libremente de internet y aplican a entornos de atención médica como hospitales, centros de atención de adultos mayores, centros de salud conductual y clínicas

vecinales, hogares colectivos y entornos de atención domiciliaria. (OSHA Guidelines, 2015).

Además de abordar las pautas de OSHA sobre la prevención de la violencia en el lugar de trabajo, las instalaciones de atención médica también deben cumplir con los requisitos de mantenimiento de registros de OSHA para informar lesiones en el lugar de trabajo, incluidas aquellas que son el resultado de agresiones a pacientes.

Joint Commission.

Los daños graves a pacientes, visitantes o personal son desde hace muchos años uno de los eventos centinela que deben ser reportados a la Joint Commission. A raíz de las repetidas denuncias, la comisión emitió alertas y recomendaciones sobre este tema en 2010, 2017 y 2018 (Joint Commission 2010; Joint Commission 2018).

Finalmente, dada la elevada incidencia de lesiones de trabajadores de la salud relacionada con la violencia y a su aumento constante durante la última década, partir del 1 de enero de 2022, se aplican normas nuevas y revisadas de prevención de la violencia en el lugar de trabajo a todos los hospitales acreditados por la Joint Commission en los Estados Unidos (Joint Commission, 2021). Estos nuevos estándares proporcionan un marco para guiar a los hospitales en el desarrollo de sistemas eficaces de prevención de la violencia en el lugar de trabajo, incluyendo la supervisión de los líderes, las políticas y los procedimientos, los sistemas de información, las estrategias a seguir luego de los incidentes y la capacitación continua del personal para reducir la violencia en el lugar de trabajo.

El Glosario del manual de acreditación define ahora la violencia en el lugar de trabajo como:

"Un acto o amenaza que se produce en el lugar de trabajo que puede incluir cualquiera de las siguientes conductas: agresión verbal, no verbal, escrita o física; amenazas palabras o acciones intimidatorias, acosadoras o humillantes; intimidación; sabotaje; acoso sexual; agresiones físicas u otros comportamientos preocupantes que impliquen al personal, a los profesionales autorizados, a los pacientes o a los visitantes".

Estos nuevos estándares afectan los capítulos de "Entorno de Atención" (EC- Environment of Care), "Recursos Humanos" (HR-Human Resources), y "Liderazgo" (LD- Leadership). En el apéndice de este documento podrán

acceder a los requisitos que se deben cumplir para acreditar y las razones que justifican cada estándar en particular. Los mismos son (Joint Commission, 2021):

- Estándar EC.02.01.01: El hospital gestiona los riesgos de seguridad y protección.
- Estándar EC.04.01.01: El hospital recolecta información para monitorear las condiciones del entorno.
- Estándar HR.01.05.03: El personal participa en programas de capacitación y formación continua.
- Estándar LD.03.01.01: Los líderes crean y mantienen una cultura de seguridad y calidad en todo el hospital.

Plan de acción

Garantice el compromiso de las autoridades y la participación del personal.

Para que un programa de prevención y contención de la violencia resulte exitoso, resulta fundamental contar con el apoyo explícito y visible de las máximas autoridades de la organización. Los líderes que se comprometen con la seguridad en el lugar de trabajo asignan fondos y recursos para abordar esta problemática; ayudan así a crear una cultura de mínima tolerancia a los comportamientos violentos. Muchos directores, por ejemplo, incluyen en sus recorridas ejecutivas por los pisos el informe de incidentes violentos (además los incidentes de seguridad de los pacientes clásicos) (OSHA 2015, "Caring").

En un entorno de esta naturaleza es mucho más probable que los jefes de servicio y el personal clínico adhieran a las normas y procedimientos de seguridad de la organización, que dediquen tiempo a la capacitación y el entrenamiento práctico del personal, que trabajen en equipo cuando ocurran incidentes y que informen todos los ataques y amenazas de forma tal que la organización pueda utilizar la información para identificar potenciales mejoras en su programa de prevención de la violencia.

Gran parte de este compromiso se demuestra garantizando la presencia de personal clínico y administrativo necesario para una adecuada atención, en particular en las unidades de admisión, en las guardias de emergencias, en terapia intensiva y durante los períodos de mayor actividad, durante los traslados de los pacientes, en las horas de almuerzo y cena y por la noche.

Como muchas situaciones de violencia se originan por demoras, falta de recursos, carencia de personal o malas condiciones de trabajo, es también responsabilidad de las autoridades mejorar las prácticas laborales: la afluencia de los pacientes y la planificación de los turnos deben adaptarse a las necesidades y los recursos; deben evitarse las aglomeraciones; los tiempos de espera deben reducirse al mínimo; deben preverse tiempos de descanso adecuados, deben evitarse horarios de trabajo demasiado prolongados; se debe brindar información acerca de las demoras a los pacientes que esperan en la guardia.

Para empezar a gestionar el riesgo de violencia, las autoridades pueden realizar un análisis de sus actuales prácticas de seguridad a fin de identificar las

fortalezas y debilidades para crear así un plan de mejora personalizado. Este análisis debe incluir, entre otras cosas: la revisión de registros (informes de incidentes de seguridad, reclamos por accidentes de trabajo, informes de lesiones y enfermedades laborales); la evaluación de la seguridad en el lugar de trabajo; el análisis de los riesgos laborales y el resultado de encuestas realizadas a empleados y pacientes (ej.: encuesta de clima laboral, de satisfacción, etc.).

Luego de hacer un análisis del lugar de trabajo, las organizaciones pueden tomar medidas para abordar los riesgos de pacientes o familiares violentos con controles de ingeniería y adaptaciones al lugar de trabajo (por ejemplo, detectores de metales, botones de pánico, estaciones de enfermería cerradas, rutas de salida accesibles), junto a controles administrativos y de prácticas laborales (ej.: una declaración clara a los pacientes, trabajadores y visitantes de que la violencia no está permitida, procedimientos para que los empleados denuncien agresiones, un equipo capacitado para responder a situaciones violentas de emergencia, comunicación al personal sobre pacientes con antecedentes conocidos de violencia). (ECRI, 2018).

Algunas de estas estrategias se presentan en los cuadros 1 y 2.

Cuadro 1. Soluciones de ingeniería para prevenir y contener la violencia del paciente

Soluciones de ingeniería y adaptaciones al lugar de trabajo para prevenir y contener la violencia de pacientes
• Botones de pánico • Sistemas de alarma • Detectores de metales instalados o portátiles para la detección de armas • Espejos curvos en intersecciones de pasillos y áreas fuera de la visión • Sala de seguridad para empleados en servicios de emergencias • Áreas de recepción, traje y admisión protegidas con vidrio inastillable • Salas de aislamiento monitorizadas en el departamento de emergencias para que los pacientes se calmen • Salas y áreas de espera de pacientes diseñadas para minimizar el estrés con asientos cómodos, temperatura ambiente adecuada, sin ruidos innecesarios, etc. • Disposición del mobiliario de las habitaciones de forma tal que se evite que el personal pueda quedar atrapado • Muebles fijados en el piso, si resulta posible, y retiro o protección de elementos decorativos como cuadros y jarrones

Cuadro 2. Controles Administrativos y de Prácticas Laborales

Controles administrativos y de prácticas laborales para prevenir y contener la violencia de pacientes
• Declaración clara a los pacientes, visitantes y otras personas de que la violencia no está permitida y no será tolerada • Actualización en el informe de turno sobre el historial o incidente violento del paciente • Sistema para identificar para el personal a los pacientes que podrían volverse violentos (por ejemplo, informes de turno, etiquetas de gráficos) • Uso del sistema de compañeros cuando la seguridad personal puede verse amenazada • Política para que los empleados denuncien todas las agresiones y amenazas • Medidas para disminuir los tiempos de espera de los pacientes y actualizaciones oportunas sobre los tiempos de espera esperados para quienes esperan • Dotación de personal adecuada durante los periodos de mayor actividad para reducir las aglomeraciones y los tiempos de espera • Oficiales de seguridad y consejeros debidamente capacitados para responder al comportamiento agresivo. • Planes de acción para que el personal pida ayuda • Acceso a personal calificado para asesorar a los pacientes y reducir una situación

Cada organización debe decidir acerca de cuál es la mejor combinación de controles que permita garantizar una atmósfera adecuada que permita brindar una atención adecuada al tiempo que se garantiza la implementación de medidas efectivas para prevenir incidentes violentos. Todavía quedan, por ejemplo, dudas acerca de la conveniencia o costo efectividad de instalar detectores de metales para impedir la entrada con armas en todos los hospitales. Mientras que algunos establecimientos localizados en áreas de elevado delito pueden decidir utilizarlos, otros pueden preferir invertir sus recursos en otras medidas de prevención más adaptadas a su entorno (Phillips).

El compromiso de la alta dirección con la prevención y contención de la violencia externa contra su personal también se demuestra brindando capacitación a todo su personal para que sepa reconocer los peligros y seguir los procesos establecidos para protegerse a sí mismos y a sus compañeros de trabajo (Ver "Capacitación del personal" e "Instrucciones para la desescalada del problema").

Las autoridades son responsables además de establecer sistemas para rastrear y monitorear la violencia del paciente a través de una variedad de mecanismos como los reportes de eventos, registros de accidentes de trabajo, documentación de los análisis formales de peligros y las acciones correctivas y

registros de capacitación del personal. La vigilancia permanente permite estar informados sobre la efectividad del programa de prevención de violencia externa y ayuda a identificar áreas de mejora.

Por último, la respuesta y evaluación de la organización luego de ocurrido el incidente violento y la asistencia a las víctimas es una de las principales responsabilidades de las autoridades de los establecimientos asistenciales (ver "Sistemas de denuncia y apoyo").

Desarrolle una política y un programa de prevención de la violencia

Las iniciativas de prevención de la violencia de la organización deben describirse en un programa escrito y detallado que refleje la prioridad que se le otorga a esta problemática.

Aunque algunos organismos como la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos (OSHA), han defendido el enfoque de “tolerancia 0” para la violencia en el lugar de trabajo, este enfoque también podría socavar las iniciativas que se llevan a cabo para alentar la denuncia de incidentes violentos. El personal puede tener miedo de denunciar amenazas de pacientes y episodios violentos si sabe que su denuncia podría socavar el objetivo implícito de eliminar todos los episodios violentos de sus instalaciones (la misma denuncia los sacaría del cero y el programa se mostraría como un fracaso). En cambio, si el personal comprende que la organización se toma en serio el tema de la violencia de pacientes y familiares, que ha adoptado medidas para ayudar a su gente a manejar situaciones amenazantes y que quiere saber sobre los incidentes que inevitablemente pueden ocurrir, no tendrá miedo a reportar situaciones de violencia.

Algunos líderes de organizaciones de salud de los Estados Unidos han demostrado el compromiso de su organización con la prevención de la violencia enviando un mensaje claro a los pacientes de que no se toleran en sus instalaciones ni la violencia física ni el comportamiento amenazante. Esto puede instrumentarse colocando afiches de “obligaciones de los pacientes” junto a los de sus “derechos”.

Después de un tiroteo en 2010 en un centro médico de Maryland, el hospital hizo un balance de su abordaje hacia la violencia externa y, entre varias iniciativas, revisó las gacetillas que entregaban a sus pacientes y visitantes incorporando un párrafo en el que establecieron que los comportamientos inaceptables, incluyendo las amenazas y la violencia física pueden conducir al alta o a restricciones a las visitas. Además, el personal de seguridad se reúne con los pacientes que han exhibido un comportamiento amenazante o abusivo, aún en alguna admisión anterior, y repasan con ellos las expectativas de la organización sobre el comportamiento adecuado y las consecuencias de su incumplimiento (Lessons from a tragedy, 2013).

En otro hospital, de los Estados Unidos sus autoridades dieron el visto bueno para notificar a pacientes reincidentes de violencia que no se les permitirá ingresar a las instalaciones para recibir tratamiento a menos que requieran atención de emergencia, según lo exige la ley federal de ese país (OSHA 2015 "Caring").

La política organizacional de prevención de la violencia brinda el marco y la orientación necesaria para desarrollar e implementar un programa de prevención de la violencia del paciente y/o de sus familiares. El programa debe incluir los siguientes elementos: (ECRI, 2018.).

- Definición de la violencia en el lugar de trabajo que incluya las amenazas tanto verbales como físicas por parte del paciente, familiares o visitantes, incluyendo ejemplos concretos. La definición de violencia en el lugar de trabajo debe ser coherente con cualquier definición legal aplicable en la jurisdicción de la organización. La incorporación de las agresiones verbales y amenazas en esta definición puede hacer que los empleados informen con mayor frecuencia el potencial percibido de violencia.
- Delineación de las responsabilidades del personal para la prevención de la violencia, incluyendo su obligación de asistir a las capacitaciones sobre este tema y de informar de inmediato cualquier amenaza, incluyendo los ataques verbales y las agresiones físicas por parte de los pacientes o familiares.
- Descripción del abordaje de la organización para investigar todos los informes de amenazas e incidentes violentos iniciados por los pacientes o familiares.
- Descripción de las circunstancias que ameritan la reasignación de un trabajador amenazado o agredido intencionalmente por un paciente para que deje de atenderlo y se solicite la presencia de un segundo empleado para que atienda a ese paciente en particular.

Capacite al personal clínico y administrativo

La organización debe capacitar y entrenar regularmente no sólo al personal clínico, sino a todos los empleados sobre las medidas para prevenir la violencia de pacientes y las estrategias para reconocer y responder a incidentes violentos potenciales o reales. El personal de admisión en guardia, por ejemplo, puede estar entre los primeros en encontrarse con pacientes violentos o potencialmente violentos y debe estar preparado para responder. La

capacitación también debe incluir al personal de todos los turnos, incluidos los nocturnos y fines de semana, al personal médico de plantilla, a los potenciales reemplazos, a los residentes/concurrentes, a los empleados temporarios o contratados y a los voluntarios que podrían llegar a encontrarse con pacientes agresivos. Se debe documentar la asistencia al programa de capacitación.

Aunque la capacitación del personal es un componente esencial de cualquier programa de prevención de violencia en el trabajo, la evidencia publicada indica un enfoque inconsistente de la capacitación, incluso en entorno con alto riesgo de pacientes violentos. Un estudio demostró que 1 de cada cuatro enfermeros de un sistema de salud de los Estados Unidos que respondió a una encuesta sobre violencia en el lugar de trabajo manifestó que no había recibido ninguna capacitación sobre este tema (Speroni et al. 2014).

La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos (OSHA), recomienda que todo el personal nuevo sea capacitado en el programa de prevención de violencia de la organización durante su período de inducción y que todo el personal reciba una actualización de la capacitación al menos una vez por año (OSHA 2015, "Guidelines"). Como en cualquier programa de capacitación y entrenamiento, el personal debe ser evaluado para demostrar su competencia en el uso de las técnicas que ha aprendido, como, por ejemplo, técnicas de defensa personal.

El personal que trabaja en entornos de alto riesgo, como los departamentos de emergencias, pueden necesitar capacitaciones de actualización con mayor frecuencia (ej.: mensual, trimestral) (OSHA 2015 "Guidelines"). La capacitación regular y repetida puede fomentar la vigilancia sostenida del personal para prevenir la violencia del paciente.

Las organizaciones también deben recabar la opinión de su personal acerca de la calidad de su capacitación en prevención de la violencia. Después de encuestar a su personal sobre sus actitudes en relación a la seguridad, un hospital de Nueva York descubrió que muchos de sus miembros referían no estar adecuadamente capacitados para reconocer signos de posible agresión del paciente y desescalar la situación (Ferguson and Leno Gordon, 2010; ECRI, 2018).

Ningún programa de capacitación individual puede abordar las necesidades específicas de los distintos grupos de trabajadores. Por eso, la capacitación debe personalizarse para cubrir las diferentes necesidades de los médicos, los enfermeros, administrativos, personal de seguridad, supervisores y gerentes. El personal de la primera línea de atención también puede beneficiarse de

capacitaciones especialmente adaptadas a las poblaciones específicas de pacientes que atienden (ej.: pacientes con adicciones, pacientes geriátricos con demencia, pacientes con excitación psicomotriz en emergencias, etc. (OSHA 2015 "Caring").

Las pautas de prevención de OSHA sugieren incluir los siguientes temas en los planes de capacitación (OSHA 2015 "Guidelines").

- Las normas y procedimientos de la organización para prevenir y contener la violencia de pacientes/familiares.
- Los factores de riesgo que provocan o contribuyen a las agresiones (ej.: largas esperas, incomodidad del paciente, salas de espera abarrotadas).
- Señales de advertencia de ansiedad, tanto verbales como conductuales que puedan estar indicando una situación volátil que podría convertirse en un comportamiento más disruptivo.
- Métodos para disipar la ansiedad de un paciente antes de que se convierta en una crisis.
- Procedimientos para activar el plan de respuesta de la organización si el paciente comienza a portarse mal y se vuelve violento.
- Técnicas de protección personal, incluidas las técnicas de defensa personal y el llamado a compañeros que lo asistan.
- Procedimientos para reportar amenazas de pacientes y eventos violentos.
- Recursos disponibles para víctimas de violencia en el lugar de trabajo.

La organización también puede realizar simulacros, involucrando a actores para que se hagan pasar por pacientes disruptivos, de forma tal que el personal de todos los turnos pueda probar las habilidades que han aprendido en la capacitación sobre prevención de la violencia. Los simulacros pueden ayudar a identificar cualquier deficiencia en el plan de respuesta de la organización, como podrían ser botones de pánico y alarmas defectuosos.

Capacite al personal de seguridad.

El personal de seguridad, incluido el de empresas contratadas, debe recibir capacitación especializada sobre el entorno de atención médica y el programa de prevención de violencia en el lugar de trabajo de la organización. Es relativamente común que algunos miembros del personal de seguridad del hospital tengan alguna capacitación previa como agentes de policía o fuerzas de seguridad y no estén familiarizados con el manejo de las necesidades de los pacientes, particularmente las de aquellos con algún trastorno de conducta o deterioro cognitivo. En muchos pacientes agitados, por ejemplo, la sola presencia de un oficial de seguridad puede aumentar su ansiedad.

La capacitación de estas personas puede abordar las expectativas de la organización con respecto a su conducta, las normas y procedimientos incluidos en el programa de prevención de la violencia del hospital y métodos para disipar situaciones hostiles. Dependiendo del tipo de organización, el personal de seguridad puede además necesitar planes especiales de capacitación que se adapten al entorno donde trabajan (ej.: servicios de urgencias, unidades de salud conductual, establecimientos de salud mental, enfermedad de Alzheimer u otras formas de deterioro cognitivo).

Algunos miembros del personal de seguridad pueden tener experiencia previa en el manejo de comportamientos violentos (ej.: ex policía); sin embargo, ni la experiencia ni las credenciales deben tomarse como criterios para excluirlos de una capacitación que aborda cuestiones, políticas y procedimientos específicos de la organización. El entrenamiento de este personal, propio o contratado, es esencial para garantizar que cuenten con las competencias necesarias para trabajar en una institución de salud.

Brinde instrucciones para una desescalada de situaciones críticas.

Ningún programa de capacitación puede cubrir todos los escenarios que podrían surgir con pacientes amenazantes. Pero la capacitación puede dotar al personal y empoderarlos con un conjunto adecuado de respuestas que les permitan manejar a pacientes que muestra signos de agitación; también deben conocer los procedimientos que deben seguir si la situación empeora.

Por lo tanto, resulta importante entrenar al personal para que sepa reconocer las señales verbales y no verbales que sugieren que un paciente podría volverse combativo. Se deben proporcionar a todo el personal estrategias para manejar la situación antes de que se convierta en una crisis que requiera la activación del equipo de seguridad de la organización o el uso de medidas más

contundentes, como las restricciones. Desafortunadamente, muchos programas de capacitación son deficientes para entrenar al personal en técnicas de desescalada de conflictos y en cómo redirigir a aquellos pacientes que comienzan a ponerse agresivos.

La mayoría de los comportamientos violentos están precedidos por señales de advertencia verbales y no verbales. La capacitación al personal sobre estas señales de advertencia y los abordajes más apropiados para manejar al paciente puede evitar que una discusión termine convirtiéndose en una crisis de seguridad.

En el Cuadro 3 se describen algunas de estas señales de advertencia:

Cuadro.3. Señales de agresión creciente

Señales verbales y no verbales de agresión creciente
• Discutidor • Puños cerrados • Estado de hiperalerta • Poco sensible a la redirección • Signos fisiológicos (p. ej., pupilas dilatadas, sudoración, piel enrojecida, muecas faciales, cambios en la respiración) • Rechazar medicamentos • Quejas somáticas • Abstinencia o aislamiento

Fuente: ECRI PSO. Assessing and managing the behavioral health needs of the medical patient [webinar]. 2016 Feb 18; Plymouth Meeting (PA).

Obviamente, el personal también debe considerar si los signos de agitación o ansiedad tienen alguna base fisiológica que requiera intervención médica. Por ejemplo, las infecciones del tracto urinario no tratadas en adultos mayores pueden presentarse con síntomas de confusión, agitación y otros cambios de comportamiento. Una vez que la condición se trata con antibióticos, la excitación cede.

El personal sanitario que se enfrenta a pacientes con signos de agitación debe saber cómo tratar a la persona. Las personas que se encuentran en la primera línea de atención deben ser conscientes de que sus actitudes y reacciones pueden intensificar o morigerar la situación. Si mantienen la calma, escuchan al paciente y utilizan un enfoque abierto y de aceptación, pueden evitar el escalamiento de la situación. Por el contrario, pedirle al paciente que se calme, que no levante la voz o decirle que no hay ninguna razón para que esté molesto puede ser muy contraproducente y, de hecho, podría desencadenar un comportamiento aún más agresivo.

Durante la capacitación sobre la prevención y contención de la violencia deben revisarse las habilidades de desescalada. El juego de roles y la simulación son métodos efectivos para que el personal aplique lo que ha aprendido. Otras recomendaciones y técnicas de desescalada que podrían discutirse durante el entrenamiento son: (ECRI, 2018; CPI, 2020).

- Sea empático y abierto; no juzgue al paciente.
- Respete el espacio personal; manténgase a una distancia prudente.
- Mantenga una comunicación verbal no amenazante; tenga en cuenta sus gestos, las expresiones faciales y el tono de voz.
- Mantenga la calma y sea profesional; evite reaccionar de forma exagerada.
- Escuche a la persona; valide los sentimientos del paciente.
- Evite involucrarse en una lucha de poder; si el paciente desafía su autoridad, redirija su atención a la preocupación más inmediata.
- Establezca los límites; ofrezca opciones y posibles consecuencias de forma clara y concisa.
- Sepa qué reglas son negociables y cuáles no; no prometa algo que no pueda cumplir.
- Deje tiempo para la reflexión; permita que haya momentos de silencio para que el paciente reflexione sobre lo que está sucediendo.
- Evite parecer apurado; bríndele al paciente la oportunidad de pensar en lo que usted le está diciendo.

Muchas veces, el comportamiento agresivo del paciente es el resultado de problemas de servicio que no son adecuadamente abordados por la organización, como largas esperas en la guardia de emergencias o respuestas repetitivamente lentas del personal de enfermería a los timbres de llamada en internación. Por eso, además del entrenamiento en violencia, el personal debe estar entrenado en el manejo de quejas en el punto de atención y, en caso de no saber cómo solucionarlas, saber redirigirlas a personas específicamente entrenadas para manejarlas. Un inadecuado manejo puede transformar a un paciente enojado pero razonable en uno violento que ya no escucha nada.

Evalúe a los pacientes en busca de posibles comportamientos violentos en la admisión.

Distintos estudios han encontrado que los pacientes involucrados en incidentes violentos tienden a ser mayores y hombres. Los datos aportan información sobre algunos tipos de perpetradores de violencia, pero no de todos. Por lo tanto, las organizaciones deben desarrollar un proceso para identificar en la admisión a los pacientes que tienen el potencial de volverse violentos en función de los factores de riesgo: antecedentes de violencia, sospecha de trastorno por abuso de sustancias y deterioro cognitivo, entre otros. Algunos hospitales también pueden optar por reevaluar periódicamente este riesgo durante la internación.

Se han desarrollado varias herramientas para tratar de evaluar el riesgo de escalada de violencia. Una de ellas es el formulario M55, desarrollado y evaluado por Kling et al (2006) para identificar a los pacientes potencialmente violentos ingresados en hospitales de agudos. La herramienta incluye 11 ítems y tiene dos niveles de detección para evaluar el riesgo de violencia. El riesgo se califica como alto si el paciente tiene un historial de la violencia o de agresiones físicas o si es hostil física o verbalmente. El riesgo también se califica como alto en presencia de tres o más ítems de la herramienta. El M55 mostró una fiabilidad y validez iniciales, con una sensibilidad y especificidad aceptables, en un rango del 71% al 95%. Estos excelentes resultados no fueron sin embargo totalmente validados por otros estudios. Otra herramienta, denominada "Aggressive Behavior Risk Assessment Tool" (Kim et al. 2012) utiliza elementos del formulario M55 y otros predictores de comportamiento violento para identificar a pacientes potencialmente violentos en unidades de internación clínica. Dado a que excluye a los pacientes que muestran signos de intoxicación o abuso de sustancias, esta última herramienta no es apropiada para entornos de emergencias. (Ver Tabla 2).

Las unidades y establecimientos de salud mental pueden requerir herramientas que sean más específicas para pacientes con trastornos psiquiátricos. También se han desarrollado herramientas similares para identificar el riesgo de violencia en pacientes con trastornos del comportamiento y abuso de sustancias.

Sin embargo, debe reconocerse que las herramientas de evaluación no pueden predecir todos los incidentes violentos; deben utilizarse como un complemento de la educación continua sobre la prevención y contención de la violencia.

Tabla 2. Métodos de evaluación de posibles conductas violentas

Muestra de métodos de evaluación para identificar pacientes de cuidados agudos en riesgo de comportamiento violento		
Formulario M55*		Herramienta de evaluación de riesgos de comportamiento agresivo**
Presencia de cualquiera de los siguientes signos: • Antecedentes de violencia o agresión física • Comportamiento físicamente agresivo o amenazante • Comportamiento verbalmente hostil o amenazante	El paciente muestra tres o más de los siguientes comportamientos: • Grita o exige • Muestra signos de intoxicación por drogas o alcohol • Sufre alucinaciones auditivas o visuales. • Amenaza con irse • Está confundido o con deterioro cognitivo • Es sospechoso • Está retraído • Está agitado	El riesgo de que un paciente se vuelva violento se califica en función de la presencia de cualquier elemento de la lista. Una puntuación de cero indica un bajo riesgo de volverse violento, una puntuación de uno indica un riesgo medio y una puntuación de dos o más indica un alto riesgo. • Confusión o deterioro cognitivo • Ansiedad • Agitación • Gritando o exigiendo • Historia de agresión física. • amenazando con irse • Comportamiento físicamente agresivo o amenazante • Antecedentes o signos/síntomas de manía • Curioso • Masculla

* Kling R, Corbière M, Milord R, Morrison JG, Craib K, Yassi A, Sidebottom C, Kidd C, Long V, Saunders S. Uso de una herramienta de evaluación de riesgos de violencia en un hospital de cuidados intensivos: efectividad en la identificación de pacientes violentos. AACN NJ 2006 noviembre; 54 (11): 481-7.

**Kim SC, Ideker K, Todicheeney-Mannes D. Utilidad de la herramienta de evaluación de riesgos de comportamiento agresivo para identificar prospectivamente a pacientes violentos en unidades médicas y quirúrgicas. J Adv Nurs 2012 febrero;68(2):349-57.

Comunique efectivamente el riesgo de violencia entre el personal.

La información sobre el riesgo de violencia debe ser comunicada a todo el personal que necesite contar con dicha información. La misma debe ser

transmitida con respeto para ayudar al personal a manejar adecuadamente al paciente, pero sin disuadir las interacciones necesarias para proporcionar los cuidados que requiere. Algunas organizaciones registran el riesgo de violencia en la historia clínica. Tales medidas, utilizadas por ejemplo en hospitales de veteranos de los Estados Unidos, han evitado que el comportamiento agresivo se repita en pacientes con antecedentes de violencia (Phillips, 2016). Las alertas en las historias electrónicas también pueden ser de utilidad.

Un hospital de los Estados Unidos, por ejemplo, utiliza múltiples métodos para advertir al personal de los pacientes con riesgo de violencia. Además de registrar este riesgo en las historias clínicas, el hospital también advierte al personal mediante señales sólo conocidos por ellos (ej. letreros grises en la puerta de la habitación o dándole al paciente una bata hospitalaria de color gris para que la use. El personal es consciente de lo que significa este color gris. Otra organización ha configurado sus sistemas informáticos para rastrear los datos del censo diario y generar un correo electrónico para el personal clave en caso de que alguno de los pacientes admitidos tenga antecedentes de violencia contra el personal (OSHA 2015 "Caring").

Cuando se decide identificar en las historias o mediante signos a pacientes con antecedentes de violencia o con riesgo de incurrir en ella, se debe reflexionar sobre las implicancias legales de hacerlo en cada caso particular. Existen en nuestra legislación, como en casi todo el mundo leyes que protegen la privacidad de los pacientes e impiden la divulgación sin consentimiento de datos personales de los pacientes a personas que no la necesitan para el tratamiento, el pago o las operaciones vinculadas a su atención médica. Sin embargo, si existe una razón fundada acerca de la peligrosidad del paciente para sí mismo y para terceros, podría considerarse la excepción a la norma. En los Estados Unidos, la ley HIPAA permite divulgar aquella información protegida que se considere necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para una persona o el público, siempre que dicha divulgación se haga a alguien que de crea puede prevenir o disminuir la amenaza. Las entidades también pueden divulgar información protegida a las fuerzas de orden público si esa información es necesaria para identificar o detener a una persona que participó de un delito violento que causó un daño físico grave a la víctima. De esta forma, el personal clínico puede avisar a cualquier persona que pudiera verse afectada por un paciente violento sobre una amenaza grave e inminente. Dentro de estas personas se incluyen los guardias de seguridad, recepcionistas, camilleros y todas aquellas que entren en contacto con el paciente. Dichas divulgaciones deben contener solo la cantidad mínima de información necesaria

para advertir adecuadamente a quienes podrían verse afectados por la violencia potencial.

Los administradores de riesgos deben buscar asesoría legal con respecto a las leyes y demás regulaciones que deben observarse. Por ejemplo, ¿existe alguna disposición legal que obligue a la organización a notificar a otros sobre la violencia potencial hacia otro?

Además, el asesor legal puede brindar orientación sobre otras vías que puedan estar bajo consideración para identificar a los pacientes de riesgo, como la información que los mismos suben a las redes sociales.

Durante los trasposos, la comunicación sobre el riesgo de violencia de un paciente debe abordarse con el mismo nivel de seriedad que la comunicación sobre otros aspectos clínicos, como el riesgo de caída o las precauciones de contacto. Los camilleros y el personal auxiliar que sólo tiene contacto intermitente con el paciente y que desconocen lo registrado en la historia clínica, deben ser también informados del riesgo de violencia del paciente.

Aborde las necesidades de salud conductual de los pacientes psiquiátricos o adictos.

Aproximadamente uno de cada tres pacientes adultos hospitalizados tiene trastornos conductuales o por consumo de sustancias que están entrelazados con las afecciones médicas que determinan su admisión a hospitales de agudos (Heslin et al 2012.). Los reportes de incidentes enviados a ECRI Institute PSO, una organización de seguridad del paciente que gestiona un sistema de reporte y aprendizaje en los Estados Unidos, a menudo subrayan el desafío que representa para el personal clínico el manejo simultáneo de las necesidades médicas de un paciente y de su trastorno de conducta; por diversas razones estos pacientes se vuelven ingobernables y la situación escala mucho más allá de la capacidad de control de los miembros del personal (ECRI, 2018).

Los médicos y enfermeros, naturalmente preparados para tratar afecciones clínicas, también deben saber manejar el estado mental del paciente, aunque es posible que carezcan de la capacitación necesaria. Además, el personal asistencial a veces puede no saber que el paciente que se presenta con un trastorno de comportamiento requiere medicamentos psiquiátricos, a no ser que esta información se encuentre disponible al momento de la admisión o esté visiblemente registrada en la historia clínica. El paciente puede así comenzar a experimentar síntomas durante su estadía en el hospital con los que el personal

no se siente cómodo ni familiarizado con su manejo. En un corto período de tiempo, la situación se puede volver inmanejable.

ECRI Institute recomienda una variedad de soluciones basadas en sistemas para ayudar al personal a manejar a los pacientes con trastornos de conducta. Describiremos algunas de ellas a continuación (ECRI, 2018):

Abordaje multidisciplinario:

El cuidado de personas que combinan afecciones físicas y mentales requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a médicos, enfermeros, cuidadores, farmacéuticos, profesionales de salud mental, servicios sociales, y otros. Si en el hospital existe un servicio de salud mental, sus profesionales pueden asistir a las unidades clínicas (ver en cuadro).

Cuadro 4. Ejemplo de abordaje multidisciplinario

Equipo de Recursos de Salud Mental
En Indiana University Health Bloomington Hospital, el personal de las unidades médicas puede llamar a su equipo de recursos de salud mental para que les ayude a evaluar y manejar a los pacientes que muestran comportamientos difíciles, como actuar agresivamente. Hay al menos un miembro del equipo disponible en cualquier momento. Cuando se llama a un miembro del equipo para que ayude con un paciente, también se reunirá con la enfermera del paciente y le ofrecerá sugerencias para ayudar a manejar al paciente en particular. En lugar de hacerse cargo de las necesidades de atención conductual del paciente, los miembros del equipo capacitan y educan al personal para tratar con pacientes desafiantes. Desde la implementación del equipo en 2005, el hospital ha podido disminuir la cantidad de eventos en aumento que requieren la participación de seguridad y aumentar el nivel de comodidad del personal de enfermería en el manejo de los pacientes.
Fuente: ECRI PSO. Managing behavioral health needs of adult medical inpatients. PSO Navigator 2015 Nov;7(4):7.

Apoyo del departamento de farmacia:

Dada la posibilidad de que algunos medicamentos puedan afectar el comportamiento del paciente de formas no deseadas, los profesionales a cargo deben solicitar a sus departamentos de farmacia que brinden orientación sobre el efecto, interacciones y posibles contraindicaciones de los medicamentos y acerca de la forma en que pueden estar afectando la conducta de los pacientes. Los farmacéuticos hospitalarios deben trabajar en estrecha colaboración con el personal de enfermería para garantizar que se respeten los horarios de administración, evitando interrupciones, especialmente durante las transiciones asistenciales. La omisión de los medicamentos indicados para controlar la

abstinencia a drogas en pacientes adictos, por ejemplo, puede volverlos agresivos y de difícil manejo.

Los departamentos de farmacia también deben verificar regularmente el stock de medicamentos en su unidad para confirmar la disponibilidad de los medicamentos necesarios para manejar condiciones psiquiátricas de emergencia. Para garantizar que el inventario de medicamentos se mantenga de manera adecuada, el departamento de farmacia debe monitorear los informes de uso de medicamentos psicotrópicos en las distintas unidades para verificar que el stock de estos medicamentos no caiga por debajo de un nivel predeterminado basado en la tasa de uso típica de la unidad.

Telepsiquiatría:

No todos los centros de atención médica tienen acceso a profesionales de salud mental en sus propias instalaciones. Por eso, algunos hospitales han comenzado a utilizar herramientas de telemedicina para facilitar consultas e interconsultas virtuales con psiquiatras para manejar los trastornos de conducta. El Departamento de Salud Mental de Carolina del Sur y la Asociación de Hospitales del mismo Estado recibieron fondos para establecer una red de telepsiquiatría en todo su territorio. Los médicos de urgencias tienen acceso las 24 hs. a los psiquiatras y residentes de psiquiatría de la red, quienes pueden realizar evaluaciones psiquiátricas, recetar medicamentos e iniciar el tratamiento según sea necesario. Anteriormente, los pacientes podían esperar entre dos a tres días antes de ser evaluados por un psiquiatra. A partir de mayo de 2015, el tiempo de espera promedio para una evaluación psiquiátrica se redujo a 8,5 hs. (South Carolina Department of Mental Health, 2015).

La telepsiquiatría tiene a su vez barreras importantes que pueden afectar su implementación y uso. Los obstáculos incluyen costos, licencias, acreditación, privilegios, privacidad, ciberseguridad y riesgos de responsabilidad profesional al brindar opiniones médicas y atención a pacientes que no ven cara a cara.

Protocolos estandarizados:

El personal de enfermería de las unidades clínicas debe tener un acceso fácil a protocolos estandarizados de enfermería y medicación para el manejo de trastornos por el uso de sustancias y diversas afecciones psiquiátricas. Por ejemplo, los pacientes con trastornos de conducta podrían ser internados en una habitación que se pueda ver desde la estación de enfermería para vigilar de cerca al paciente y sus interacciones con el personal y los visitantes. Los protocolos también pueden requerir un control más estricto del paciente

durante las comidas y los cambios de turno, cuando suelen aumentar los comportamientos disruptivos.

Participación y ayuda de la familia:

Nadie suele conocer al paciente mejor que su familia. Si el paciente es propenso a la ansiedad, por ejemplo, los miembros de su entorno más cercano pueden proporcionar información sobre las necesidades de su ser querido (incluida la información sobre los medicamentos psiquiátricos que toma el paciente) y explicar cuáles suelen ser los factores que podrían desencadenar cambios en su comportamiento. Los miembros de la familia también pueden conocer los mejores abordajes para ayudar a calmar a ese paciente.

Se debe alentar a los pacientes a que identifiquen como personas de apoyo a miembros de su familia cuyas opiniones respecto a su atención valoran y cuya participación creen que podría ser útil. Si esta persona de apoyo designada participa siempre de los paseos y cambios de turno al pie de la cama, puede darse cuenta de algún medicamento psiquiátrico omitido en el régimen de medicamentos habitual del paciente. Al escuchar discutir a médicos, enfermeros y otros profesionales sobre la atención, el paciente o la persona de apoyo pueden identificar situaciones que podrían aumentar la ansiedad del paciente. Otro ejemplo de participación es el permiso para que los pacientes y/o esta persona de apoyo tengan acceso abierto a su historia clínica. Pueden así identificar errores u omisiones en la prescripción de sus medicamentos psiquiátricos.

Gestione los riesgos ambientales del departamento de urgencias.

Aunque la guardia de emergencias suele ser el punto de ingreso al hospital de muchos pacientes, su infraestructura puede no ser adecuada para recibir a pacientes potencialmente violentos. El hacinamiento en las salas de espera, el espacio insuficiente, las largas esperas para ser atendidos y la presencia muy visible de personal de seguridad que vigila el entorno son factores que pueden hacer que el paciente se sienta agitado y ansioso. Lo que podría haber sido un encuentro exitoso puede convertirse rápidamente en una confrontación entre el personal asistencial y el paciente, que puede negarse a cooperar debido a la influencia de los estímulos ambientales.

Dentro de las medidas que pueden aumentar la probabilidad de tener un resultado exitoso con pacientes potencialmente violentos en el departamento de emergencias se incluyen las siguientes (ECRI, 2018):

- Asegúrese de que la evaluación inicial de un paciente con un aparente trastorno de conducta incluya una investigación de las posibles causas médicas que contribuyen al comportamiento del paciente.
- Fomente la sensibilidad del personal hacia las necesidades del paciente a pesar de, por ejemplo, la posible frustración que puedan sentir con pacientes con trastornos asociados al uso de sustancias que recurrentemente cae en el servicio de emergencias de la organización.
- Minimice el tiempo de espera de este tipo de pacientes para ser evaluado y tratado.
- Genere un área de espera que sea cómoda y segura para todos y que esté diseñada para minimizar el estrés (ej.: suficientes asientos y espacio, temperatura ambiente adecuada, libre de ruidos innecesarios, etc.).
- Ubique a los pacientes con signos de agitación en un área tranquila, alejada del bullicio típico del servicio de urgencias.
- Asegúrese de que los pacientes con riesgo de arrebato sean supervisados, al mismo tiempo que se respeta el derecho a la privacidad del paciente. Algunos hospitales han establecido un espacio especial dedicado a pacientes con emergencias psiquiátricas donde el personal puede observar toda el área desde una isla central.
- Capacite a todo el personal del departamento de urgencias, incluyendo al personal de seguridad sobre la interacción con personas potencialmente violentas.

Las organizaciones de salud deben además garantizar que existan protocolos para el manejo de las personas que se presentan a la institución bajo custodia policial o a los presos que son trasladados de los penales porque requieren atención médica. Para generar conciencia sobre la importancia de este tema, considere el siguiente incidente ocurrido en un centro suburbano de agudos de los Estados Unidos: un sospechoso de haber cometido un delito fue llevado por la policía al servicio de urgencias de la instalación para una prueba de alcohol en sangre robó el arma de un policía, disparó e hirió a un oficial trabajador de la salud; disparó nuevamente y mató a un segundo oficial. El paciente estaba esposado cuando lo llevaron al hospital, pero le quitaron las esposas cuando

entró al baño para obtener una muestra de orina. Tomó el arma del oficial cuando salió del baño. (Ciavaglia 2005 "Hospitals").

Dan Heath establece tres barreras principales para el pensamiento "ascendente":

Después del incidente, el hospital reconvirtió una sala de choferes de ambulancia y paramédicos en una sala especialmente dedicada al manejo de sospechosos de la policía que son llevados al servicio de urgencias del hospital para ser examinados. La sala fue especialmente diseñada para eliminar cualquier contacto entre los sospechosos de la policía y el público en general, y para garantizar que las personas bajo custodia policial permanezcan estrechamente vigiladas. (Ciavaglia 2015 "St. Mary").

Establezca equipos de respuesta rápida.

Si un paciente comienza a mostrar signos de pérdida de control, el personal debe estar preparado para retirarse y retirar a los demás del área donde está ocurriendo la situación y activar el procedimiento de la organización para responder de manera inmediata a comportamientos potencialmente violentos. El sistema de notificación debe utilizar procesos redundantes. Como podría ser la combinación de la activación de botones de pánico y códigos de alertas generales en caso de que alguna de las medidas falle.

Algunos hospitales han desarrollado equipos de respuesta rápida cuyo propósito es brindar asistencia a los pacientes y otras personas que se vuelven violentas y representan una amenaza para ellos mismo y para los demás. Aunque existen distintos nombres para denominar a estos equipos, un término que se utiliza con frecuencia es el de "equipos de respuesta de emergencias conductuales". Un hospital de Minnesota informó que los equipos de respuesta rápida no sólo ayudaron a mejorar la gestión de situaciones de violencia, sino que también contribuyeron a mejorar la satisfacción del personal (Pestka et al. 2012).

Estos equipos de respuesta rápida están compuestos por personas de la organización especialmente seleccionadas y capacitadas para interactuar con pacientes combativos. En un hospital, por ejemplo, el equipo interdisciplinario de socorristas consta de personal de enfermería de piso, clínicos, terapeutas para pacientes hospitalizados, psiquiatras y personal de seguridad. El equipo de activa cuando se eleva una alerta de "código gris" visual y auditiva (Ferguson y Leno-Gordon, 2010; ECRI, 2018).

Además de realizar reuniones de “debriefing” después de cada evento para reflexionar sobre su actuación en el incidente violento, el equipo programa ateneos mensuales para discutir casos difíciles y revisar los datos de desempeño relacionados con las intervenciones en situaciones de crisis. El equipo también realiza simulacros para practicar su respuesta a eventos simulados e identificar cualquier área potencial de mejora en su respuesta (Ferguson and Leno-Gordon, 2010).

Se le puede pedir a los miembros del equipo que apliquen restricciones físicas o que ayuden a medicar al paciente a la fuerza. En el campo de la salud mental, pocos problemas provocan más controversia que el rechazo de un paciente al tratamiento psiquiátrico de emergencia. Lidar con una negativa puede causar conflictos entre el paciente, los médicos, enfermeros y familiares del paciente. Los centros de atención médica deben asegurarse de que su manejo de la negativa cumple con las regulaciones locales, así como con la jurisprudencia relacionada con la negativa a brindar tratamiento. El conflicto puede culminar en una restricción y admisión involuntaria si se considera que el paciente es un peligro para sí mismo y para los demás.

Caso Ejemplo: el Sistema Interno de Asistencia (SIA) del Hospital Privado de Comunidad (HPC) de la ciudad de Mar del Plata”

Recientemente, en ocasión de una jornada de seguridad del paciente realizado en Mar del Plata, tuve la grata experiencia de conocer el sistema de respuesta rápida del Hospital Privado de Comunidad. Su Sistema Interno de Asistencia (SIA) también incluye la ayuda inmediata en casos de incendios y de emergencias médicas. El Director de la institución, Dr. Pablo Malfante, me envió generosamente las siguientes líneas describiéndolo:

“La violencia verbal y física para con el equipo de salud lamentablemente es un hecho frecuente en la práctica diaria.

El número de casos aumenta en relación con el deterioro de las condiciones de vida de las comunidades y mucho ha influenciado en los últimos años la irrupción de la pandemia que empeoró aún más el estado emocional de las personas.

Debido a esto es que hace un año ideamos y comenzamos a implementar en el HPC un sistema interno de asistencia (SIA) que utiliza una herramienta digital y

permite una respuesta casi inmediata en cualquier punto del Hospital donde ocurra un hecho de violencia contra el personal de salud.

Nuestro hospital cuenta desde el año 2008 con Historia Clínica Informatizada (HCI) y un sistema de gestión hospitalaria (SGH) también informatizado.

Esto permitió geo localizar cada una de las más de 200 computadoras con las que el hospital cuenta.

El sistema funciona de la siguiente manera:

1 – Frente a un hecho de violencia o potencialmente violento, desde la HCI o desde el SGH se hace un click en el icono de seguridad (ver figuras 1 y 2)

2 – Al estar las PC geolocalizadas, el pedido de asistencia es registrado en el puesto permanente de nuestro servicio de Orientación y Control (OyC) y fácilmente se puede saber desde dónde ocurre la solicitud.

3 – El personal de OyC junto con el adicional policial acuden de inmediato al lugar controlando la situación y evitando males mayores.

Figura 1: Desde el SGH. Sin necesidad de loguearse, clickear sobre el icono “seguridad”



Figura 2: Desde la HCI. Sin necesidad de loguearse. Clickeando en la A aparecen los iconos



Es decir que con sólo dos "clicks" el personal en peligro tiene asistencia inmediata. Antes era muchísimo más lento, ya que, frente a la situación real o potencial de violencia, debía usarse el teléfono lo cual era muy complicado teniendo en cuenta que al mismo momento la persona debía estar tratando de mitigar el problema.

Una de las situaciones más notorias desde el inicio de la puesta en marcha del SIA fue el de una persona que se presentó en la secretaría para su turno y la secretaria le solicitó el carnet de su OOSS o en su defecto el DNI para acreditar su identidad. En ese momento, la persona empezó a ponerse nerviosa y sacó una tijera que llevaba en su poder y empezó a amenazar a la secretaria. Ella accionó el sistema solo con dos "clicks" y en menos de un minuto, llegó personal de OyC con el adicional policial al lugar controlando la situación.

Creemos que las herramientas digitales pueden ayudar en un sinnúmero de tareas, pero también en crear sistemas como este que otorgan seguridad a nuestro personal con una asistencia rápida y efectiva". (Dr. Pablo Malfante, Director HPC).

Establezca procesos a seguir luego del evento

Los incidentes vinculados a pacientes violentos deben manejarse como la mayoría de los eventos adversos. Lo más inmediato es atender a cualquier persona que haya resultado lesionada. Si el caso es pasible de acciones penales y se realizó una intervención policial, el administrador de riesgos, junto con otros líderes de la organización deben coordinar sus acciones con las de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, quienes querrán iniciar su propia investigación del incidente. Una vez abordadas las consecuencias inmediatas del evento, la organización debe seguir sus políticas para documentar e investigar el hecho y ofrecer asesoramiento y apoyo emocional al personal afectado por el incidente.

ECRI recomienda realizar reuniones de debriefing después de cada evento para que los involucrados puedan reflexionar sobre la experiencia, analizar lo que funcionó bien, lo que salió mal, e identificar oportunidades de mejora. Algunas de las preguntas sugeridas para impulsar la discusión sobre el evento se muestran en el cuadro 5. Estos debriefings son una gran oportunidad de aprendizaje para el personal, ya que abordan las inquietudes que pudieran tener sobre el manejo del paciente violento. En base a la información obtenida en el debriefing sumada a la investigación del evento, la organización podrá considerar o no la necesidad de capacitación adicional del personal para abordar cualquier brecha o inquietud identificada.

Cuadro 5: Preguntas sugeridas para las reuniones de debriefing (ECRI, 2016)

Preguntas a realizarse después de incidentes de violencia del paciente

- ¿Se logró el resultado esperado usando la intervención menos restrictiva? Si no, ¿por qué?
- ¿Se mantuvieron en todo momento la dignidad, los derechos y la seguridad del paciente?
- ¿Había suficiente personal disponible para controlar el incidente?
- ¿Hubo alguna interacción entre un paciente y un miembro del personal que requiriera la intervención de otro miembro del personal?
- ¿El personal involucrado intervino apropiadamente usando técnicas terapéuticas?
- ¿Hay algún aspecto de la respuesta del personal que requiera mejoras o soluciones alternativas?

Fuente: ECRI PSO. Assessing and managing the behavioral health needs of the medical patient [webinar]. 2016 Feb 18; Plymouth Meeting (PA).

El sub registro por parte del personal de amenazas e incidentes violentos es un problema generalizado en los centros de salud que debe abordarse. En su revisión de estudios recientes sobre la denuncia de incidentes de violencia en

centros de salud, la Government Accountability Office (GAO) de los Estados Unidos encontró que los porcentajes de casos denunciados formalmente oscilaban en un rango que iba del 7% al 42% (GAO, 2016).

Entre las razones aducidas por el personal para no informar se encuentran las siguientes (GAO, 2016; Phillips, 2016).

- Creencia de que sólo es necesario informar si el trabajador sufrió lesiones.
- Procedimientos de reporte engorrosos.
- Percepción de que la violencia es una parte natural del trabajo.
- Temor a ser culpado por provocar el ataque.
- Creencia de que los pacientes no pueden ser responsabilizados por acciones violentas debido a su condición física o mental.

Los administradores de riesgos deben trabajar con sus organizaciones para eliminar estos impedimentos a la presentación de informes. Todo el personal de salud debe comprender que la organización se toma muy en serio sus reportes de amenazas o agresiones violentas y que actúa en consecuencia de manera oportuna. Durante las sesiones de capacitación acerca del programa de prevención de la violencia de la organización, se debe recordar al personal la importancia de la denuncia, brindándole ejemplos de eventos denunciabiles; estos pueden ir desde amenazas verbales hasta agresiones físicas. Se pueden además dar ejemplos de algún seguimiento que haya hecho la organización a partir de un incidente informado y que derivó, por ejemplo, en un cambio de protocolo.

La política de prevención de la violencia de la organización debe definir claramente los tipos de incidentes que se deben informar para que el personal no asuma erróneamente que la notificación se limita a los incidentes que resultan en lesiones. Esta política debe dejar en claro que la institución no tomará represalias contra los trabajadores que denuncien incidentes de violencia. Hacer que los sistemas de informe sean de fácil acceso y uso también puede fomentar un mayor número de notificaciones.

Todos los trabajadores deben saber cómo y dónde deben informar. Los formularios de reporte suelen solicitar la siguiente información (OIT, 2002):

- Donde ha ocurrido el incidente, con descripción del entorno físico.

- Fecha y hora.
- Actividad en el momento del incidente.
- Detalles de la víctima.
- Detalles del supuesto autor.
- Relación entre la víctima y el supuesto autor.
- Relato de lo sucedido.
- Resultado.
- Medidas adoptadas después del incidente.
- Eficacia de esas medidas.
- Recomendaciones para impedir que se produzcan en el futuro incidentes similares.

Algunos expertos sostienen que un enfoque demasiado intenso en el servicio al cliente en hospitales y centros de salud puede actuar como un disuasivo para que el personal denuncie la violencia del paciente. Los administradores de riesgos deben ser conscientes de esta queja y evaluar si la mentalidad de que "el cliente siempre tiene la razón" no termina siendo una barrera al reporte en sus organizaciones y si se necesita un apoyo más visible de las autoridades para prevenir cualquier acto de violencia por parte de pacientes y/o familiares.

Las personas involucradas en el incidente deben participar de la investigación del evento porque pueden ayudar a identificar los problemas que contribuyeron al incidente y contribuir a identificar estrategias para prevenir futuros incidentes. El personal en general y particularmente las personas que reportaron el evento deben recibir una devolución sobre las acciones que se planifican para prevenir nuevos hechos de violencia.

Otras consideraciones de gestión de riesgos para la respuesta post-evento de la organización incluyen lo siguiente (ECRI, 2018):

- Brindar asesoramiento y apoyo a las víctimas y demás personal afectado por el incidente violento. El programa de bienestar ocupacional y asistencia al empleado interno de la organización puede brindar ayuda al personal afectado, o la misma organización puede determinar que el empleado necesita apoyo y asesoramiento profesional externo adicional. Es posible que algunas personas no muestren síntomas del incidente de manera inmediata, por lo que los administradores de riesgo deben garantizar la disponibilidad continua de apoyo para el personal afectado.

- Ofrecer al personal agredido, si corresponde, relevarlo de su atención o bien ofrecerle un sistema de compañeros que lo acompañen siempre que tenga que ver al paciente violento; esto puede ayudar a garantizar la confianza de la persona agredida para seguir atendiendo a los pacientes.
- Brindar orientación sobre la aplicabilidad de una compensación por parte de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo y ayudarlo a gestionar los trámites; informar acerca de cualquier beneficio por discapacidad a raíz del incidente violento.

Finalmente, como parte de su programa general de prevención de la violencia, las organizaciones de salud deben contar con un proceso para monitorear la efectividad del programa, incluyendo las acciones correctivas implementadas después de un evento, buscando continuamente cualquier deficiencia del programa que deba abordarse. La alta dirección de la institución debe recibir periódicamente datos sobre esta problemática (ej.: tasas de lesiones laborales causadas por violencia, reclamos de compensación laboral, días de trabajo perdidos, etc.) para evaluar la efectividad del programa y determinar si resulta necesario destinar recursos adicionales. Los gerentes y jefes de servicio deben compartir la evaluación del programa de prevención de violencia con su personal y mantenerlos informados sobre los éxitos, fracasos y cambios necesarios.

Violencia contra el personal de salud. Plan de acción

Resumen de recomendaciones

- Obtener el compromiso del liderazgo con la seguridad en el lugar de trabajo y establecer una cultura que no tolere el comportamiento violento.
- Desarrollar un programa y una política integral de prevención de la violencia que incluya disposiciones específicas para prevenir la violencia del paciente.
- Definir la violencia del paciente de forma tal que incluya amenazas y agresiones verbales y físicas.
- Brindar capacitación y entrenamiento regulares a todos los empleados y al personal clínico sobre las medidas de la organización para prevenir la violencia del paciente; evaluar la competencia del personal en las técnicas enseñadas.
- Abordar las necesidades de capacitación del personal de seguridad, incluido el personal proporcionado por agencias externas.
- Proporcionar al personal orientación sobre el reconocimiento de señales verbales y conductuales que sugieran que un paciente podría volverse combativo y sobre técnicas para manejar a estos pacientes para evitar una crisis.
- Educar al personal sobre técnicas apropiadas e inapropiadas para manejar comportamientos agresivos.
- Adoptar un proceso para identificar al ingreso a los pacientes que tienen el potencial de volverse violentos.
- Comunicar el riesgo del paciente de desarrollar un comportamiento agresivo al personal que entre en contacto con el paciente.

- Abordar las necesidades de salud conductual de los pacientes hospitalizados con una afección médica brindando acceso a profesionales de la salud conductual.
- Sumar el apoyo del departamento de farmacia para administrar adecuadamente los medicamentos de los pacientes de salud conductual.
- Asegurar que haya un suministro adecuado de medicamentos psiquiátricos en las unidades médicas.
- Minimizar los estímulos que producen ansiedad en el entorno del departamento de emergencias (ED), donde el riesgo de violencia del paciente es alto.
- Asegurar la existencia de protocolos para manejar a las personas bajo custodia policial o a los presos que necesitan atención médica y que son llevados a la instalación.
- Establecer un equipo de respuesta interdisciplinario capacitado para manejar pacientes combativos.
- Desarrollar un proceso para que el personal active un código para movilizar al equipo de respuesta para ayudar con un paciente difícil.
- Establecer un proceso para gestionar eventos de violencia del paciente y asegúrese de que el personal comprenda la importancia de informar eventos, tanto amenazas como agresiones reales.
- Utilizar informes después de cada evento para que los involucrados en el evento puedan reflexionar sobre la experiencia, discutir qué salió bien e identificar oportunidades de mejora.

Referencias:

Arimatsu, K. Wada, T. Yoshikawa et al., "An epidemiological study of work-related violence experienced by Physicians who graduated from a Medical School in Japan," Journal of Occupational Health, vol. 50, no. 4, pp. 357–361, 2008).

Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. The Journal of Emergency Medicine, Vol. 28, Issue 3. p 361-365. April 2005.

Baukje B et al, Monthly Incidence Rates of Abusive Encounters for Canadian Family Physicians by Patients and Their Families International Journal of Family Medicine 2010.

BLS. (2015) Bureau of Labor Statistics. U.S. Department of Labor: Table R3. Number of nonfatal occupational injuries and illnesses involving days away from work by industry and related sources of injury or illness, private industry, 2015. <https://www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/ostb4755.pdf>

BLS (2015) Bureau of Labor Statistics. U.S. Department of Labor Table R100. Incidence rates for nonfatal occupational injuries and illnesses involving days away from work per 10,000 full-time workers by occupation and selected events or exposures leading to injury or illness, private industry, 2015. 2015 <https://www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/ostb4852.pdf>

BLS (2018). Bureau of Labor Statistics. U.S. Department of Labor. Workplace Violence in Healthcare, 2018 (Fact Sheet). <https://www.bls.gov/iif/oshwc/cfoi/workplace-violence-healthcare-2018.htm>.

British Medical Association. Health Policy and Economic Research Unit. Violence at work: the experience of UK doctors. October 2003.

Braga F; Prats M, Luna D; Melamud A; Flichtentrei D. Agresiones contra médicos. Intramed 22 de agosto de 2005.

Ciavaglia J. Hospitals reviewing security policies. Intelligencer 2005 Oct 2; Sect A:4.

Ciavaglia J St. Mary opens ER police room. Bucks County Courier Times 2005 Oct 15.

CPI Crisis Prevention Institute (2020) CPI's Top 10 De-Escalation Tips Revisited. October 12, 2020. Online:

Department of Health. Campaign to stop violence against staff working in the NHS: NHS Zero Tolerance Zone. Health Service Circular 1999/266, London.

Di Martino, V. (2002), La violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud – Estudio de casos por países: Brasil, Bulgaria, Líbano, Portugal, Sudáfrica, Tailandia, con un Estudio sobre Australia: Informe de síntesis; Ginebra: Programa conjunto OIT/CIE/OMS/ISP sobre La violencia laboral en el sector de la salud.

ECRI. Patient violence. Health Syst Risk Manage 2018 April 16. <https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/MenH2.aspx>

FEMEBA (2020). Violencia en el Ejercicio Profesional Resultados de la Encuesta a médicos de FEMEBA Tercera Edición noviembre 2020. [file:///C:/Users/Fabian/Desktop/VIOLENCIA%202022/violencia%20en%20el%20ejercicio%20profesional%202020%20.%20encuesta.%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Fabian/Desktop/VIOLENCIA%202022/violencia%20en%20el%20ejercicio%20profesional%202020%20.%20encuesta.%20(1).pdf)

Ferguson J, Leno-Gordon D. Dial 7788 "code grey—PIP3—male side" "this is the head nurse" [online]. 2010.

Gale C, Arroll B, and Coverdale J, "Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: oneyear prevalence," New Zealand Medical Journal, vol. 119, no. 1237, article U2050, 2006.

GAO (2016) Government Accountability Office. Workplace Safety and Health:Additional Efforts Needed to Help Protect Health Care Workers from Workplace Violence. Mar 17, 2016. Disponible en: <https://www.gao.gov/products/gao-16-11>

Girotti Blanco SV. Et al. Prevención y abordaje de la violencia sanitaria externa en el ámbito de la salud: guía práctica - 1.a ed. - La Plata: Fundación FEMEBA, 2018.

Hawryluk M. St. Joseph reaches agreement to stay open, congresswoman says. Houston Chronicle 2016 Jan 14. <http://www.houstonchronicle.com/news/houston-texas/houston/article/St-Joseph-reaches-agreement-to-stay-open-6759784.php>

Heslin KC, Elixhauser A, Steiner CA. Hospitalizations involving mental and substance use disorders among adults, 2012. HCUP statistical brief no. 191. 2015 Jun. Online: <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb191-Hospitalization-Mental-Substance-Use-Disorders-2012.jsp>

Hobbs, FDR. Fear of aggression at work among general practitioners who have suffered a previous episode of aggression. British Journal of General Practice, 50: 6-9. 1994.

Intramed, 2016. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. Intramed-Investigaciones.7 dic 2016. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=90131>

Joint Commission (2010, 2017) Preventing violence in the health care setting. Sentinel Event Alert 2010 Jun 3, (Addendum 2017) https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_45add.pdf

Joint Commission (2018) Physical and verbal violence against health care workers. Sentinel Event Alert https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_59_Workplace_violence_4_13_18_FINAL.pdf

Joint Commission (2021) Workplace Violence Prevention Standards. R3 Report. Issue 30, June 18, 2021 Disponible en: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/r3-reports/wpvp-r330_revised_06302021.pdf

Kim SC, Ideker K, Todicheeney-Mannes D. Usefulness of Aggressive Behaviour Risk Assessment tool for prospectively identifying violent patients in medical and surgical units. J Adv Nurs 2012 Feb;68(2):349-57.

Kling R, Corbière M, Milord R, Morrison JG, Craib K, Yassi A, Sidebottom C, Kidd C, Long V, Saunders S. Use of a violence risk assessment tool in an acute care hospital: effectiveness in identifying violent patients. AAOHN J 2006 Nov;54(11):481-7.

Lessons from a tragedy [online]. Healthc Risk Manag Rev 2013.

Malfante P. "El Sistema Interno de Asistencia (SIA) del Hospital Privado de Comunidad (HPC) de la Ciudad de Mar del Plata", Comunicación personal. Mayo 2022.

Magin PJ, Adams J, Ireland M, Heaney S, and Darab S, "After hours care—a qualitative study of GPs' perceptions of risk of violence and effect on service provision," Australian family physician, vol. 34, no. 1-2, pp. 91–92, 2005).

May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. J Emerg Nurs 2002 Feb;28(1):11-7.

Muñoz del Carpio-Toia A, Valdivia-Fernández B, Velasquez Lazo C et al. Violencia con tra médicos en hospitales de Arequipa, Perú 2016, Acta Med Peru. 2016;33(2):99-104).

Nordin, H. (1995), Fakta om vaold och hot I arbetet, Solna, Sistema de información sobre las lesiones en el trabajo, Consejo sueco de salud y seguridad en el trabajo.

OIT (2002). Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud e Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra, 2002.

OIT (2003) Organización Internacional del Trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla, Reunión de expertos para elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el trabajo en el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente (8-15 de octubre de 2003), Ginebra. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@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

Organización Médica Colegial de España Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos, 2017, http://www.cgcom.es/documentacion_agresiones.

OSHA (2004) Occupational Safety and Health Administration. U.S. Department of Labor. Guidelines for preventing workplace violence for healthcare & social service workers. 2004.

OSHA (2015) Occupational Safety and Health Administration. U.S. Department of Labor. "Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers". 2015
<https://www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf>

OSHA (2015) Occupational Safety and Health Administration U.S. Department of Labor: "Caring for our caregivers". 2015 Dec.
<https://www.osha.gov/Publications/OSHA3827.pdf>

Pestka EL, Hatteberg DA, Larson LA, Zwygart AM, Cox DL, Borgen EE Jr. Enhancing safety in behavioral emergency situations. Medsurg Nurs 2012 Nov-Dec;21(6):335-41.

Phillips JP. Workplace violence against health care workers in the United States. N Engl J Med 2016 Apr 28;374(17):1661-9.

Regulations.gov. Preventing workplace violence in health care. Docket ID OSHA-2016-0014. <https://www.regulations.gov/docket?D=OSHA-2016-0014>

SMU. Sindicato Médico de Uruguay. Manual Frente a agresiones a los profesionales de la salud. 11 de febrero de 2009. Accesible on line <http://www.smu.org.uy/sindicales/comunicados/com-090211.htm>

Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M. Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. J Emerg Nurs 2014 May;40(3):218-28.

Stolovas N, Tomasina F, Fr Pucci F, Frantchez V, Pintos M. Rev Med Urug 2011; 27: 21-29.

South Carolina Department of Mental Health (SC DMH). The DMH telepsychiatry program. 2015 Dec 12 [cited 2017 Dec 1]. <http://www.state.sc.us/dmh/telepsychiatry/>

Villemur, Camila. El modelo ecológico para comprender el fenómeno social de la violencia. En "Prevención y abordaje de la violencia sanitaria externa en el ámbito de la salud: guía práctica" - 1.a ed. - La Plata: Fundación FEMEBA, 2018.

Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K: Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. Dtsch Arztebl Int 2015;

Apéndice

Estándares Joint Commission sobre prevención de violencia en el lugar de trabajo.

Dada la elevada incidencia de lesiones de trabajadores de la salud relacionada con la violencia y a su aumento constante durante la última década, partir del 1 de enero de 2022, se aplican normas nuevas y revisadas de prevención de la violencia en el lugar de trabajo a todos los hospitales acreditados por la Joint Commission en los Estados Unidos. Estos nuevos estándares proporcionan un marco para guiar a los hospitales en el desarrollo de sistemas eficaces de prevención de la violencia en el lugar de trabajo, incluyendo la supervisión de los líderes, las políticas y los procedimientos, los sistemas de información, las estrategias a seguir luego de los incidentes y la capacitación continua del personal para reducir la violencia en el lugar de trabajo.

El Glosario del manual de acreditación define ahora la violencia en el lugar de trabajo como:

"Un acto o amenaza que se produce en el lugar de trabajo que puede incluir cualquiera de las siguientes conductas: agresión verbal, no verbal, escrita o física; amenazas palabras o acciones intimidatorias, acosadoras o humillantes; intimidación; sabotaje; acoso sexual; agresiones físicas u otros comportamientos preocupantes que impliquen al personal, a los profesionales autorizados, a los pacientes o a los visitantes".

Estos nuevos estándares afectan los capítulos de "Entorno de Atención" (EC-Environment of Care), "Recursos Humanos" (HR-Human Resources), y "Liderazgo" (LD-Leadership).

Estándares del capítulo "Entorno de Atención".

Estándar EC.02.01.01: El hospital gestiona los riesgos de seguridad y protección:

Requisito	EP 17: El hospital realiza un análisis anual del lugar de trabajo en relación con su programa de prevención de la violencia. El hospital toma medidas para mitigar o resolver los riesgos de seguridad en el lugar de trabajo basándose en los resultados del análisis. (Véase también EC.04.01.01, EP 1) Nota: El análisis del lugar de trabajo incluye: la evaluación proactiva del lugar de trabajo, la investigación de los incidentes de violencia en el hospital, y el análisis acerca de cómo las políticas, los procedimientos, la capacitación y el diseño ambiental del programa reflejan las mejores prácticas y se ajustan a las leyes y reglamentos aplicables.
Racional	Un abordaje exitoso para evaluar la eficacia de un programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo requiere la realización de un análisis ambiental del lugar. Las modificaciones del entorno se implementarán a partir de los resultados del análisis. Como las mejores las mejores prácticas, las leyes y los reglamentos aplicables evolucionan constantemente, los hospitales también deben revisar las políticas y procedimientos del programa y la capacitación de su personal para que sean consistentes con las últimas recomendaciones

Estándar EC.04.01.01: El hospital recolecta información para monitorear las condiciones del entorno.

Requisito	EP 1: El hospital establece uno o varios procesos para supervisar, investigar e informar de manera continua lo siguiente: - Las lesiones sufridas por los pacientes u otras personas dentro de las instalaciones del hospital - Enfermedades profesionales y lesiones del personal - Incidentes de daños a su propiedad o a la de otros - Incidentes de seguridad que afecten a los pacientes, al personal o a otras personas dentro de sus instalaciones, incluidos los relacionados con la violencia en el lugar de trabajo - Derrames y exposiciones a materiales y residuos peligrosos - Problemas, deficiencias y fallos en la gestión de la seguridad contra incendios - Problemas de gestión, fallos y errores de uso de los equipos médicos o de laboratorio - Problemas, fallos o errores de uso en la gestión de los sistemas de servicios públicos Nota 1: Todos los incidentes y problemas enumerados anteriormente deben ser comunicados al personal de calidad, mejora u otras funciones, así como al responsable designado de la de la reducción de la violencia en el lugar de trabajo. También se puede compartir un resumen de dichos incidentes con la persona designada para coordinar las actividades de gestión de la seguridad. Nota 2: La revisión de los informes de incidentes a menudo requiere que se sigan procesos legales para preservar la confidencialidad. Las oportunidades para mejorar la atención, el tratamiento, los servicios, o para prevenir incidentes similares, no se pierden por seguir el proceso legal. (Véase también EC.02.01.01, EP 17) EP 6: Basándose en su(s) proceso(s), el hospital informa e investiga lo siguiente: incidentes de seguridad que afecten a los pacientes, al personal o a otras personas dentro de sus instalaciones, incluyendo aquellos relacionados con la violencia en el lugar de trabajo.
-----------	--

Racional	El establecimiento de un proceso de recolección de datos mediante la supervisión, notificación e investigación de incidentes de violencia en el lugar de trabajo permite al hospital identificar factores de riesgo en las áreas vulnerables e implementar controles ambientales, capacitación y otras estrategias de mitigación. La recolección continua de datos puede identificar tendencias, patrones, lagunas en el programa y la eficacia del mismo. Se cree que el sub registro de los incidentes de violencia en el lugar de trabajo es un problema importante. A medida que más organizaciones adopten procesos estándar para la recolección y notificación de datos sobre incidentes de violencia en el lugar de trabajo, debería ser posible comparar el rendimiento de los de los programas de prevención de la violencia laboral para que los hospitales puedan así juzgar su eficacia y hacer modificaciones para reducir aún más los incidentes.
----------	---

Estándares del capítulo "Recursos Humanos".

Estándar HR.01.05.03: El personal participa en programas de capacitación y formación continua.

Requisito	EP 29: Como parte de su programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo, el hospital proporciona formación, educación y recursos (en el momento de la contratación, anualmente y siempre que se produzcan cambios en el programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo) a los directivos, al personal y a los profesionales autorizados. El hospital determina qué aspectos de la formación son apropiados para los individuos en función de sus funciones y responsabilidades. La formación, educación y los recursos abordan la prevención, la prevención, el reconocimiento, la respuesta y la denuncia de la violencia en el lugar de trabajo. El programa de capacitación incluye: : - Qué constituye violencia en el lugar de trabajo - Capacitación sobre las funciones y responsabilidades de la dirección, del personal clínico, del personal de seguridad y de las fuerzas de seguridad externas - Formación en técnicas de desescalada, de intervención no física, de técnicas de intervención física y de respuesta a incidentes de emergencia - El proceso de notificación de incidentes de violencia en el lugar de trabajo
Racional	El reconocimiento de lo que constituye la violencia en el lugar de trabajo comienza con la toma de conciencia de los diferentes tipos de actos físicos y no físicos y de las amenazas de violencia laboral. Además, la capacitación y el entrenamiento deben centrarse en las técnicas de desescalada e intervención ante incidentes de violencia en el lugar de trabajo. La incorporación de herramientas de prevención de la violencia y el fomento de un proceso de denuncia sencillo y accesible puede, en última instancia, reducir probabilidad de que el personal sanitario sea víctima de la violencia laboral.

Estándares del capítulo "Liderazgo"

Estándar LD.03.01.01: Los líderes crean y mantienen una cultura de seguridad y calidad en todo el hospital.

Requisito	EP 9: El hospital cuenta con un programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo dirigido por una persona designada y desarrollado por un equipo multidisciplinario que incluye lo siguiente: - Políticas y procedimientos para prevenir y responder a la violencia en el lugar de trabajo - Un proceso de notificación de incidentes para analizar los incidentes y las tendencias - Un proceso de seguimiento y apoyo a las víctimas y testigos afectados por la violencia si es necesario - Notificación de los incidentes de violencia laboral al órgano de gobierno
Racional	La identificación de una persona responsable del programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo de la organización establece líneas claras de responsabilidad. Además, contar con políticas y un proceso estandarizado para informar y hacer un seguimiento de los eventos o casi eventos disminuye la variación en el programa. La recolección de datos y las estructuras de notificación sencillas y accesibles demuestran compromiso de proporcionar un entorno de trabajo seguro y protegido. La notificación periódica de incidentes y tendencias al órgano de gobierno fomenta la transparencia y establece una mayor la responsabilidad del programa.