



# Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud

Carolina Travetto,<sup>1</sup> Nadia Daciuk,<sup>1</sup> Susana Fernández,<sup>1</sup> Patricia Ortiz,<sup>1</sup>  
Ricardo Mastandueno,<sup>2</sup> María Prats,<sup>2</sup> Daniel Flichtentrei<sup>2</sup> y Carlos Tajer<sup>3</sup>

## Forma de citar

Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(4):307-15.

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la frecuencia de agresiones al personal sanitario en una red social de profesionales de la salud y caracterizar aspectos que profundicen su comprensión y el desarrollo de estrategias de prevención.

**Métodos.** Se realizó una encuesta electrónica voluntaria y confidencial a través del sitio web IntraMed. Se analizó la frecuencia de agresiones verbales y físicas y su asociación con variables demográficas, ocupación, carrera, especialidad, eventuales consecuencias, percepción de inseguridad en el lugar de trabajo y propuestas para reducirla.

**Resultados.** Se analizaron 19 967 encuestas. En 13 323 (66,7%), se refirieron agresiones. El 11,3% de las agresiones fueron físicas. El 73,4% ocurrieron en instituciones públicas, principalmente en áreas de emergencia. Los desencadenantes más frecuentes fueron la demora en la atención y la carencia de recursos. Se informó, en los agresores, intoxicación por alcohol o drogas en 13,8%, estado mental alterado por otra causa o enfermedad psiquiátrica en 13,9%, y en 63% no se detectó alteración de las facultades mentales.

En 16,9% de los casos se informaron secuelas en los profesionales agredidos, en 7,9% secuelas físicas y en 28% de los lesionados suspensión temporaria de la actividad laboral. En 46,6% se refirió inseguridad en el lugar de trabajo y se sugirieron diversas medidas para reducirla, entre las que se destacó la educación comunitaria.

**Conclusiones.** La violencia verbal o física hacia el personal de la salud resultó frecuente, con la consecuencia de secuelas laborales, psíquicas e incluso físicas. La información aportada por este estudio podría utilizarse para desarrollar estrategias orientadas a su prevención y control.

## Palabras clave

Agresión, violencia, agotamiento profesional, condiciones de trabajo, riesgos laborales.

La violencia hacia los profesionales del ámbito de la salud genera creciente alarma. Estimar su verdadera dimensión

es complejo, dado que la gran mayoría de estos eventos no se registran e incluso los más graves no suelen informarse a las autoridades (1). Su frecuencia es variable en las publicaciones, en parte por las definiciones de violencia utilizadas y las poblaciones evaluadas (2-9).

Se conoce el efecto nocivo que situaciones como estas ocasionan en la voluntad y en la salud del personal sanitario,

y se han descrito cuadros clínicos graves precipitados por el trabajo en entornos desfavorables, con un clima psicológico de violencia y agresividad (10, 11). Asimismo, el impacto de este fenómeno sobre los trabajadores se ha relacionado con experiencias de estrés negativo, con disminución de la productividad y de la calidad del cuidado del paciente (2, 12).

<sup>1</sup> Instituto Grupo de Estudio, Docencia e Investigación Clínica (GEDIC). Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup> Sitio web IntraMed, portal exclusivo para la comunidad médica (www.intramed.net). La correspondencia se debe dirigir a Daniel Flichtentrei. Correo electrónico: aflichten@gmail.com

<sup>3</sup> Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce "Dr. Néstor Carlos Kirchner" SAMIC. Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina.

Dado que en países latinoamericanos de habla hispana existe escasa información sobre la incidencia y las características de esta problemática, el propósito de este estudio es determinar la frecuencia de agresiones al personal sanitario en una red social de profesionales de la salud cuyo ámbito de influencia es predominantemente latinoamérica-hispano parlante, y caracterizar aspectos que profundicen su comprensión, con la expectativa de que la información obtenida permita reflexionar sobre eventuales estrategias que permitan prevenir y afrontar esta problemática.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de corte transversal, a través de una encuesta electrónica optativa (ver Anexo 1), ofrecida a todos los usuarios registrados en el sitio IntraMed ([www.intramed.net](http://www.intramed.net)) a su ingreso en la página, entre el 3 de junio y el 17 de diciembre de 2013. El formato fue el de un cuestionario estructurado y autoadministrable. Las características sociodemográficas de los participantes se obtuvieron de la base de datos de usuarios registrados en el sitio web. Se solicitó el consentimiento en una página previa, donde se aclaraba la confidencialidad de los datos y el objetivo científico de la información. Para preservar la confidencialidad de los datos, el sistema generó una nueva base en la que se agruparon los datos demográficos obtenidos de su banco previo con las respuestas de la encuesta. Esta nueva base se anonimizó así en forma irreversible, con lo cual se evita todo conflicto de confidencialidad.

Se consideraron criterios de exclusión para el análisis: ocupación estudiantes, edad menor a 25 años y registros con datos incompletos o incorrectos. Los estudiantes y los menores de 25 años se excluyeron del análisis porque este se restringió a profesionales de la salud con grado universitario completo, que ejerzan o hayan ejercido la profesión. Respecto al tercer criterio, se excluyeron los registros con datos incompletos y aquellos en los que la variable "Edad" presentaba valores extremos (< 15 o > 100 años), sugestivos de error en los datos disponibles. La frecuencia de agresiones del grupo excluido por el criterio "Estudiantes" (4 796) o "Edad menor a 25 años" (104) fue significativamente inferior a la de la población analizada en esta publicación (41,7% versus 66,7%;

*odds ratio* [OR] 0,35; intervalo de confianza de 95% [IC 95%] 0,33–0,38;  $P < 0,01$ ) y no es objetivo de la exploración de esta investigación.

Se analizaron variables demográficas y distribución de agresiones según la ocupación, la carrera y la especialidad. Se realizó un análisis descriptivo de los episodios y se evaluó la percepción subjetiva de los trabajadores en relación con la inseguridad en su lugar de trabajo, así como propuestas para reducirla. La edad se analizó como variable continua y, dada su particular asociación con el informe de agresiones, se dividió en subgrupos utilizando intervalos de diez años con un último grupo mayor o igual que 65 años. Las especialidades médicas se agruparon en seis categorías: "Medicina General y afines", "Especialidades Clínicas", "Especialidades Quirúrgicas", "Pediatria", "Emergencias/UCI" (unidad de cuidados intensivos) y "Otras" (ver Anexo 2). La especialidad "Emergencias/UCI" se analizó como categoría independiente debido a su asociación con mayor frecuencia de agresiones informada en estudios previos (5–8). El criterio empleado para seleccionar cada categoría fue conformar grupos relativamente homogéneos en cuanto al nivel de exposición, teniendo en cuenta el área de desempeño y el tipo de trabajo que desarrollan los profesionales según su antigüedad en el ejercicio de la profesión.

## Análisis estadístico

Las variables continuas se informan como mediana y rango intercuartilo (RIC), y las variables categóricas como frecuencia o porcentaje. El análisis de la asociación entre las variables discretas se realizó utilizando tablas de contingencia, considerando como error alfa un valor de  $P < 0,05$  para establecer significación estadística. La asociación entre variables se expresó como *odds ratio* con su IC 95%. Se prefirió OR en lugar de razón de prevalencias o riesgo relativo para uniformar la expresión dado que los análisis de regresión logística utilizados para la asociación entre reporte de agresiones y países informan solo OR. El análisis comparativo entre grupos de las variables continuas se efectuó con métodos no paramétricos. Se calculó el chi de tendencias para evaluar la distribución de agresiones según grupos etarios. Se aplicó la correlación de

Spearman para valorar si existe vinculación entre la frecuencia de agresiones y las tasas de homicidios dolosos/100 000 habitantes por país (13). Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para comparar la frecuencia de agresiones según el país de procedencia, utilizando como variable dummy el país Argentina y excluyendo del análisis los países cuya cantidad de encuestas fue menor que 100. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa EpiInfo®, versiones 3.5.3 ó 7.0.9.34 de los CDC (Centros de Prevención y Control de Enfermedades).

## RESULTADOS

Se completaron un total de 25 056 encuestas, de las cuales se excluyeron 5 089, por lo que el análisis se efectuó sobre un total de 19 967 encuestados (figura 1).

### Características de la población

El 54,8% de los encuestados fueron de sexo femenino. La mediana de edad fue 44 años (RIC 35-55) e inferior en las mujeres (41 RIC 33-51 versus 48 RIC 37-58;  $P < 0,01$ ) (figura 2).

Se observó una amplia representación de países latinoamericanos de habla hispana, que comprendió 98,7% de los encuestados. Los países con mayor participación fueron Argentina ( $n = 11 247$ ; 56,3%), México ( $n = 3 149$ ; 15,8%) y Ecuador ( $n = 1 007$ ; 5%), que en conjunto comprenden 77,1% de la muestra (figura 3).

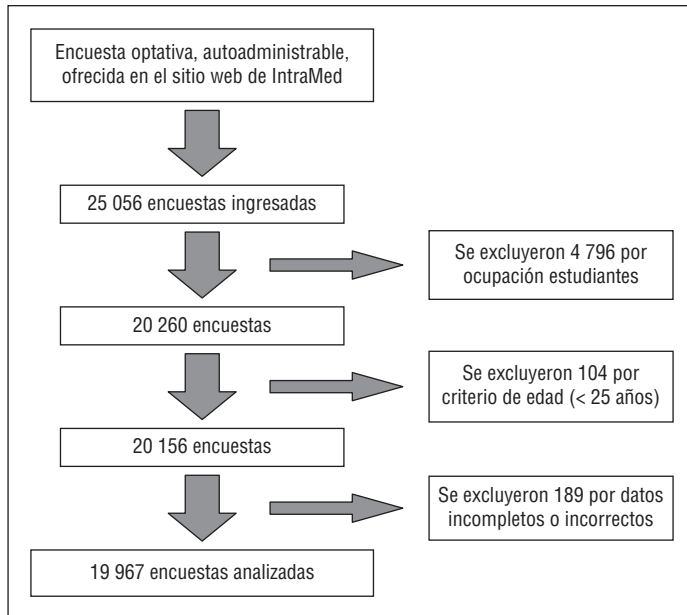
De los trabajadores del ámbito de la salud que participaron en esta encuesta, 15 922 (79,7%) refirieron ser médicos, 1 160 (5,8%) odontólogos y 1 144 (5,7%) enfermeros, con una frecuencia menor que 5% para el resto de las ocupaciones. De los médicos, las especialidades referidas con mayor frecuencia fueron medicina general ( $n = 3 877$ ; 24,3%), pediatría ( $n = 2 674$ ; 16,8%), clínica médica ( $n = 1 701$ ; 10,7%) y medicina familiar ( $n = 957$ ; 6%), con mayor frecuencia de especialidades vinculadas a medicina general ( $n = 4 834$ ; 30,4%) y clínica médica ( $n = 4 404$ ; 27,7%).

### Informe de agresiones

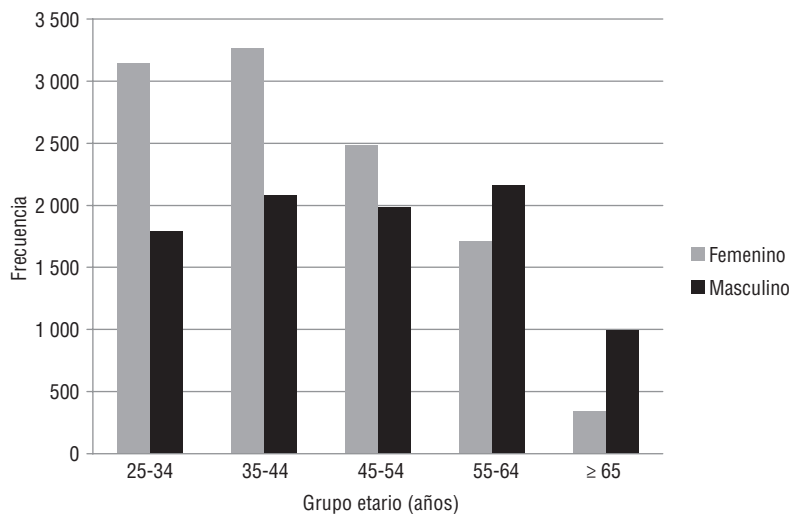
De 19 967 encuestas analizadas, en 13 323 (66,7%) se informó haber recibido algún tipo de agresión en el último año.

La mediana de edad de los agredidos fue significativamente menor que la de

**FIGURA 1. Flujograma de selección de las encuestas administradas a profesionales de la salud en la red social IntraMed desde el 3 de junio hasta el 17 de diciembre de 2013 para el análisis según los criterios de exclusión**



**FIGURA 2. Distribución según edad y sexo de los profesionales de la salud encuestados entre el 3 de junio y el 17 de diciembre de 2013 en la red social IntraMed**



los no agredidos (42 RIC 34–53 versus 47 RIC 36–58;  $P < 0,01$ ). Se observó mayor frecuencia de agresiones en los grupos etarios de 25–34 años y 35–44 años en relación con el resto (chi de tendencia lineal = 278,4;  $P < 0,01$ ), sin diferencias en la distribución por sexo entre agredidos y no agredidos ( $P = 0,08$ ) (figura 4).

El análisis de regresión logística tomó como referencia la frecuencia de agresiones informadas en la Argentina.

En comparación, los participantes de Colombia (OR 1,46; IC95% 1,24–1,73;  $P < 0,01$ ) y Paraguay (OR 2,07; IC95% 1,35–3,18;  $P < 0,01$ ) informaron agresiones con mayor frecuencia, mientras que los de España (OR 0,36; IC95% 0,27–0,47;  $P < 0,01$ ), México (OR 0,64; IC95% 0,59–0,69;  $P < 0,01$ ), Perú (OR 0,8; IC95% 0,69–0,93;  $P < 0,01$ ) y Uruguay (OR 0,66; IC95% 0,52–0,83;  $P < 0,01$ ) tuvieron menor frecuencia. No existió correlación

entre el porcentaje de agresiones informadas por país y las tasas de homicidios dolosos cada 100 000 habitantes ( $r = 0,38$ ;  $P = 0,14$ ).

Entre los médicos, 71,3% informó haber recibido algún tipo de agresión, en un porcentaje muy similar al de los enfermeros (71,6%). El resto de las ocupaciones informó tasas menores. Agrupando a los médicos por especialidades, el porcentaje de agredidos fue muy similar entre medicina general, especialidades clínicas, quirúrgicas y pediatría, y varió entre 71,1% y 72,1%, mientras que los profesionales del área de emergencias o cuidados críticos presentaron un porcentaje superior 79,9% (OR 1,62; IC95% 1,31–2,00;  $P < 0,01$ ), y aquellos agrupados en Otras, un porcentaje inferior, 64,8% (OR 0,72; IC95% 0,64–0,81;  $P < 0,01$ ). Las características de las agresiones y de los agresores se resumen en el cuadro 1.<sup>4</sup>

### Análisis comparativo entre agresiones físicas y verbales

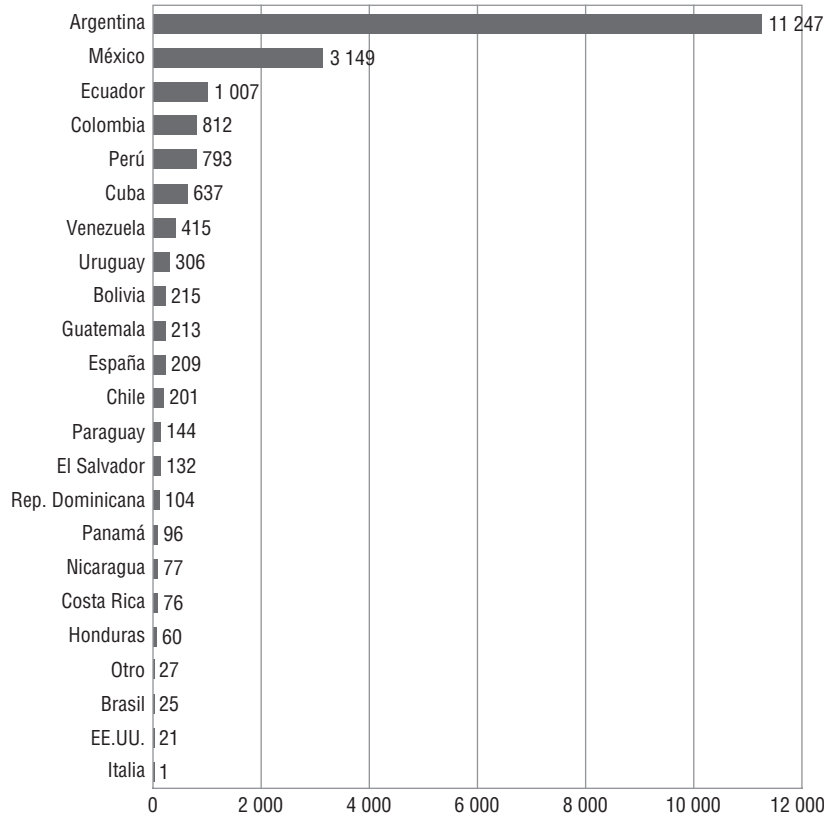
Entre los factores que aumentaron de manera significativa el riesgo de sufrir agresión física se encuentran el desarrollo de actividades en el ámbito de emergencias (OR 2,09; IC95% 1,87–2,34;  $P < 0,01$ ), la comunicación de fallecimientos (OR 2,41; IC95% 2,07–2,81;  $P < 0,01$ ), que el agresor se encuentre intoxicado o con estado mental alterado (OR 2,63; IC95% 2,36–2,94;  $P < 0,01$ ), o que la agresión se produzca estando acompañado (OR 1,8; IC95% 1,61–2,02;  $P < 0,01$ ). Llamativamente, no se observaron diferencias significativas en el riesgo de sufrir agresiones físicas de acuerdo con la presencia o ausencia de personal de seguridad (OR 0,97; IC95% 0,87–1,09;  $P = 0,66$ ). Las agresiones físicas se asociaron significativamente con un mayor riesgo de presentar secuelas como consecuencia de la agresión en comparación con las agresiones verbales (OR 2,41; IC95% 2,13–2,72;  $P < 0,01$ ).

### Percepción de inseguridad en el lugar de trabajo y estrategias propuestas para reducirla

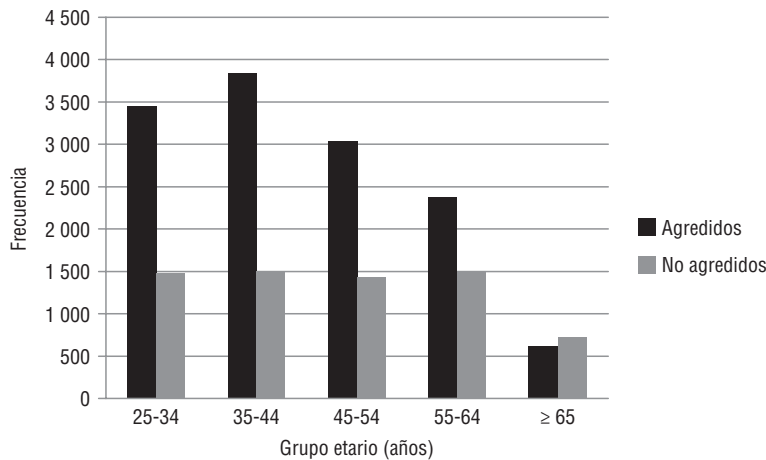
El 62,4% de los encuestados señaló contar con personal de seguridad en su

<sup>4</sup> Por el formato de la encuesta, era posible señalar más de una opción en todas las preguntas de opciones múltiples, motivo por el cual la suma de los porcentajes puede exceder el 100%.

**FIGURA 3. Distribución según el país de procedencia de los profesionales de la salud encuestados entre el 3 de junio y el 17 de diciembre de 2013 en la red social IntraMed**



**FIGURA 4. Distribución por grupos etarios en agredidos y no agredidos de los profesionales de la salud encuestados entre el 3 de junio y el 17 de diciembre de 2013 en la red social IntraMed**



lugar de trabajo. Sin embargo, 46,6% refirió sentirse inseguro en la actualidad. A estos últimos se los indagó acerca de distintas estrategias que podrían emplearse para reducir la inseguridad, siendo la opción más seleccionada la realización de campañas de educación masiva (69,9%). El 43,4% y 32,1% sugirieron

aumentar la presencia policial o de personal de seguridad privada, respectivamente, siendo esta la primera opción más frecuente entre los que recibieron agresiones físicas (OR 1,78; IC95% 1,55–2,06;  $P < 0,01$ ). Estos últimos también señalaron con mayor frecuencia las opciones de atender acompañado por colegas

(OR 1,2; IC95% 1,01–1,42;  $P = 0,02$ ), instalar más cámaras de seguridad (OR 1,27; IC95% 1,1–1,47;  $P < 0,01$ ), instalar dispositivos antipánico (OR 1,95; IC95% 1,65–2,34;  $P < 0,01$ ), atender con las puertas abiertas (OR 1,31; IC95% 1,03–1,66;  $P = 0,01$ ) y no permitir el ingreso de familiares (OR 1,43; IC95% 1,22–1,68;  $P < 0,01$ ).

## DISCUSIÓN

Desde hace muchos años, numerosas publicaciones dan cuenta de las agresiones al personal sanitario como un problema creciente y extendido (2–7, 14–16). Si bien el fenómeno es prácticamente universal (5–8, 10, 14–18), sus causas estructurales, desencadenantes, modalidades, escenarios y circunstancias se ven influenciados por el contexto social (16). Los informes involucran a varios grupos de profesionales de la salud: médicos (19), enfermeros (7, 12, 19), farmacéuticos (20) y personal administrativo (19), entre otros. La adopción de medidas preventivas debería adquirir racionalidad a través de un conocimiento pormenorizado de la situación.

## Prevalencia y gravedad del problema

Según nuestros resultados, 13 323 personas (66,7% de la muestra) informaron haber recibido algún tipo de agresión en sus lugares de trabajo en el último año. Los datos actuales muestran un incremento significativo del informe de agresiones respecto de nuestra encuesta anterior del año 2006 (21), en la que el porcentaje fue de 54,6%. El 40% de los agredidos refirieron haberlo sido en tres o más oportunidades. En este relevamiento registramos un incremento de las agresiones físicas respecto de nuestro estudio anterior (21), en el que esta categoría de agresión fue de 2,2% y alcanza ahora la alarmante cifra de 11,3%, es decir que uno de cada diez profesionales agredidos recibió una agresión física. Las tasas de agresiones físicas informadas en la bibliografía internacional son muy dispares y van de 3% a 65% (1, 5–10, 17, 22–24).

Las secuelas físicas o psíquicas que sufren los profesionales agredidos, 16,9% en nuestra investigación, los obligaron a suspender sus tareas hasta en 28,2% de los casos. Estas consecuencias fueron mayores cuando la agresión fue física que cuando fue verbal (OR 2,41; IC95% 2,13–2,72;  $P < 0,01$ ).

**CUADRO 1. Características y consecuencia de las agresiones<sup>a</sup>**

Características y consecuencias de las agresiones	Frecuencia	%
Número de agresiones recibidas en el último año		
1	4 685	35,2
2	3 261	24,5
3	1 219	9,1
> 3	4 158	31,2
Tipo de agresión recibida		
Verbal de paciente	8 065	60,5
Verbal de familiar	10 017	75,2
Física de paciente	953	7,2
Física de familiar	699	5,2
Ámbito donde se produjo la agresión		
Privado	3 548	26,6
Público	8 362	62,8
Ambos	1 413	10,6
Contexto donde se produjo la agresión		
Área de emergencias	6 110	45,9
Área de internación	3 756	28,2
Área de atención ambulatoria	5 236	39,3
Otro	1 641	12,3
Desencadenante		
Demora en la atención	5 890	44,2
Carencia de recursos para resolver un problema médico	4 479	33,6
Dando un informe médico	3 753	28,2
En ocasión de comunicar un fallecimiento	1 140	8,6
Otros	4 580	34,4
Cantidad de agresores		
Persona individual	12 014	90,2
Grupo de personas	2 574	19,3
Estado mental del agresor		
Intoxicado (alcohol o drogas)	1 835	13,8
Estado mental alterado/enfermedad psiquiátrica	1 849	13,9
Ninguno de los anteriores	8 395	63,0
Otros	3 212	24,1
Situación		
Solo	7 736	58,1
Acompañado por colegas	5 745	43,1
Otras	1 423	10,3
Respuesta del personal a la agresión		
Insultando o agrediendo al agresor	173	1,4
Controlando la situación mediante el diálogo	9 347	70,2
Avisando a otros trabajadores y/o al servicio de seguridad	3 731	28,0
Estableciendo distancia de seguridad	3 833	28,8
Abandonando el lugar de los hechos	1 255	9,2
Interrumpiendo la consulta o actividad asistencial	1 899	14,3
Otras	1 020	7,7
Presentó lesión o secuela como consecuencia de la agresión		
Sí	2 255	16,9
Tipo de lesión o secuela <sup>b</sup>		
Física	178	7,9
Mental (incluye síndrome de <i>burn out</i> , estrés postraumático, neurosis de ansiedad u otras)	2 077	92,1
Debió suspender sus actividades como consecuencia de la lesión <sup>b</sup>		
Sí	635	28,2
Hay personal de seguridad en su lugar de trabajo		
Sí	8 315	62,4
Se siente inseguro actualmente		
Sí	6 203	46,6

<sup>a</sup> Por el formato de la encuesta era posible señalar más de una opción en todas las preguntas de opciones múltiples, motivo por el cual la suma de los porcentajes puede exceder el 100%.

<sup>b</sup> Porcentajes sobre el total de lesionados ( $n = 2 255$ ).

La primera conclusión a la que podemos arribar es que la agresión hacia los profesionales de la salud en países latinoamericanos de habla hispana es un problema frecuente y grave, que requiere medidas inmediatas para su resolución.

### Agresiones y edad de los profesionales

Entre las profesiones analizadas, los médicos y los enfermeros fueron los que recibieron más agresiones, y la mayor frecuencia se registró en profesionales de menor edad, de 25–34 años y 35–44 años. Su mayor frecuencia en estos grupos etarios podría atribuirse a causas variadas, entre ellas, la mayor exposición por trabajar en áreas de emergencias, escenarios de alto riesgo. También podría especularse sobre otras razones que no pueden elucidarse en este trabajo, como la adquisición de mejores herramientas de comunicación por parte del personal con más años de experiencia en su tarea.

Los profesionales asociaron las agresiones a las circunstancias de brindar un informe médico (28,2%) y a la comunicación de fallecimientos (8,6%). En función de estos hallazgos, consideramos oportuno desarrollar intervenciones educativas tendientes a incrementar las habilidades y las competencias comunicacionales (estrategias de afrontamiento) de los profesionales de la salud (25), así como intervenciones breves de entrenamiento en comunicación de malas noticias (26, 27), lo que ha demostrado atenuar, de forma parcial, la gravedad del problema.

### Áreas de mayor riesgo

De los profesionales médicos, los que se desempeñan en el área de emergencias o cuidados críticos presentaron una tasa mayor de agresiones respecto de otras especialidades. Esta característica se repite en varios estudios previos (1, 7, 8, 11, 21, 22, 28), lo que señala a estas áreas de asistencia como aquellas en las que la exposición al riesgo resulta mayor. Este dato merece considerarse para tomar medidas de protección específicas.

Según los datos obtenidos, las instituciones públicas fueron el escenario de la mayoría de los episodios de agresión, en particular, las áreas de emergencias o atención ambulatoria. El caso más frecuente fue que el agredido se encontraba solo y que se contaba con personal de



seguridad. Estos dos datos refuerzan la hipótesis de que la atención en escenarios de riesgo debería realizarse en grupos de dos o más personas y de que la mera presencia de personal de seguridad en el lugar no garantiza que no se produzca la agresión.

### **Circunstancias desencadenantes y el sistema de salud**

Las circunstancias desencadenantes más frecuentes fueron la demora en la atención (44,2%), la carencia de recursos (33,6%), los informes médicos (28,2%) y la comunicación de fallecimientos (8,6%). Las primeras dos reflejan aspectos deficitarios del sistema de atención. La demora en la atención es un problema grave, en particular en sectores de emergencia, y refleja problemas de organización y disponibilidad de personal necesario y debidamente calificado. La carencia de recursos expresa también en forma dramática las fragilidades del sistema de atención de salud. En este aspecto, consideramos prioritario el desarrollo de medidas dirigidas a mejorar la asistencia en tiempo y calidad, no solo para reducir la alarmante tasa de agresiones al personal de salud, sino también para el cuidado de los pacientes.

### **Particularidades de los agresores**

Al contrario de lo que suele suponerse o a ciertos informes de la bibliografía respecto del estado mental de los agresores (29, 30), en nuestra serie, en la mayoría de los casos, la persona se encontraba en uso de sus facultades mentales y solo en un porcentaje menor actuó bajo efectos de tóxicos o presentaba alteraciones psiquiátricas. Esta información ayuda a trazar un perfil de riesgo para identificar al agresor, que refuta algunos prejuicios instalados y alerta al personal expuesto. Refuerza así la importancia de los conceptos desarrollados antes sobre las condiciones en que se efectúa la asistencia en los países latinoamericanos, que lleva a pacientes y familiares a verse involucrados en situaciones de violencia. Sin embargo, debe considerarse que en determinados contextos, reflejados aquí por 14% de agresiones por personas con estado mental alterado o alcoholizadas, son imprescindibles, además, medidas de seguridad y protección. No cabe duda de que la disminución de la marginalidad y las adiciones ayudará a reducir estas

circunstancias, aunque esto no es excusa para demorar la adopción de medidas eficaces y estructuradas con sistemas de seguridad para el trabajo, en particular, en sectores de emergencia.

### **Respuestas frente a las agresiones**

En general, la respuesta del personal agredido fue espontánea y orientada a restablecer el diálogo con el agresor, pero en 28% de los casos requirió la asistencia de colegas o del personal de seguridad. Las características de la organización (microsistemas y mesosistemas) influyen en la forma en que los profesionales responden ante una agresión (31), por lo cual consideramos que sería deseable contar con protocolos institucionales que guíen la actitud de la persona agredida de manera sistemática, para disminuir las consecuencias indeseadas.

### **Recomendaciones de los profesionales para mejorar la seguridad en el trabajo**

Otro aspecto que merece destacarse de nuestro trabajo es que la población de profesionales consultados considera este tema como una preocupación personal. El 46,6% declara sentirse inseguro en su lugar de trabajo, incluso cuando la institución cuenta con personal de seguridad. Al ser consultados acerca de eventuales propuestas que pudieran colaborar a resolver esta situación, la mayoría (69,9%) creen que la educación comunitaria sería un medio idóneo para lograrlo. En frecuencias decrecientes se mencionaron: presencia policial (43,4%) o de seguridad privada (32,1%), atención grupal, cámaras de seguridad, dispositivos antipánico, atención con puertas abiertas o prohibición del ingreso de familiares de los pacientes. En el cuestionario sobre posibles medidas para reducir el problema, se interrogó solo sobre aspectos técnicos de seguridad institucionales, con una sola pregunta referida a educación comunitaria que fue llamativamente la seleccionada en primer orden.

### **Limitaciones**

Entre las posibles limitaciones de esta investigación puede mencionarse que se trata de una encuesta de autoinforme y no de un registro documental de casos. El informe espontáneo también podría facilitar un sesgo hacia la

mayor voluntad de responder entre aquellos que hayan sufrido algún tipo de agresión respecto de quienes no la hayan padecido, lo que no puede dejar de tenerse en cuenta para valorar el significado real de los datos obtenidos. El desarrollo de actividades en instituciones públicas o privadas no se indagó en el subgrupo de encuestados que no sufrieron agresiones, por lo que la mayor frecuencia de agresiones en el ámbito público debe corroborarse con los resultados de otros estudios. Una de las limitaciones de nuestro relevamiento es no haber interrogado a los participantes sobre otros planos de acción preventiva o comunitaria.

### **Conclusiones**

Los resultados muestran, en primera instancia, que las agresiones al personal de salud en países latinoamericanos de habla hispana constituyen un problema frecuente que genera secuelas emocionales y laborales, y causan una percepción de inseguridad en el lugar de trabajo en los profesionales sanitarios. El problema adquiere dimensiones de gravedad no solo porque expone a miles de personas a ser víctimas de agresiones, sino porque viola derechos fundamentales de seguridad en el lugar de trabajo y porque sus secuelas alteran la calidad del servicio prestado y afectan de este modo a la salud pública de toda la población.

Los profesionales participantes recomiendan una serie de acciones relacionadas con la seguridad institucional que pueden contemplarse como punto de partida. No cabe duda de la necesidad de implementar medidas inmediatas para garantizar la seguridad de los profesionales, y de que estas son factibles.

El contexto atribuido a demoras en la atención y carencia de recursos resalta que las agresiones reflejan carencias profundas en el sistema de atención médica. Es crucial que las autoridades sanitarias concentren una parte de su esfuerzo en mejorar el sistema de atención de emergencias y que provean más personal y recursos para estas áreas críticas.

El hecho de que un gran número de agresiones se haya producido durante la comunicación de fallecimientos o de informes médicos resalta la necesidad de mejorar la formación de los profesionales en la comunicación de la información médica y, en particular, de malas noticias. Esto, por supuesto, no es solo

una cuestión educativa, sino que también se relaciona con el contexto del accionar médico y la percepción de carencia de recursos o inadecuada atención previa. La reacción frente a las agresiones fue muy heterogénea y reflejó la falta de formación y entrenamiento para esas circunstancias. Sería deseable establecer un diálogo sobre temas de salud con la población e instrumentar rápidamente medidas de entrenamiento comunicacional y de respuesta

a situaciones complejas adecuadas al contexto.

El estudio provee un amplio panorama de la violencia contra los trabajadores de la salud en países latinoamericanos de habla hispana. La información obtenida podría ayudar al diagnóstico de situación sobre agresiones al personal de salud y al diseño de políticas de prevención y de reducción del daño. Es nuestra esperanza que este trabajo contribuya a que, de manera urgente y activa, se inter-

venga racionalmente para controlar una situación que, por su propia naturaleza, no admite dilaciones.

**Conflictos de interés.** Ninguno declarado por los autores.

**Declaración.** Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH y/o de la OPS.

## REFERENCIAS

- Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. Prospective study of violence against ED workers. *Am J Emerg Med.* 2013;31(1):197-205.
- Zahid MA, al-Sahlawi KS, Shahid AA, al-Ajmi MT, Awadh JA. Violence toward doctors: prevalence and effects. *Hosp Med.* 1999;60(6):414-8.
- Kmietowicz Z. Half of doctors experience violence or abuse from patients. *BMJ.* 2003;327(7420):889.
- Bayman PA, Hussain T. Receptionists' perceptions of violence in general practice. *Occup Med.* 2007;57(7):492-8.
- Gerberich S, Church T, McGovern P, Hansen H, Nachreiner N, Geisser M, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med.* 2004;61(6):495-503.
- Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casaldó Y, Rueda MA. Aggression towards health care workers in Spain: A multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health.* 2009;15(1):29-35.
- Pinar R, Ucmak F. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *J Clin Nurs.* 2011;20(3-4):510-7.
- Ryan D, Maguire J. Aggression and violence-a problem in Irish Accident and Emergency departments? *J Nurs Manag.* 2006;14(2):106-15.
- Koritsas S, Coles J, Boyle M, Stanley J. Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2007;57(545):967-70.
- Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Serv Res.* 2005;5:54.
- Zahid MA, Al-Sahlawi KS, Shahid AA, Awadh JA, Abu-Shammah H. Violence against doctors: 2. Effects of violence on doctors working in accident and emergency departments. *Eur J Emerg Med.* 1999;6(4):305-9.
- Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ.* 2011;29(2):59-66.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Global Study on Homicide. United Nations. 2013;14(1).
- Bureau of Labor Statistics (BLS). Violence in the workplace comes under closer scrutiny. Issues in labor statistics. Washington, D.C.: U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 1994.
- Budd T. Violence at work: Findings from the British crime survey. London: Health and Safety Executive; 1999.
- Cooper C, Swanson N. Workplace violence in the health sector. State of art. Geneva: International Labour Office/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services International Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2002.
- Di Martino V. Workplace violence in the health sector - Country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study): synthesis report. Geneva: International Labour Office/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services International Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2002.
- Saarela KL, Isotalus N. Workplace violence in Finland: high-risk groups and preventive strategies. *Am J Ind Med.* 1999;1:80-1.
- Herath P, Forrest L, McRae I, Parker R. Patient initiated aggression-prevalence and impact for general practice staff. *Aust Fam Physician.* 2011;40(6):415-8.
- Irwin A, Laing C, Mearns K. The impact of patient aggression on community pharmacists: a critical incident study. *Int J Pharm Pract.* 2013;21(1):20-7.
- Braga F, Prats M, Luna D, Melamud A, Flichtentrei D. Agresiones contra médicos. 2010. Disponible en: <http://www.intram-net/UserFiles/pdf/36397.pdf> Acceso el 14 de setiembre de 2014.
- Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs.* 2004;13(1):3-10.
- Forrest L, Parker R, Hegarty K, Tuschke H. Patient initiated aggression and violence in Australian general practice. *Aust Fam Physician.* 2010;9(5):323-6.
- Madden DJ, Lion JR, Penna MW. Assaults on psychiatrist by patients. *Am J Psychiatry.* 1976;133:422-5.
- Swain N, Gale C. A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: A pretest-posttest study. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(9):1241-5.
- Back AL, Curtis JR. Communicating bad news. *West J Med.* 2002;176(3):177-80.
- Costantini A, Baile WF, Lenzi R, Costantini M, Ziparo V, Marchetti P, et al. Overcoming cultural barriers to giving bad news: feasibility of training to promote truth-telling to cancer patients. *J Cancer Educ.* 2009;24(3):180-5.
- Henson B. Preventing interpersonal violence in emergency departments: practical applications of criminology theory. *Violence Vict.* 2010;25(4):553-65.
- Williamson R, Lauricella K, Browning A, Tierney E, Chen J, Joseph S, et al. Patient factors associated with incidents of aggression in a general inpatient setting. *J Clin Nurs.* 2014;23(7-8):1144-52.
- Daniel C, Gertz M, Elsom S, Knott J, Prematunga R, Virtue E. Feasibility and need for violence risk screening at triage: an exploration of clinical processes and public perceptions in one Australian emergency department. *Emerg Med J.* 2014. doi: 10.1136/emered-2013-202979.
- McCann TV, Baird J, Muir-Cochrane E. Factors influencing clinicians' attitudes about aggression in Australian acute old age psychiatry inpatient units: a cross sectional survey design. *Issues Ment Health Nurs.* 2014;35(7):542-50.

Manuscrito recibido el 23 de enero de 2015. Aceptado para publicación, tras revisión, el 8 de junio de 2015.

**ANEXO 1. Encuesta electrónica voluntaria y confidencial administrada a profesionales de la salud en la red social IntraMed entre el 3 de junio y el 17 de diciembre de 2013**

---

- 1) ¿Alguna vez ha sufrido usted agresiones como consecuencia de su tarea asistencial?  
Sí (si contesta Sí, se abre la pregunta 2).  
No (si contesta No, fin de la encuesta).
- 2) ¿En cuántas oportunidades ha recibido usted agresiones en su trabajo durante el último año?
  - a. Una única vez.
  - b. Dos veces.
  - c. Tres veces.
  - d. Más de tres veces.
- 3) ¿Qué tipo de agresiones ha sufrido? (Puede marcar más de una opción)
  - a. Verbales de pacientes.
  - b. Verbales de familiares.
  - c. Físicas de pacientes.
  - d. Físicas de familiares.
- 4) ¿En qué contexto se produjo la agresión? (Puede marcar más de una opción)
  - 4a. Institución
    1. Pública.
    2. Privada.
  - 4b. Lugar
    1. Emergencias.
    2. Internación.
    3. Ambulatorio.
    4. Otro.
  - 4c. Desencadenante
    1. Dando un informe médico.
    2. Por demora en la atención.
    3. En ocasión de comunicar un fallecimiento.
    4. Por carencia de recursos para resolver un problema médico.
    5. Otras.
  - 4d. Agresores
    1. Por una persona individual.
    2. Por un grupo de personas.
  - 4e. Estado
    1. Intoxicados (alcohol o drogas).
    2. Estado mental alterado (enfermedad psiquiátrica).
    3. Ninguna de las anteriores.
    4. Otras.
  - 4f. Situación
    1. Estaba usted solo.
    2. Estaba acompañado por colegas.
    3. Otras.
- 5) ¿Cómo respondió usted a la agresión recibida? (Puede marcar más de una opción)
  - a. Insultando, agrediendo al agresor.
  - b. Controlando la situación mediante el diálogo.
  - c. Avisando a otros trabajadores y/o al servicio de seguridad.
  - d. Estableciendo distancia de seguridad.
  - e. Abandonando el lugar de los hechos.
  - f. Interrumpiendo la consulta o actividad asistencial.
  - g. Otra.
- 6) Como consecuencia de la agresión recibida, ¿ha sufrido usted alguna lesión o secuela (física o psíquica)?  
Sí (si contesta Sí, abre las preguntas 7 y 8).  
No (pasa a la pregunta 9).
- 7) ¿Cuál fue la secuela o lesión que usted ha sufrido? (Puede marcar más de una opción)
  - a. Lesiones físicas.
  - b. Estrés postraumático.
  - c. Neurosis de ansiedad.
  - d. Síndrome de *burn out*.
  - e. Otros trastornos.
- 8) ¿Esto lo obligó a suspender temporariamente su actividad laboral?  
Sí.  
No.
- 9) ¿Hay en su lugar de trabajo personal de seguridad?  
Sí.  
No.

(Continúa)

---



**ANEXO 1. Continuación**

- 
- 10) ¿Se siente usted inseguro en su lugar de trabajo actualmente?  
Sí (si contesta Sí, pasa a la pregunta 10).  
No (fin de la encuesta).
- 11) ¿Cómo cree usted que podría controlarse la inseguridad en el lugar de trabajo médico? (Puede marcar más de una opción)
- Aumentando la presencia policial.
  - Aumentando la presencia de seguridad privada.
  - Atendiendo a los pacientes y/o familiares acompañado.
  - Instalando cámaras de vigilancia.
  - Dotando al personal de dispositivos antipánico.
  - Atendiendo a los pacientes con puertas abiertas.
  - No permitiendo el ingreso a familiares.
  - Realizando campañas de educación masivas.
- 

**ANEXO 2. Grupo y subgrupos de especialidades utilizados en la encuesta electrónica voluntaria y confidencial administrada a profesionales de la salud en la red social IntraMed entre el 3 de junio y el 17 de diciembre de 2013**

Grupo	Especialidad
Medicina general y afines	Medicina General, Medicina Familiar.
Especialidades clínicas	Alergología, Cardiología, Clínica Médica, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriátrica, Hematología, Infectología, Inmunología, Nefrología, Neumonología, Neurología, Nutrición, Oncología, Toxicología.
Especialidades quirúrgicas	Cirugía General, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Tocoginecología.
Pediatría	Pediatría.
Emergencias/UCI	Emergencias/UCI.

UCI: unidad de cuidados intensivos.

**Assaults on professionals in healthcare settings****ABSTRACT**

**Objective.** Determine the frequency of assaults on health workers and characterize aspects that deepen understanding and development of prevention strategies.

**Methods.** A voluntary and confidential electronic survey was conducted through the IntraMed website, a social network of health professionals. Frequency of verbal and physical assaults was analyzed along with their association with demographic variables, occupation, career, specialty, potential consequences, perception of insecurity in the workplace, and proposals to reduce them.

**Results.** A total of 19 967 surveys were analyzed, of which 13 323 (66.7%) described assaults. Assaults were physical in 11.3% of cases, and 73.4% occurred in public institutions, mainly in emergency areas. Delay in care and lack of resources were the most frequent triggers. Alcohol or drug intoxication was reported in 13.8% of aggressors, altered mental status from another cause or psychiatric illness in 13.9%, and no detected impairment of mental faculties in 63%.

Of professionals attacked, 16.9% reported sequelae, 7.9% of which were physical, and 28% were temporarily unable to work. Insecurity in the workplace was described by 46.6% of respondents, who suggested various measures to reduce it, chief among them, community education

**Conclusions.** Verbal and physical violence toward health workers was frequent, resulting in work-related, mental, and even physical sequelae. This study contributes information that could be used to develop strategies aimed at prevention and control of assaults.

**Key words**

Aggression; violence; burnout, professional; working conditions; occupational risks.