ANEXO I

GUIA DE INTERVENCION DESDE SALUD MENTAL OCUPACIONAL EN EL AMBITO DE DESEMPEÑO DE PROFESIONALES DEL SISTEMA DE RESIDENCIAS.

I. ASPECTOS GENERALES.

ARTÍCULO 1: AUTORIDAD DE APLICACIÓN: La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, a través de la Dirección General de Capacitación y Formación en Salud y de la Secretaría de Salud Mental

ARTÍCULO 2: ÁMBITO DE APLICACIÓN: Esta Guía de Actuación será de aplicación en el ámbito de las relaciones formativas del sector público de la Provincia de Córdoba.

ARTÍCULO 3: ALCANCE. Las reglas que se establecen en esta Guía de Actuación procuran establecer las medidas que deben ser adoptadas a los fines de generar acciones preventivas y de tratamiento de los problemas de salud mental en el ámbito de formación de los Residentes de las Instituciones públicas.

ARTICULO 4: OBJETO: La presente Guía de Actuación tiene por objeto determinar el procedimiento a seguir respecto a la implementación de acciones preventivas y asistenciales de los problemas de Salud Mental en el ámbito de formación de las Residencias de las instituciones formativas públicas, a los fines de evitar o disminuir el riesgo de presentar un trastorno de la salud mental de los Residentes y las situaciones críticas asociadas en la Institución por un lado, y por otro proteger la salud y la vida del Residentes, de quienes lo rodean en el ámbito de la Residencia y de los pacientes de las instituciones formativas donde se desempeñe, procurando la continuidad y reconducción del convenio de Beca de formación.

II. Introducción:

ARTICULO 5: A partir de la convocatoria al ingreso a las Residencias en Salud se establece la obligación de realizar a los Residentes adjudicatarios de las plazas un examen de salud que garantice las condiciones necesarias para el ejercicio de su especialidad.

Esta disposición legal plantea de entrada una cuestión que, aunque pueda parecer sencilla, no lo es tanto cuando hablamos de la salud mental.
Las características de los trastornos mentales pueden hacer difícil delimitar una línea clara sobre las aptitudes del candidato a especialista. Si bien puede ser muy conveniente establecer legalmente una garantía en el ejercicio de la profesión, se plantea la necesidad de determinar las herramientas prácticas y los criterios clínicos que permitan llevarla a cabo de una manera adecuada.

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JODAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

Nuestra aproximación a la salud mental del profesional nos lleva a abordar la cuestión teniendo en cuenta dos consideraciones previas: **la primera**, que la enfermedad mental requiere fundamentalmente un planteamiento integrador entre el individuo y su entorno y, en el caso que nos ocupa, del entorno laboral. **La segunda**, que más allá de los casos donde la existencia de una psicopatología determine la necesidad de una atención especializada, la salud mental de los profesionales es importante en términos de prevención y promoción de aptitudes personales y condiciones de trabajo que permitan un desarrollo profesional saludable.

La implicación de las instituciones sanitarias en la generación de estas condiciones laborales, formativas y su papel en la prevención y promoción de la salud de sus Residentes es fundamental. Desde estas dos vertientes se orienta el presente trabajo.

III. OBJETIVOS:

ARTICULO 6: Los objetivos de la Guía son:

A. Clarificar el marco legal y los procedimientos correspondientes en relación con la incorporación de los nuevos residentes y su adecuación a la plaza que han acreditado.

b. Consensuar las herramientas de exploración básica de la salud mental del Residente en los exámenes médicos preventivos que exige el marco legal.

C. Sensibilizar sobre la necesidad de tener un criterio integrador a la hora de detectar problemas de salud mental en el residente y orientar posibles itinerarios formativos y el desarrollo profesional.

D. Sensibilizar acerca de la necesidad de establecer, desde las unidades docentes, medidas de prevención y de promoción de la salud psico-afectiva de los residentes, de forma que sean en el futuro profesionales aptos para el ejercicio de la Salud, teniendo en cuenta los riesgos psicosociales que este ejercicio conlleva.

IV. MARCO LEGAL DE LAS RESIDENCIAS EN SALUD:

ARTICULO7: La formación especializada en ciencias de la salud tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, las técnicas, las habilidades y las actitudes propias de la especialidad correspondiente, En forma simultánea a la progresiva asunción por parte del interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la especialidad.

Dr. SERGIO M. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

Lic. PAULA FERNANDA JUDAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

De acuerdo **a su reglamentación**, la formación especializada se realiza por el sistema **de residencia** y se prevé que durante el periodo de formación se establezca una relación profesional especial entre el servicio de salud o el centro sanitario y el especialista en formación.

Esta relación formativa especial de la residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud, regula los aspectos reglamentarios de la relación entre los especialistas en formación y los centros.

ARTICULO 8: Antes de la formalización del convenio, cada residente debe someterse a un examen psicofísico para comprobar que no sufre ninguna enfermedad ni está afectado por ninguna limitación física o psíquica incompatible con las actividades profesionales que exige el correspondiente programa formativo de la especialidad elegida.

El convenio quedará sin efecto si, una vez completado todo el procedimiento previsto en la convocatoria, en virtud de la cual el residente obtuvo plaza, se resuelve la no superación del mencionado examen médico **(Capítulo III, pág.4 – Capítulo VIII, artículo 16, inciso D-E-F).**

ARTICULO 9: Sin embargo resulta necesario:

A. Motivar y especificar los objetivos y competencias profesionales que, de acuerdo con los programas formativos, el adjudicatario no podría adquirir como consecuencia de sus limitaciones físicas, psíquicas o funcionales,

B. Tramitar el expediente a la Dirección General de Capacitación, que dictará la resolución que corresponda, a la vista del dictamen médico, de los informes que considere necesarios y previa audiencia del interesado.

V. REALIZACION DEL EXAMEN APTO PSICOFISICO:

ARTICULO 10: El ingreso al Sistema de Residencias del Equipo de Salud será concretado una vez cumplimentado el requisito obligatorio de la obtención del apto psicofísico, el que luego de realizado, puede presentar tres instancias:

a. **Quien apruebe el Apto Psicofísico**, deberá presentarse a fin de formalizar su ingreso al Sistema, mediante la firma del Convenio correspondiente.
b. **Quien demuestre preexistencia de enfermedad y/o patología**, en su Apto Psicofísico y sin consecuencias para realizar el plan de formación, deberá presentarse a fin de formalizar su ingreso al Sistema, quedando registrado en su legajo personal, esta observación.

DR. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JUDAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

c. Que el resultado del **Apto Psicofísico, demuestre preexistencia de enfermedad y/o patología que por su importancia**, invalidará su incorporación al Programa de Formación.

Los profesionales serán notificados oportunamente, del lugar y fecha de dicho examen.-

VI. CONFIDENCIALIDAD:

ARTICULO 11: Debe quedar GARANTIZADA la confidencialidad en todas aquellas actuaciones que se lleven a cabo desde la unidad de salud del servicio de prevención de riesgos laborales.
Se hace referencia a la exigencia de mantener el derecho de confidencialidad de toda la información relacionada con el estado de salud de las personas sometidas a control de salud.

Los resultados no pueden ser utilizados en perjuicio del Residente y el acceso a la información médica de carácter personal quedará limitado al personal médico y las autoridades sanitarias, sin facilitarla a ninguna otra persona sin un consentimiento expreso del trabajador.

VII. LA ATENCION A LA SALUD MENTAL DEL MEDICO RESIDENTE

ARTICULO 12: Un estudio realizado recientemente por la fundación Galatea demuestra que los residentes de Cataluña presentan una elevada prevalencia de malestar psicológico, el cuál se sitúa aproximadamente en el 30%.

Esta cifra es concordante con la observada en otros estudios comparables, llevados a cabo entre residentes y médicos en ejercicio. En todos ellos, las cifras de malestar psicológico, medido con el cuestionario GHQ, van desde el 26% al 37%.

La prevención, detección y tratamiento de los problemas de salud mental en el ámbito que nos ocupa tiene su carácter multidimensional, interviniendo factores personales, organizacionales y socioculturales.

A esta complejidad se une el estigma que pesa sobre la enfermedad mental, causante entre otros factores, de que menos de una tercera parte de las personas con trastornos mentales (en la población general) reciba asistencia sanitaria. Lo mismo es válido para los grupos que nos convoca.

El abordaje de estos aspectos requiere por tanto, una perspectiva multidisciplinar, con aportes de la medicina del trabajo, la medicina de familia y comunitaria, la psiquiatría, la psicología, la sociología, la enfermería y el trabajo social.

Dr. SERGIO Y. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JUBAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

VIII. Detección de los Problemas de Salud Mental

ARTICULO 13: Cada becario tiene actitudes diferentes en función del grado de salud, competencias, expectativas, valores y motivaciones, que van a condicionar su grado de satisfacción/insatisfacción por su tarea vital, el nivel de estrés y de calidad de vida, tanto personal de acuerdo a su estructura previa, como a su proceso de formación, lo cual constituye, el principal motivo de su condición contractual.

ARTICULO 14: Los signos de alerta en el ámbito donde desarrolla sus actividades no escapan a los comunes o universales de todo grupo humano en interrelaciones. Ellos son:

- Ausentismo a sus tareas de capacitación,
- Desmotivación y disminución en el rendimiento académico
- Desobediencia e incumplimiento de las tareas propias del rol
- Conflictos interpersonales,
- Irritabilidad excesiva y conductas agresivas en el lugar de desempeño,
- Falta de colaboración y evitación del contacto con los compañeros y dificultad en la toma de decisiones.

ARTICULO 15: Signos de alarma comunes a otros grupos de profesionales:

- **Cambios en la personalidad**: expresiones de distrés, tristeza, ansiedad, ira, hostilidad, expresiones de desvalorización o desesperanza constantes.

- **Cambios de conducta:** deterioro de la calidad del desempeño clínico académico, cambio negativo en el rendimiento, ausencias o retrasos repetidos en actividades importantes, búsqueda continúa de ventajas especiales, frecuentes conflictos interpersonales.
- **Cambios físicos:** deterioro del aspecto físico y del autocuidado, cambios importantes de peso, fatiga excesiva, alteraciones del sueño, indicadores físicos de adicción (marcas, edor...).
- **Otros cambios:** quejas de usuarios y/o compañeros, ordenes inapropiadas, ausencias no justificadas, conflictiva extra-residencia que se evidencia en su desempeño general, expresiones de preocupación por parte de compañeros y/o supervisores.
- **Bullying en los Programas de Formación de Posgrado en Salud:** A nivel mundial existen estudios que se centran en determinar el maltrato y el abuso en la formación médica, tanto de pregrado como de posgrado y han encontrado una prevalencia de maltrato que oscila entre 10 y 50% de los encuestados.

  Un porcentaje importante de los sujetos investigados que percibieron maltrato consideró el abandono de la carrera como consecuencia de esta experiencia traumática (32.2%). **(Ver Anexo 1)**

0111

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JABAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

CONSIDERACIONES:

ARTICULO 16: **El diagnóstico diferencial** de los trastornos mentales relacionados con circunstancias estresantes no puede depender de la mera descripción de los hechos y de la interpretación subjetiva del residente, aunque sea muy importante la percepción que éste tiene.

Aceptar el carácter causal de un estresor supone también llevar a cabo una interpretación que no puede demostrarse con certeza, sino como probabilidad.

ARTICULO 17: **Resultan de utilidad los siguientes aspectos prácticos a tener en cuenta** :

a. Excluir la posibilidad de que el estresor sea el resultado del trastorno mental más que su causa. Vale decir el factor intrínseco del propio profesional y no lo ambiental. (detectado durante el examen psicofísico)
b. Tener en cuenta que algunos sujetos se descompensan al estar sometidos a estrés porque padecen un trastorno de personalidad preexistente.
c. Tener en cuenta el diagnóstico de **trastorno adaptativo** en presencia de un estresante identificable al que siguen algunos síntomas psiquiátricos
d. Para diagnosticar un trastorno adaptativo se requiere la presencia de un estresante identificable que desencadene los síntomas.
e. Considerar la posibilidad de que exista un problema psicosocial que no sea originado por un trastorno mental, sino por problemas del ámbito de desempeño, familiares o conflictos interpersonales.

IX. INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS:

ARTICULO 18:

1. Cribado inicial: el cuestionario de salud de **GOLBERG GHQ-12 o 28** es útil para identificar pacientes con malestar psíquico en el ámbito clínico de la atención primaria o de no especialistas en psiquiatría. Por este motivo se recomienda incorporar este cuestionario como parte de la batería de pruebas de salud que se le practican al residente al comenzar su especialidad. El
GHQ-12 es suficientemente válido y sensible para la detección inespecífica de malestar mental, y más aceptado por su brevedad. pero el **GHQ-28** aporta más información, puesto que discrimina cuatro áreas psicopatológicas. Si se dispone de tiempo para pasarlo, éste último sería la mejor opción. En los casos que resulten de "riesgo psíquico" debiera procederse a una buena entrevista que evalúe posible psicopatología pasada y actual mediante la realización de una entrevista diagnóstica.

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JUBAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

2.Entrevista diagnóstica: La entrevista realizada por un profesional experimentado es el instrumento más adecuado para poder diagnosticar patología psiquiátrica. Pueden ser de ayuda algunas entrevistas estructuradas.

3. Examen psiquiátrico: en los casos en que se detecta una posible patología mental severa que puede resultar incapacitante, los afectados deben de ser objeto de un **peritaje** por parte de un psiquiatra. Es importante señalar esta idea ya que, tal como hemos dicho, el diagnóstico clínico no tiene importancia de forma aislada, sino que es la repercusión de este trastorno sobre la capacidad para el trabajo de médico lo que interesa.

IX. ANTE LAS EVIDENCIAS, PRINCIPIOS DE ACTUACION:

1. Procesos e Instituciones intervinientes:

ARTICULO 19:

- **ASISTENCIA DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD:** Es el conjunto de medidas para el abordaje de una situación **relacionada** al padecimiento de trastornos CON ALTERACIÓN DE LA Salud mental en una institución de salud. Esto incluirá la **contención** del Residente afectado, **coordinación para su tratamiento** y **recuperación en centros especializados y de apoyo efectivo** del responsable de la Institución formativa frente a la situación del Residente. Se **buscará procurar la continuidad de la beca de formación,** en medida de la adhesión del Residente al esquema terapéutico propuesto por la Institución especializada (1), **en coordinación con la Dirección de Capacitación del Ministerio de Salud de Córdoba.**

- **AGENTE OPERATIVO:** Es el agente dependiente de la Dirección de Capacitación y Formación del Ministerio de Salud, **capacitado para el manejo administrativo, en el área de la Salud Mental,** que tendrá a su cargo la coordinación del procedimiento colaborando con las acciones idóneas para la prevención y/o asistencia de enfermedades de Salud Mental dentro del marco de este Guía.

- **TUTOR:** Depende de la institución hospitalaria o de salud donde se desarrolla la Beca del Programa de Capacitación de Residencias en Salud en ámbitos públicos. (1) Representada por los responsables docentes (Jefe de Servicio – Jefe de Residentes), responsables jerárquicos: Comité de Capacitación y Director del Hospital.

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

111

LIC. PAULA FERNANDA JODAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

ARTICULO 20:
Dado su cercana posición administrativa y docente con los Residentes, la **Dirección de Capacitación y Formación y los profesionales asignados para tal fin por la Secretaría de Salud Mental**, deben estar a disposición para atender las consultas que hagan los tutores en relación con los problemas que presenten los residentes que tienen asignados. Su percepción de determinados comportamientos inadecuados, o de falta de rendimiento de los residentes, pueden hacerles sospechar que éstos sufren una situación de estrés o algún tipo de trastorno mental.

ARTICULO 21:
La derivación a Salud OCUPACIONAL para realizar su evaluación es conveniente en estos casos, a pesar de que puede ser complicada y requerir una preparación previa:

- Es conveniente la realización de sesiones formativas dirigidas a los tutores con la finalidad de sensibilizarlos ante posibles casos de malestar y problemas de salud mental en los residentes, como:
- Baja en el rendimiento psico-intelectual.
- Cuando evita el contacto con los compañeros.
- Presenta absentismo laboral.
- Se muestra más irritable de lo habitual,
- cambia su comportamiento de forma evidente.

También es importante informarles a los Tutores del protocolo- Guía y de los recursos terapéuticos disponibles.

Puede haber una persona que sufre y para la que sería beneficioso un tratamiento especializado.

Entre la estigmatización y la inhibición, el tutor y las personas que supervisan más directamente el residente deben de encontrar la manera de poner los medios necesarios para encaminarlo hacia la situación más conveniente.

- **SALUD OCUPACIONAL** de la provincia de Córdoba de la que dependen las áreas de del examen de aptitud Psicofísica (para adecuación de tareas) y la Junta Médica (análisis y resolución de las licencias por razones de salud de largo tratamiento.

- **INSTITUCIÓN ESPECIALIZADA:** Es aquel centro terapéutico especializado en alteraciones de la salud mental, sea público o privado. A los fines de la presente Guía, siempre que el Residente no opte por su atención en alguna Institución Especializada en particular, toda derivación será realizada primariamente a las

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

1111

LIC. PAULA FERNANDA JUBAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

Instituciones asistenciales Provinciales más cercana que permitan la atención del Residente afectado.

ARTICULO 22:

La decisión de consultar a un especialista **depende prioritariamente del propio profesional**. Este factor será esencial para tomar una adecuada conciencia de enfermedad, para comprometerse con su tratamiento, para adquirir un sentimiento de autocuidado y autoeficacia respecto a la propia salud, y por todo ello, para el éxito terapéutico. La primera y mejor ayuda desde la red de apoyo (sociofamiliar, académico y laboral) consistirá en ayudarle a detectar dicha necesidad y fomentar su autonomía en la petición de ayuda.

En cualquier momento de su recorrido formativo, el residente puede consultar por propia iniciativa a un profesional especializado o a Institución especializada.
En estos casos, **el profesional actuante** explorará síntomas de ansiedad y de depresión, y tratará de establecer una posible relación con las vivencias en el entorno laboral.
Es importante investigar la calidad del sueño y los hábitos de alimentación. También valorará posibles sucesos vitales que hayan podido tener un impacto emocional:

- Si los síntomas ansiosos o depresivos son leves o moderados realizará **un seguimiento y un apoyo**.
- En el caso que exista un dispositivo de atención psicológica específica dentro del ámbito laboral, **se ofrecerán sus servicios.**
- **La derivación al servicio de salud mental de la red pública deberá de tomarse en consideración**, extremando la confidencialidad y siempre que pueda ofrecer un apoyo psicológico consistente y continuado.
- **Si se detecta algún factor laboral** como sobrecarga de trabajo asistencial o falta continuada de apoyo o consideración, se investigarán las circunstancias concurrentes.
- Si se detecta sintomatología sugestiva de abuso continuado de alcohol u otras drogas, de depresión mayor o de trastorno psicótico, se incluye al Residente a las sugerencias y manejo **sugeridos por la Guía de Adicciones.**
- **Se ofrecerá al residente la realización de talleres específicos como herramienta terapéutica**, para adquirir habilidades para hacer frente a los principales factores estresantes, así como grupos de apoyo en aquellos centros que de ellos dispongan.
- **Es conveniente ofrecer al residente el abanico de recursos terapéuticos disponibles en cada centro**, para así consensuar

DR. SERGIO V. METREDIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JUBAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

durante la entrevista clínica, y en los casos en que ello sea posible, la mejor herramienta para cada caso.

ARTICULO 23:

En otras ocasiones, es el referente a cargo (instructor, jefe de residente o jefe de servicio) quién detecta la posible problemática y **decide tratar y/o derivar al residente a un equipo de salud mental**, simultáneamente reedireccionarlo al sistema o Junta de Salud Ocupacional para las formalidades corresponientes y fundamentalmente la indicación de un tratamiento terapéutico ambulatorio.

Dicho tratamiento no queda desvinculado del equipo de Salud Mental ad hoc, debiendo establecer un criterio de contralor periódico a los fines de poder verificar, tipo de abordaje, eficacia del mismo a través de su evolución, pudiendo este equipo tener la prerrogativa de la comunicación con la estructura de la residencia (jefe, instructor , jefe de servicio) para evaluar resultados. Se agrega la comunicación paralela a la instancia de salud ocupacional formal, la cual tendrá un protagonismo mas especifico a la hora de la indicación de una licencia por el padecimiento mental con o sin una internación en casos o crisis más severas.

ARTICULO 24:

La Dirección de Capacitación, a través del Agente Operativo, es la responsable final del manejo administrativo, sus resoluciones, y del seguimiento de los pasos operativos sugeridos por la presente Guía

Esta coordinación será especialmente relevante si se trata de:

- Residentes con trastorno mental crónico

- Caso clínico complejo (por ejemplo con patología dual, complicaciones psicosomáticas, etc.).

- Empleos de elevada responsabilidad sobre terceros (profesiones asistenciales o de alto riesgo físico para sí mismos o terceras personas, por ejemplo).

Los trastornos psíquicos que más frecuentemente se observarían en el ámbito de residencias son los mismos que con mayor frecuencia se detectan en la población general.

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JODAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

INTERVENCION EN LA ORGANIZACIÓN

De acuerdo a la información recogida, evaluar los resultados, separar las causas, deslindar lo personal de lo ambiental, o institucional, establecer factores estrés precisos, es de rigor la intervención del equipo ad oc a modo de mediaciones con los actores en el ámbito de desempeño para pulir los habituales problemas que se producen en los intersticios de las escalas jerárquicas, entre pares, o en un ámbito institucional, más amplio como un servicio u hospital, o cualquier dispositivo institucional donde el residente establece su campo de acción en sus rotaciones programadas.

Tal facultad para intervenir debe estar claramente anunciada e informada en las estructuras relacionadas con los lugares donde ejercen su aprendizaje los profesionales residentes.

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JABAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

Anexo 1:

Bullying durante el Pre y Posgrado de la Formación del Recurso en Salud

I. INTRODUCCIÓN

La violencia en el área laboral ha existido desde hace siglos; sin embargo, a **partir de la valorización de los derechos humanos, las condiciones laborales** comenzaron a ser estudiadas en el ámbito académico. La formación médica siempre ha sido considerada exigente y compleja; sin embargo, en los últimos años se han realizado investigaciones en distintos países, principalmente en los desarrollados, que se han centrado en el maltrato y el abuso en la formación médica, tanto de Grado como en el Posgrado.
La prevalencia de maltrato oscila entre 60 y 95%.Se ha observado que tanto médicos como estudiantes de medicina son susceptibles de experimentar y cometer maltrato, acoso y discriminación.

II. DEFINICIÓN Y CONCEPTOS GENERALES

Uno de los conceptos que se ha utilizado durante la Residencia en Salud es el de **maltrato psicológico**, el cual se define como aquel comportamiento que hace que otra persona se sienta herida u ofendida, desvalorizada o incompetente; incluye gritos, insultos o faltas de respeto. A éste se suma el maltrato físico que incluye golpes y todo tipo de trato violento.

Se entiende por acoso sexual las propuestas sexuales no deseadas, demandas de favores sexuales y otras conductas verbales o físicas con contenido sexual que alteran o ponen en peligro cualquiera de los elementos que integran la relación laboral.(ver Anexo 2)

La Asociación Británica de Medicina **define el bullying** como "el comportamiento persistente hacia un individuo, que consiste en ser intimidante, degradante, ofensivo o malicioso y que deteriora la confianza y autoestima del receptor". Las consecuencias psicoafectivas del bullying son relevantes en los resultados de los procesos formativos.

El bullying es una palabra inglesa que lleva consigo la intimidación, exclusión social, amenaza a la integridad, coacción, manipulación, hostigamiento, entre otros, y es un concepto que a nivel mundial ha sido ampliamente investigado en el ámbito escolar. En medicina, la Asociación Médica Británica (British Medical Association) lo define como maltrato psicológico, invisible o aquel comportamiento que hace

DR. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAOLA FERNANDA JODAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

que otra persona se sienta herida, ofendida, desvalorizada o incompetente, e incluye gritos, insultos y faltas de respeto. Asimismo, agrega a la definición el maltrato físico, que incluye golpes y todo tipo de trato violento.

III. BULLYING EN LA RESIDENCIA PROFESIONALES EN SALUD

A nivel mundial existen estudios que se centran en determinar el maltrato y el abuso en la formación médica, tanto de grado como de posgrado y han encontrado una prevalencia de maltrato que oscila entre 10 y 50% de los encuestados. Un porcentaje importante de los sujetos investigados que percibieron maltrato consideró el abandono de la carrera como consecuencia de esta experiencia traumática (32.2%).

IV. MALTRATO EN LA FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD

La Residencia como modelo de formación de los Profesionales en Salud pareciera estar construida sobre el convencimiento de que la violencia es inherente al proceso de aprendizaje. El maltrato en la formación tiene graves consecuencias sobre su desarrollo profesional tanto inmediato como posterior.

Es difícil comprender cómo puede un joven profesional incorporar y desarrollar cualidades como el altruismo o la compasión por un enfermo cuando se forma en un ambiente en el cual permanentemente recibe críticas o humillaciones por realizar en forma incorrecta tareas que forman parte del aprendizaje.

Los Residentes en proceso de formación se enfrentan a una realidad que suele resultar contradictoria y difícil.
Kay explicó este fenómeno como una desidealización traumática y utilizó este concepto para hablar del impacto que generan la frustración, la desilusión, los malos entendidos e irritaciones, que el estudiante vive en forma cotidiana en los hospitales durante su práctica clínica, sobre su autopercepción, la disminución en su aprendizaje, su autoestima, sus expectativas de convertirse en especialista, factores que en su conjunto le pueden conducir a un sentimiento de desilusión y menosprecio.

DR. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JOUAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

V. ANTECEDENTES DE BULLYING EN POSGRADOS EN SALUD

El impacto del abuso, maltrato, discriminación, acoso y hostigamiento ha cobrado creciente importancia en la discusión dentro del campo de la educación médica.

La mayoría de los casos de acoso/intimidación y/o bullying encontrados en esta investigación corresponden **a residentes de especialidades médicas no quirúrgicas.** Estos resultados posiblemente se pueden atribuir a la baja participación en el estudio de los residentes de especialidades quirúrgicas, lo cual también constituye una limitación del estudio, pues en la mayoría de las investigaciones acerca de bullying en el posgrado se reporta mayor prevalencia en las especialidades quirúrgicas, hecho que se atribuye a las características de personalidad de los profesionales de esta área de la medicina.

VI. CONCLUSIÓN:

Bullying es una entidad frecuente en las escuelas de medicina y durante la residencia DE PROFESIONES DE LA SALUD, por lo que es necesario que ***las instituciones implementen procesos que lo identifiquen y políticas contra la intimidación y acoso como parte de sus procesos de gestión de calidad***, dado que los estudiantes de pre y posgrado tienen derecho a ser tratados con dignidad, respeto y consideración.

Si durante su formación han sufrido acoso, intimidación o bullying, a menos que estén dotados de una gran capacidad de resiliencia e inteligencia emocional, carecerán de las actitudes y valores necesarios para enfrentar esta nueva epidemia del siglo XXI, que tiene un gran impacto deletéreo en la formación, actitud y desenvolvimiento social.

DR. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JOUAR
JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

ANEXO 2 – SALUD MENTAL

ACOSO SEXUAL

I. INTRODUCCIÓN:

Se reconoce que el acoso sexual es una de las expresiones más emblemáticas de violencia y discriminación en la sociedad actual, que afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque son estas últimas quienes se encuentran mayormente expuestas a enfrentar las manifestaciones de conductas constitutivas de acoso sexual y sus consecuentes efectos.

Al mismo tiempo, toda forma de acoso sexual en la administración pública constituye una **violación a derechos humanos de las víctimas** que sufren esta forma de violencia laboral. De tal modo que, ninguna administración pública logrará cumplir sus funciones a cabalidad cuando sus servidores y servidoras se ven sometidos a riesgos o situaciones que merman la plena vigencia de sus derechos laborales.

Mediante la identificación y caracterización de las conductas en las que se manifiesta el acoso sexual se podrán superar aquellas concepciones machistas y patriarcales que naturalizan dicho problema. Se espera que con esta guía, las y los funcionarios y servidores públicos cuenten con una herramienta que contribuya a erradicar, de manera definitiva, el acoso sexual en la administración pública.

II. DEFINICION:

¿Pero qué se entiende por acoso sexual? Constituye acoso sexual toda conducta de índole sexual ya sea, verbal, no verbal, escrita, física, etc., la cual no es deseada por la persona que la recibe y que afecta su dignidad, también puede ser realizada con el propósito de atentar contra su dignidad a través de la generación de un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo. El acoso sexual es, ante todo, una manifestación de relaciones de poder que afecta la dignidad de las personas que la sufren.

En otras palabras esta forma de violencia implica una acción dirigida a exigir, manipular, coaccionar o chantajear sexualmente a las

SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JODAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

personas del sexo opuesto o del mismo sexo con el fin de obtener un favor sexual.

III. **tipos de acoso sexual**

A. **Acoso jerárquico o vertical:** también conocido como ***acoso quid pro quo,*** implica un chantaje sexual. Por medio de esta figura se obliga a un empleado o a una empleada a elegir someterse a los requerimientos sexuales que se solicitan o ver perjudicados los beneficios o condiciones de trabajo. En esta modalidad de acoso se encuentra implícito un **abuso de autoridad** por lo que solo puede ser realizado por alguien que tenga el poder suficiente para proporcionar o retirar un beneficio laboral.

PUEDE PRESENTAR LAS SIGUIENTES MODALIDADES:

- **Atendiendo a su forma:**

1. **Chantaje explícito:** implica una proposición directa y expresa de la solicitud sexual.
2. **Chantaje implícito, indirecto o tácito:** ocurre cuando la persona acosada observa que otras personas empleadas, de su mismo sexo y de idénticas condiciones, ascienden de categoría y mejoran sus beneficios laborales por aceptar situaciones de chantaje sexual; situación que puede quebrantar su voluntad y podría hacerla terminar aceptando una proposición u ofrecimiento sexual.

- **Atendiendo a sus efectos:**

1. **Chantaje sexual que implica la pérdida de beneficios laborales**: el empleador o empleadora no contrata, despide o no proporciona beneficios porque la persona trabajadora no se sometió a la condición sexual.
2. **Chantaje sexual sin pérdida de beneficios laborales:** en este caso el trabajador o trabajadora no pierde ninguno de sus beneficios pero sigue siendo víctima de acoso sexual. sobre este punto, pueden devenir otras formas de acoso, como las mencionadas en la guía para la prevención, atención y erradicación del acoso laboral en el sector público.

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

1111

LIC. PAOLA FERNANDA JODAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

B. **Acoso sexual ambiental:** este tipo de acoso incluye un comportamiento o actitud sexual de cualquier naturaleza realizada por cualquier persona que no ostente una posición jerárquica superior pero que implique actos, gestos o palabras indeseadas por la persona acosada. Este tipo de acciones propician un entorno de trabajo negativo para el trabajador o trabajadora y termina interfiriendo con su rendimiento habitual.

IV. Componentes del acoso sexual

Tradicionalmente se ha entendido que el acoso sexual posee los siguientes componentes: ***solicitud, rechazo y persistencia.***

1. **SOLICITUD:** el acoso sexual puede manifestarse mediante formas tan evidentes como una propuesta de carácter sexual, ya sea de manera verbal o escrita. Sin embargo, existen otras modalidades que tradicionalmente no se asocian con el acoso sexual. sobre estas manifestaciones de acoso sexual se hablará en detalle posteriormente.
2. **RECHAZO:** Erróneamente se piensa que, seguido a la propuesta debe ir una reacción de rechazo que demuestre que la solicitud no es tolerada o aceptada. Sin embargo, por las mismas relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, puede darse el caso que las mujeres que son víctimas de acoso sexual opten por guardar silencio o no responder a la propuesta por temor a perder el empleo, a ser afectada en sus condiciones de trabajo o ser víctima de acoso laboral. **Esto no debe entenderse como aceptación de las conductas constitutivas de acoso sexual.**

3. **PERSISTENCIA:** De igual forma, se tiende a pensar equivocadamente que el acoso sexual se manifiesta mediante conductas reiterativas o sistemáticas. si bien, puede ser el caso que la agresión sea mediante actos reiterados, **no siempre el acoso sexual se concreta bajo esa modalidad, pues en ocasiones basta con una sola conducta para que se configure como tal**.
   Una situación que claramente ejemplifica cómo el acoso sexual puede darse con una sola conducta, es la ***violencia simbólica,*** **(mensajes, valores, íconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen**

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

1111

LIC. PAULA FERNANDA JUDAR
JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad).

V. formas de acoso sexual:

El acoso sexual comprende un amplio conjunto de comportamientos y conductas que ***denigran, ridiculizan, intimidan o abusan*** de un Residente o Residenta; es por ello que resulta importante destacar el alcance de los rasgos definitorios del acoso sexual, en especial las conductas de tipo sexual debido a que, con esta delimitación se podrán determinar aquellas actitudes y comportamientos que son prohibidos, por constituir acoso sexual.
Dentro del término conducta sexual quedan comprendidas las insinuaciones sexuales molestas o los comportamientos verbales o físicos de índole sexual, que persiguen la finalidad o surten el efecto, de inmiscuirse sin razón en el trabajo de una persona o de crear un ambiente de trabajo intimidante, hostil, ofensivo o injurioso. De tal manera que las formas de acoso sexual se manifiestan de la manera siguiente:

- **Comportamiento físico de carácter sexual.**
- **Conducta verbal de naturaleza sexual.**
- **Comportamiento no verbal de naturaleza sexual**

VI. ¿QUÉ REPERCUSIONES TIENE EL ACOSO SEXUAL EN LA PERSONA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO?

- **En primer lugar**, el acoso sexual es una violación a los derechos humanos, que tiene serias repercusiones en la dignidad de la persona que lo sufre. el acoso sexual puede ser de tal gravedad que afecte la personalidad de la víctima, altere sus emociones y trunque su carrera profesional.
- Asimismo, el acoso sexual se presenta como una forma de violencia y discriminación que contamina el entorno laboral, pudiendo llegar a producir graves consecuencias a la salud, autoestima y rendimiento del Residente/a que lo padece. Así por ejemplo, la persona que padece este tipo de violencia ve las consecuencias a nivel individual y social.
- Si el acoso sexual ***no es prevenido o atendido de manera adecuada y oportuna*** puede incluso ser la antesala para ***otras agresiones o formas de violencia contra las mujeres como la violación,*** en el peor de los casos.

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

1.1.1.1

Lic. SAULA FERNANDA JODAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

- **A nivel individual** la persona que enfrenta el acoso sexual puede llegar a padecer depresión u otras enfermedades psicosomáticas que interfieren en la capacidad laboral, socavando su autoestima y estimulando sentimientos de culpa y humillación. Por esto mismo también puede presentarse ausentismo laboral.
- **A nivel social** este tipo de conductas promueven patrones culturales discriminatorios que desvalorizan a la mujer e impiden su participación en diversos ámbitos, desembocando en la renuncia o despido de la persona trabajadora lo que le impide su crecimiento económico y personal. Asimismo, el acoso sexual también puede tener un efecto negativo sobre las personas que no lo padecen pero que son testigos o que tienen conocimiento de este tipo de comportamientos.
- La organización internacional del trabajo respalda la idea anterior al manifestar que **el acoso sexual es una agresión que afecta la salud y seguridad en el trabajo y que es una condición inaceptable, así como una forma de violencia de promoción de igualdad debido a que:**
  A. La conducta realizada es indeseada, irrazonable y ofensiva para la persona.
  B. La negativa o el sometimiento de la víctima es tomada como base para decidir sobre el futuro profesional de la persona.

C. Esta conducta crea un ambiente de intimidación, hostil y humillante para la persona.

VII. MARCO NORMATIVO

Medidas que se recomienda implementar a la administración pública (EN EL MARCO DE LAS RESIDENCIAS EN SALUD) para la prevención y atención del acoso sexual.

La mayoría de normas aplicables en materia de acoso sexual establecen compromisos y obligaciones a cargo de las y los empleadores y de las profesionales en general, para mantener un ambiente laboral libre de tratos discriminatorios y de actos de violencia sexual.

Se presenta una propuesta de estrategia de atención de casos de acoso sexual, retomando algunos de los elementos propuestos en la guía para la prevención, atención y erradicación del acoso laboral en el sector público. En tal sentido, **se retoma el principio de prevención** como pilar fundamental para combatir el acoso sexual, a

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JORAD
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

la vez que, toda estrategia de intervención y abordaje frente al acoso sexual debe suponer que esta forma de violencia laboral existe.

Para el combate del acoso sexual se propone trabajar en los siguientes planos:

1. **Difusión de información / capacitación** este componente de la estrategia, debe ir orientado a la "sensibilización" de todas y todos los servidores públicos de cada institución, incluyendo las jefaturas y mandos medios. La importancia de este componente reside en que, en muchas ocasiones, no es posible advertir el acoso sexual si antes no se prepara la mirada. El acoso sexual suele ser parte de la cultura organizacional, es decir, que posiblemente la agresión se haya naturalizado en la vida cotidiana de la institución, lo que dificultaría su identificación, y por tanto, su tratamiento.
   Todas las personas empleadas en cada institución pública deben ser informadas y capacitadas sobre el acoso sexual, sus formas, manifestaciones y efectos, así como también en las formas de prevenirlo y erradicarlo.
   Sin perjuicio de lo anterior, es recomendable que las jornadas informativas y formativas se hagan en por lo menos, tres grupos distintos:
   GRUPO 1: Personas en general: para estas destinatarias se sugiere colocar un énfasis en cómo identificar con claridad cuándo una persona es víctima de acoso sexual y cómo se debe proceder.

   GRUPO 2: Cargos con jefatura. Pese a que este grupo posee las mismas necesidades que el grupo 1, se recomienda trabajar con estas personas por separado para facilitar el flujo de información en el grupo 1, cuyos integrantes podrían "autocensurarse" con la presencia de las jefaturas.

   GRUPO 3: Actores que intervienen en el proceso de denuncia, investigación y sanción. En cada institución, se debe asegurar la presencia constante de personas responsables o comités especializados encargados de acoger a las víctimas de acoso sexual y de recibir sus denuncias. El caso es que estas personas estén altamente capacitadas y sensibilizadas sobre el acoso sexual, sus manifestaciones y efectos y las

DR. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

1.1.11

LIC. PAULA FERNANDA JORAN
JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

formas de tratarlo, principalmente con un énfasis de género que les permita atender adecuadamente a todas aquellas mujeres víctimas de esta forma de violencia laboral.

MEDIDAS ADICIONALES:

- Establecimiento DE UNA POLÍTICA INTERNA DE tolerancia CERO hacia conductas o situaciones de acoso sexual.
- Difundir guías informativas sobre acoso sexual entre todas y todos los servidores públicos de cada institución, incluyendo la difusión de la polítiCA DE tolerancia CERO.
- Incorporar el tema de acoso sexual en los planes anuales de capacitación, estableciendo diferentes espacios para su difusión, tales como conversatorios, capacitaciones, cursos, jornadas de reflexión, etc.

2. **Mecanismos de protección (denuncia, investigación y sanción)** Es importante que al interior de cada institución existan instancias donde las personas puedan buscar ayuda, en una primera instancia, en caso de sentirse víctimas de acoso sexual.

   Este servicio debe delegarse a una persona, grupo de personas, comité u otra figura, que sea responsable de atender a las víctimas de acoso sexual y de recibir sus denuncias.

   Como ya se dijo, **estas personas** encargadas de la acogida de las víctimas de acoso sexual deben estar capacitadas en el uso de técnicas y herramientas para el manejo de conflictos y en materia de detección de las conductas o situaciones que constituyen acoso sexual.

   Asimismo, deben estar capacitadas para identificar potenciales daños o afectaciones en la integridad de la persona denunciante, pues si es el caso, se deberá remitir a la víctima con un especialista.

   Toda institución pública debe contar con un procedimiento para la recepción y trámite de las denuncias, así como para la investigación y sanción de casos de acoso sexual, donde se identifiquen, por lo menos, los siguientes elementos:

   - **Cómo debe ser presentada la denuncia y ante quién.**

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

111

Lic. PAULA FERNANDA JUBAR
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

- **Medidas necesarias para proteger a la persona denunciante.**
- **Asegurar la confidencialidad del caso.**
- **Mecanismos de investigación y sanción.**

Para facilitar las funciones de recepción de denuncias y de investigación de los casos pLANTEADOS, SE RECOMIENDA A LAS Instituciones contar con los siguientes instrumentos:

VIII. **Perfiles de actores críticos(ver Guía de Salud Mental)**: consiste en establecer un perfil de las distintas partes o actores relevantes dentro de cada institución; por ejemplo, personas encargadas de recibir las denuncias de acoso sexual, personas a cargo de la investigación, jefaturas y su rol en un caso de denuncia - cómo debe ser presentada la denuncia y ante quién. - medidas necesarias para proteger a la persona denunciante - y asegurar la confidencialidad del caso. - mecanismos de investigación y sanción, todo ello con el propósito de asegurar que las partes relevantes cuenten con las competencias necesarias.

- **Protocolo de acogida:** **corresponde al primer contacto** que se establece con la persona denunciante. Se debe definir claramente la forma en cómo se va a recibir y a atender a la persona que afirma estar siendo objeto de acoso sexual. Esta herramienta es crítica para asegurar una recepción adecuada que ayude a la persona denunciante a identificar su situación, a resistir el escenario vivido y a contribuir a generar –en la medida de lo posible– las evidencias que permitan sustentar la denuncia.
- **Formato de denuncia:** mediante la clara definición de la forma en que debe presentarse la denuncia (verbal, por escrito, o ambas), quiénes pueden presentarla, quién puede ser considerada "víctima", quienes pueden ser considerados testigos, requerimientos de identificar a la persona denunciada, descripción de los hechos, etc.
- **Procedimiento de denuncia, investigación y sanción**: cada institución debe definir cuál es el procedimiento a seguir, etapas y plazos, personas responsables, consecuencias a aplicar según los resultados, etc. para garantizar la eficacia de este sistema, se recomienda que cada institución difunda

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

1111

LIC. PAULA FERNANDEZ URRUTIA
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

ampliamente las herramientas antes descritas entre todas y todos los servidores públicos de la institución pertinente.

3. **Asistencia a las víctimas:** Si aún con las medidas de prevención –o en la ausencia de estas– las instituciones públicas llegasen a reportar casos constitutivos de acoso sexual, o situaciones que puedan llegar a configurarse como tal, es necesario ejecutar las medidas correctivas y reparadoras pertinentes. precisamente, el tercer componente de la estrategia de intervención frente al acoso sexual, parte del reconocimiento que las víctimas de esta forma de violencia laboral pueden sufrir graves efectos tanto en su salud física y psíquica, así como daños en su personalidad, por lo que se deberá procurar la reparación y/o tratamiento adecuado. Por tanto, si se configura una situación de acoso sexual y si se acredita el daño derivado en la víctima, la institución debe responder inmediatamente para atender a esta persona. algunas de las precauciones y/o cuidados que podrían ser considerados, tanto durante y con posterioridad a una investigación por acoso sexual, son:

   A. Si la situación concreta lo amerita, en razón de su gravedad, nivel de violencia u otros factores, **separar físicamente a la persona denunciante de la denunciada**; tanto del espacio físico que comparten como de la dependencia jerárquica, tomando las medidas de resguardo necesarias para no menoscabar los derechos de las partes, principalmente de quien denuncia.

   b. Iniciar el proceso de investigación interna antes mencionado; pero si los hechos denunciados trascienden por su gravedad deberá solicitarse la intervención de las instituciones pertinentes.

   c. Solicitar la intervención de personas o entidades especializadas para atender a la persona denunciante o a la víctima de una situación de acoso sexual para conducir una evaluación del daño provocado en su salud física y emocional y establecer así el tratamiento requerido para su recuperación.

   d. Rehabilitación en el proceso de retorno al trabajo.

Dr. SERGIO V. MERIDIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

1111

LIC. PAULA FERNANDEZ JARRO
A/C JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL

e. Indemnizaciones e incapacidades médicas necesarias, durante su proceso de recuperación.

f. No debe perderse de vista que, una valoración clínica permitiría no sólo acreditar el daño provocado en la salud de la persona que sufrió el acoso sexual –lo que constituiría un elemento probatorio dentro de los procedimientos punibles contra la persona acosadora; **sino además**, brindaría pautas para la atención clínica que ésta requiere.

Sin embargo, la consecución de este tipo de medidas sólo podrá materializarse, de manera efectiva, con la oportuna intervención de un equipo especializado en materia de vigilancia de la salud. De tal suerte que, por el momento, la administración pública deberá garantizar estas medidas de reparación con los recursos y mecanismos que se encuentren a su alcance para materializar estas medidas de atención.

Por tanto, las instituciones públicas deberán considerar la **posibilidad de trasladar ya sea a la persona denunciante o a la víctima de acoso sexual, como a su agresor o persona denunciada**, brindando prioridad a la opinión de quien denuncia o de quien ha sido acreditada como víctima de acoso sexual. En estos casos, debe garantizarse que los traslados se hagan con respeto de las debidas garantías y condiciones laborales.

IX. **En conclusión**, la consumación de un caso comprobado de acoso sexual en la administración pública supone un doble deber para la institución pertinente: por un lado, habrá que establecer las responsabilidades individuales e interponer las sanciones disciplinarias respectivas; y, por otro, se deberán adoptar todas las medidas necesarias para proteger a la víctima o potencial víctima y para reparar los daños físicos, psíquicos y morales sufridos a consecuencia del acoso sexual.

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

LIC. PAULA FERNANDA JUBAN
JEFATURA DE SECCIÓN COMPILACIÓN
ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD
ES COPIA FIEL