



HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS
AZP/BCR/CMDR/RIP/CVA/cpb

CIRCULAR N°

027

**MAT.: COMPLEMENTA INSTRUCCIONES PARA EL
LLENADO DE FORMULARIO DE AGRESIONES
EXTERNAS A FUNCIONARIAS Y FUNCIONARIOS.**

ANTOFAGASTA, 23 ENE 2025

A : JEFES Y/O SUPERVISORES DE UNIDADES CLÍNICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE APOYO.
DE : DIRECTOR, HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

Junto con saludar y luego de la entrada en vigencia de la Ley 21.643 – Ley Karin, que define la **Violencia en el Trabajo** como “*Acción ejercida por terceros ajenos a la relación laboral, entendiéndose por tal aquellas conductas que afectan a las y los trabajadores, con ocasión de la prestación de servicios, por parte de las y los clientes, proveedores, usuarios, entre otros*”, se informa la modificación del **Formulario de Notificación de Agresiones a Funcionarios de la Salud FAF** que incorpora el acápite CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE ATENCION PSICOLOGICA TEMPRANA, dando cumplimiento a lo indicado en la Circular SUSES 3813, de fecha 07.07.2024 sobre Asistencia Técnica para la Prevención del Acoso Sexual, Laboral y Violencia en el Trabajo y otros aspectos contenidos en la ley n°21.643 imparte instrucciones a los organismos administradores y empresas con administración delegada, que obliga al organismo administrador de la ley 16.744, en nuestro caso Mutual de Seguridad a entregar esta prestación.

Dicho consentimiento contempla indicación de las condiciones de la prestación de dicha atención además de la manifestación explícita por parte de la funcionaria o funcionario sobre la activación de APT o su rechazo.

Así mismo, se reitera la instrucción a jefaturas y supervisores sobre mantener al personal a su cargo informado sobre la importancia de generar reportes de situaciones de Violencia en el Trabajo ya sea verbal, física y/o ataque contra la infraestructura, mediante FAF, teniendo en consideración las siguientes indicaciones:

- a) Llenar todos los campos de información requerida, como por ejemplo el teléfono del funcionario/a, datos del agresor/a, datos de los testigos, etc., lo que permitirá que Fiscalía pueda contactarlos/las durante el transcurso de la investigación en la eventualidad que los hechos revistan el carácter de delito.
- b) Escribir con letra legible o bien llenar el formulario en formato Word para facilitar posteriormente la lectura y una mayor comprensión de los hechos, esto es sumamente importante porque permite evaluar la gravedad del relato, identificar si en los hechos ocurridos existen circunstancias que pueden ser constitutiva de delito y de ser así, derivar el mismo al ministerio público.



A través de este QR se podrá acceder al archivo WORD del formulario FAF, el que, luego de ser llenado, debe ser impreso, firmado por el/la afectado o afectada, su jefatura, con el timbre correspondiente al área o unidad de trabajo.

Luego de ello, se debe enviar por estafeta
a: **Departamento de Calidad de Vida
Laboral Unidad de Buen Trato Laboral.
3er. Piso de la Torre H**

Para resolver dudas y consultas, se solicita escribir al mail:
referente.agresionesHRA@gmail.com

- c) Se solicita que el relato indicado en el FAF sea hecho en primera persona, lo anterior con la finalidad de identificar la comisión del eventual delito y la calidad de víctima del mismo, por ejemplo: En el relato, en vez de decir "el paciente golpea de pies y puños", debiera decir "el paciente me golpea de pies y puños en las piernas".
- d) Se sugiere adjuntar cualquier medio probatorio del que se disponga, a saber: grabaciones, constatación de lesiones, imágenes, etc., esto con la finalidad de acreditar de mejor manera los hechos ocurridos.

El objeto de dichas indicaciones es permitir que, de una sola vez, se levante toda la información requerida a fin de, por una parte, identificar los hechos que pudiesen ser constitutivos de delito y de esta forma, proceder a la denuncia de los mismo y que el receptor de dicha denuncia cuente con la mayor cantidad de antecedentes para realizar su investigación, y por otra, la activación de la Atención Psicológica Temprana – Mutual de Seguridad a la brevedad por parte de la Unidad de Salud Ocupacional y Gestión Ambiental HRA, en el caso en la funcionaria o el funcionario lo solicite.

Importante es destacar en este punto que los hechos que no revisten el carácter de un eventual delito no pueden ser denunciados a la justicia, sin embargo, se tomaran todas las acciones necesarias a fin de resguardar la integridad de nuestros funcionarios.

En tenor de lo informado, se solicita dar amplia difusión de lo señalado a los funcionarios de su dependencia, con la finalidad de mejorar nuestra respuesta institucional ante situaciones de agresiones externas, resguardando la salud e integridad de funcionarias y funcionarios, así como la continuidad en la entrega de nuestros servicios a los usuarios.

Sin otro particular, le saluda cordialmente.



DISTRIBUCIÓN: 29

- *Indicado.*
- Depto. Planificación y Control de Gestión de Personas.
- Depto. Calidad de vida laboral.

F.A.F.
**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES HACIA
LOS FUNCIONARIOS DEL SECTOR SALUD.**

I. TIPO DE AGRESIÓN: (marcar con una X la opción de mayor relevancia)			
Agresión Física con arma de fuego	Agresión Física con arma blanca	Agresión Física: con objeto contundente	Agresión Física : Golpes Patadas, Empujones
Agresión Física Sexual: Tocaciones, agarrones, etc.	Agresión Verbal Sexual: Lenguaje de connotación Sexual u obsceno	Agresión Verbal: Amenaza u hostigamiento	Agresión Verbal: Insultos o garabatos.
Agresión Verbal : Burlas o descalificaciones	Agresión Verbal: Denostación por redes sociales	Ataque contra la Infraestructura	Otro tipo de Agresión
II. TIPO DE AGRESOR/A: (MARCAR CON UNA X)			
Paciente	Familiar o acompañante	Paciente de Salud Mental	Otro

III. ANTECEDENTES:			
Fecha:		Hora:	
Establecimiento:		Unidad/Servicio:	
Servicio de Salud:		APS (CESFAM, otro):	
Ubicación de funcionaria /o al momento de la agresión		Descripción del lugar (si fuese necesario)	

IV. IDENTIFICACIÓN DEL AFECTADA/O:			
Nombre completo:			
Run:		Fecha nacimiento:	
Domicilio:			
Teléfono:		Correo electrónico:	
Género:		Estamento:	

V. DATOS DEL AGRESOR/A (de ser posible):			
Nombre completo:			
Run:		Sector:	
Domicilio:		Teléfono:	

VI. ATENCION MEDICA (Llenado de responsabilidad Institucional): Responder SI / NO / SIN INFORMACION			
¿Se requirió atención de urgencia?		¿Se requirió atención medica?	
¿Se requirió atención psicológica?		Indicar calificación según Ley 16.744 (si procede)	
Licencia Médica		Nº de Días de Licencia Médica	
¿Trabajador rechaza la Atención Médica /Psicológica?		Nombre OAL	
Tipo de apoyo entregado por el establecimiento (indicar)		El funcionario utilizó el Centro de Apoyo a Víctimas	

VII . ACCIONES LEGALES (Llenado de responsabilidad Institucional):

Tipo de Acción (indicar)		¿Quién la interpuso? (indicar)	
¿Ante qué institución? (indicar)		Nº Seguimiento Trámite Legal (indicar)	
Tribunal (indicar)			

VIII. DESCRIBA EL INCIDENTE:

IX. CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN PSICOLÓGICA TEMPRANA LEY N° 21.643: (LEY KARIN)

Estimada/ funcionaria/ o, como institución le informamos que, de acuerdo con la Circular SUSESO 3813 Ley 21.643, la mutualidad debe entregar una Atención Psicológica Temprana (APT) a quienes lo deseen, bajo las siguientes indicaciones:

1.- La atención psicológica temprana, bajo este procedimiento especial, se otorgará a personas trabajadoras que hayan sufrido acciones de violencia y acoso, ejercidas por otras personas que se desempeñen en un mismo lugar de trabajo, que tengan o no el mismo empleador, o que hayan sufrido violencia y acoso ejercido por usuarios, clientes u otras personas ajenas al establecimiento.

2.- Si el equipo de atención temprana evalúa que el incidente, en términos clínicos, no requiere ser abordado como aquellos de alto impacto emocional, pero requiere igualmente apoyo terapéutico, deberá derivar a la persona afectada a los equipos de atención y calificación habituales (lo que puede derivar en un estudio de puesto de trabajo por Enfermedad Profesional).

3.- Mutual deberá recepcionar y/o generar la denuncia individual de accidentes del trabajo (DIAT) o denuncia de enfermedad profesional (DIEP), según corresponda, cuando deba otorgar prestaciones del programa de atención temprana, representando una vía de ingreso al seguro de la ley 16.744.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, el/la funcionario/a afectado/abajo firmante:

	SOLICITA la activación de Atención Psicológica Temprana; por lo cual, autoriza que se entregue el presente documento al Departamento de Salud Ocupacional y Gestión Ambiental, para que genere las coordinaciones correspondientes con Mutual de Seguridad.
	RECHAZA la Atención Psicológica Temprana, sin embargo, de necesitarlo, podrá contactarse con el Departamento de Salud Ocupacional y Gestión Ambiental del HRA, para ser derivado a la Mutual de Seguridad

FIRMA FUNCIONARIO/A AFECTADO/A	FIRMA JEFATURA DIRECTA

Resguardar Confidencialidad

ORIGINAL (copia funcionario)