

Declaración de política de FEMEBBA sobre violencia
hacia el profesional médico

Los integrantes del Consejo Directivo, representando a cada una de las Circunscripciones que integran esta Federación, reunidos en el *Consejo Directivo* en la ciudad de La Plata a los 27 días del mes de Septiembre de 2016, hemos abordado la problemática de la violencia laboral hacia los médicos por parte de los pacientes y/o sus familiares, considerando toda la información y antecedentes tanto a nivel nacional como internacional que a continuación se detallan, elaboramos una serie de puntos para trabajar en pos de la disminución de la violencia en el ámbito de la salud.

I.-Organismos especializados internacionales: La OMS junto a la OIT, reconociendo que la violencia en el lugar del trabajo se ha convertido en un problema mundial que atraviesa fronteras y que en el sector salud se ha extendido rápidamente, pasando la violencia doméstica y callejera a la instituciones sanitarias, han emitido en el año 2002 las "*Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*" con el objetivo de servir de orientación general. Las directrices son un instrumento básico de referencia, de carácter no obligatorio.

II.-Encuesta: Durante el mes de Septiembre del corriente se realizó una encuesta anónima y voluntaria a los profesionales de la Federación, a la que se accedía desde la web de la Federación. Los resultados finales, serán remitidos a la brevedad.

Debemos destacar que hasta el momento no existían datos cuantitativos específicos, producto de estudios de investigación, sobre la situación en Argentina. Sólo se contaba con una encuesta efectuada en el año 2013 en el sitio IntraMed, pero que se había realizado sobre diversos países de Latinoamérica¹.

III.-Medios de prensa: La problemática que nos convoca, ha adquirido una gran visibilización desde los medios de comunicación.

¹ Travetto Carolina, y otros, *Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud*, *Rev Panam Salud Publica*, 38 (4): 307-2015

Así por ejemplo podemos mencionar los siguientes titulares de diversos medios de prensa: “Carhué: repudian las agresiones a un médico y enfermeros”, 18/7/2016, Diario La Nueva, “Denuncian agresiones y amenazas al personal de la guardia del Municipal”, 26/7/2016, Diario La Nueva, “Le pegó una patada en la cabeza a una médica porque no lo atendieron rápido”, 19/8/2016, Diario Infobae, “Un hombre entró al Hospital Fernández con un caño y agredió a varios médicos: Casi nos mata”, 16/7/2016, Diario La Nación, “En el Hospital Gutiérrez viven con miedo”, 15/2/2012, Diario Digital El Día, “Por violencia e inseguridad dos hospitales atienden con guardias mínimas” 22/8/2016, Diario digital Via Rosario.

Tales titulares, y sus respectivas noticias, demuestran que la violencia laboral externa hacia los profesionales médicos es una problemática en aumento, tanto cualitativamente como cuantitativamente.

IV.-Mesas de Trabajo: Desde la Mesa Ejecutiva de FEMEBA se le propuso en el mes de Mayo del corriente a todas las Circunscripciones que componen la Federación, analizar la problemática desde sus perspectivas locales en Mesas de Trabajo, con idénticos esquemas de trabajo. También trabajaron en las mismas la Comisión de Médicos Jóvenes y la Comisión Interhospitalaria. Hasta la fecha contamos con los informes de las siguientes Circunscripciones: I, VI, VII, VIII, IX y X.

Los puntos sobre los que se ha trabajado son:

-Realidad socio-cultural- la relación médico-paciente: Dos Circunscripciones consideraron que prevalece el modelo autonomista, dos Circunscripciones entienden que coexisten el modelo paternalista y el autonomista. Por último la Comisión de médicos jóvenes, junto a otras dos Circunscripciones comprende que ambos modelos (paternalista/autonomista) han sido superados. Se destaca que una Circunscripción apreció que el modelo deliberativo esta en ascenso aunque es difícil de implementar.

-Rol de la institución: Una Circunscripción informó que no recibe reportes sobre hechos de violencia hacia los médicos. Cuatro Circunscripciones, han informado que reciben reportes/ toman conocimiento de hechos de violencia de modo particular/informal. Sólo dos Circunscripciones informaron que reciben denuncias por hechos de violencia.

Cuatro Circunscripciones informaron que no se toman medidas concretas sobre el hecho de violencia. Las medidas que informaron tres Circunscripciones que toman son: apoyo personal, descargo ante medios de prensa, nota de apoyo al equipo de salud, informe al Colegio de Médicos.

Respecto a la capacitación a los profesionales, seis circunscripciones han informado que no capacitan a sus profesionales. En una sola entidad se brindan talleres.

Profesional Médico- situación laboral: Todas las circunscripciones han reportado que los profesionales de su Circunscripción tienen una excesiva carga horaria laboral.

En referencia a las horas de guardia, tres Circunscripciones informaron que las horas de guardia promedio son de 24 hs. En particular la Comisión de Médicos Jóvenes informó que en algunos casos se hacen tres días consecutivos de guardias, y que los residentes cumplen con un mínimo de 48hs semanales de guardia. Tres Circunscripciones no reportaron sobre las horas promedio de guardia.

Respecto a la carga horaria media laboral, tres Circunscripciones nos informaron que la carga media es superior a 10 hs., dos Circunscripciones informaron un promedio de 8 hs. diarias. Referenciamos que dos Circunscripciones no informaron al respecto.

Todas las Circunscripciones (7) han informado que el pluriempleo es un factor de riesgo, que facilita la generación de hechos de violencia.

-Pacientes: Seis Circunscripciones han informado que no reciben quejas directas de pacientes y la Comisión de Médicos Jóvenes nos reportó que 53 de sus encuestados informaron que las quejas se hacen de manera directa a la dirección de los hospitales.

Sobre el uso racional/consciente de las guardias: Todas las Circunscripciones reportaron que existe un mal uso de las guardias. En algunos casos informaron que las guardias son consideradas por los pacientes como un consultorio externo de 24 hs., así también que ese mal uso se debe a la falta de educación de los pacientes y a las largas listas de esperas en consultorio

-Rol del Estado en la problemática: Cinco Circunscripciones informaron que las fuerzas de seguridad prestan colaboración activa en la temática. Al respecto, en particular han informado que: responden ante el hecho concreto pero que en ocasiones los sobrepasa, que colaboran por unos días luego del hecho concreto, que sirven para controlar situaciones ligadas a ebrios/drogados. Sólo dos Circunscripciones informaron que las fuerzas están ausentes.

- Aspectos en los que debe estar centrado el abordaje y la prevención de las situaciones de violencia: Tres Circunscripciones refirieron que el tratamiento debe ser en simultáneo entre todas las áreas de abordaje propuestas.

Dos Circunscripciones dispusieron que el abordaje debiera estar centrado en primer lugar en el plano organizacional.

Una Circunscripción nos reportó que el plano laboral debería estar en primer lugar en el tratamiento de la problemática.

Y las restantes dos Circunscripciones pusieron que la capacitación / información al profesional médico debía centrarse en primer lugar del abordaje.

Debemos destacar el informe presentado por la II Circunscripción. En el mismo se hace referencia a los constantes cambios y procesos que están debilitando en la actualidad a la relación médico-paciente. Entre tales destacan: la tecnificación y especialización de la medicina, la introducción de variables económicas, los cambios sociales y económicos, las características de los pacientes que se han modificado y la judicialización de la medicina que genera un tipo de medicina defensiva. Destacan entonces, que el abordaje de la problemática debe tener en cuenta las diferencias culturales entre los países y ser multifacético, cubriendo las áreas de legislación, seguridad, formación, etc.

V.- Cifras en sede judicial: Que no existe hasta el momento una base de datos oficial, en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, de la que surja la cantidad de denuncias penales efectuadas por médicos víctimas de hechos de violencia en el ejercicio de su profesión. Hemos procurado servirnos de información oficial en las fiscalías generales de los departamentos judiciales de Quilmes, Dolores, Junín y Bahía Blanca, obteniendo respuesta negativa en los primeros tres de ellos. En el Departamento Judicial de Bahía Blanca se nos informó de la existencia de dos Instrucciones Penales Preparatorias (I.P.P), en una de ellas se le concedió a la imputada la suspensión del juicio a prueba por el término de un año con más una reparación económica y la restante por delito de lesiones y amenazas aún continúa en trámite.

VI.- Legislación: No existe a nivel provincial normativa alguna que aborde la problemática de la violencia sanitaria, tanto desde el ámbito contravencional, como desde la regulación de las fuerzas de seguridad en materia de policía de seguridad hospitalaria, como desde el ámbito del Ministerio de Salud provincial.

A nivel nacional no existe normativa específica que aborde la sanción en sede penal a aplicar en los casos de violencia en el ámbito sanitario impartida por

terceros ajenos (paciente/familiar) y en tales casos se debe ocurrir al delito de lesiones o amenazas. Sin embargo, el Código Penal Nacional contempla como agravante del delito de lesiones la condición de que la víctima sea un miembro de las fuerzas de seguridad pública, policiales o penitenciarias, por su función, cargo o condición.

VII.-Ámbito internacional: A nivel internacional diversos países han comenzado a trabajar sobre la problemática de la violencia laboral en el ámbito sanitario, entre ellos se encuentran: Reino Unido, Australia, Uruguay y España.

En *España*, se han desarrollado investigaciones de campo, en Catalunya, Aragon y Castilla La Mancha, Burgos, entre otros.

Asimismo, diversas Comunidades Autónomas se encuentran trabajando de manera activa en la problemática. Como por ejemplo en Catalunya, el Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) creó el Observatorio de Seguridad de los Médicos, así como en 2010, creó la Unidad Integral de Violencia contra el Médico. Y en 2011, se firmó un acuerdo de colaboración, entre la Fiscalía Superior de Catalunya y el Consejo de Colegio de Médicos de Catalunya.

Desde el ámbito de los tribunales hubo un largo camino recorrido, hasta llegar a que el Tribunal Supremo (sala segunda, sala de lo penal) dictará la primera sentencia en el año 2007 (100/2007) en la que se considerara como un delito de *atentado* la agresión de un paciente a un médico. Ello, en función de considerar que las agresiones a profesionales del SNS son delito de atentado a funcionario público.

A raíz de tales antecedentes jurisprudenciales, así como de los movimientos de las distintas comunidades, se logró en dicho país la modificación del Código Penal. Éste dispone que todo acometimiento, empleo de fuerza, intimidación grave o resistencia activa también grave realizados contra un médico que tenga la condición de funcionario público y se encuentre en el ejercicio de sus funciones, tendrá la consideración de *delito de atentado* (cfr. artículos 550 y 551 CP)², sin perjuicio de la calificación que, en su caso, merezca el concreto

²Código Penal: **Artículo 550.1.** *Son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas. En todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas. 2. Los atentados serán castigados con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de tres a seis meses si el atentado fuera contra autoridad y de prisión de seis meses a tres años en los demás casos. 3. No obstante lo previsto en el apartado anterior, si la autoridad contra la que se atentare fuera miembro del Gobierno, de los Consejos de Gobierno de las Comunidades Autónomas, del Congreso de los Diputados, del Senado o de las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas, de las Corporaciones locales, del Consejo General del Poder*

resultado lesivo. A partir de dicha modificación: a los efectos penales tendrán la consideración de funcionario público todos aquellos médicos que realicen una prestación sanitaria o facultativa respecto de pacientes dependientes del Servicio Público de Salud, con independencia de su modo de ingreso, la categoría, el sistema de retribución, el estatuto legal o reglamentario, el sistema de previsión o, en fin, la estabilidad o temporalidad en el empleo de médico (cfr. artículo 24.2 CP).

En el *Reino Unido* el Servicio Nacional de Salud, desde el año 1996 ha tomado como una prioridad del Servicio la problemática de la violencia. Así se han tomado acciones para manejar y monitorear el riesgo y la seguridad de los trabajadores. Por ejemplo, han implementado guías con ejemplos de buena práctica. Asimismo, han medido el progreso de las medidas tomadas al respecto, emitiendo un reporte (2001-2002) denominado: *“A safer place to work-improving the management of health and safety risk to staff in NHS Trust”*, el cual mide la efectividad de las acciones. El lema de la campaña llevada adelante por el Servicio es: *“Zero Tolerance, Zone Campaign”*.

En Australia, entre otras actividades desarrolladas al respecto, debemos destacar la labor del Royal Australian College of General Practitioners, bajo el lema *“General Practice, a safe place”*, el cual ha emitido diversas herramientas para el abordaje de esta problemática (2011), como: un módulo dedicado a la educación de los profesionales y una guía (*tips and tools*) con diverso material para la prevención y abordaje posterior de los hechos de violencia (ej. Síntomas de alarma, el círculo de la violencia, check list para visitas en domicilio, entre otros).

Por último, debemos mencionar que en países como Canadá³, Colombia⁴ y Palestina⁵, entre otros, se han realizado estudios de investigación sin contar con una política activa al respecto.

Judicial, Magistrado del Tribunal Constitucional, juez, magistrado o miembro del Ministerio Fiscal, se impondrá la pena de prisión de uno a seis años y multa de seis a doce meses. Art. 554 3. También se impondrán las penas de los artículos 550 y 551 a quienes acometan, empleen violencia o intimiden gravemente:a) A los bomberos o miembros del personal sanitario o equipos de socorro que estuvieran intervinando con ocasión de un siniestro, calamidad pública o situación de emergencia, con la finalidad de impedirles el ejercicio de sus funciones.

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

VIII.-Ámbito nacional: A nivel nacional, como ya expusiéramos, no existe una legislación específica al respecto, ni una política activa desde el Gobierno nacional.

Sin embargo, podemos mencionar que la Sociedad Argentina de Pediatría en el año 2013, emitió un Manual de prevención, intervención y seguimiento de violencia y agresiones hacia personal de salud por los pacientes y sus familias. Qué asimismo, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se desarrolló un Protocolo de Seguridad, confeccionado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Seguridad y Justicia de la CABA.

En la Provincia de Córdoba, el Código de Convivencia ciudadana de la Provincia, contempla de manera expresa en su art. 67 la infracción de agravio al personal de centros educativos y de salud, cuando el accionar se cometiere en ocasión de los servicios en cualquier nosocomio de la provincia.

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Bs As, la Asociación de Médicos Municipales viene trabajando desde el año 2010 en la problemática, publicando artículos en la revista Mundo Hospitalario, realizando paros por la violencia y creando un 0800 para asistir a los profesionales. El 6 de Julio del corriente año presentaron un proyecto de ley, en el que por un lado se dispone que se considera como agravante del delito de lesiones a la lesión contra médicos y por otro lado se incluye en los delitos contra la seguridad pública, la tipología: *“quien ataque hospitales, sanatorios o cualquier otro centro de salud, ya sea al dañar instalaciones, impedir el funcionamiento normal o poner en peligro la integridad de quienes estén en el lugar”*. Todo el accionar de la citada Asociación lleva el lema: *“queremos usar guardapolvo blanco y no chaleco antibalas”*.

En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, se ha presentado en el corriente año un proyecto de ley para la modificación de las normas de organización de las policías de la Prov. de Bs.As., proponiéndose en la misma la creación de la Policía de Seguridad Hospitalaria como así también otro proyecto propone una reforma al Código de Faltas de la Pcia. de Bs.As.

Por último, destacamos que en el ámbito de la prov. de Buenos Aires se ha formado una Mesa de Diálogo Intersectorial, compuesta por el Ministerio de Salud de la Provincia, diversos sindicatos y Federaciones, entre ellas FEMEBBA.

⁴ Jairo Ernesto Luna-García, Zulma Urrego-Mendoza, Mireya Gutiérrez-Robayo, Alejandro Martínez-Durán, *Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras*. Bogotá, Colombia. 2011-2012, Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 3: 407-17.

⁵ Motasen Hamdan, Asma'a Abu Hamra, *Workplace violence towards workers in the emergency department of Palestinian Hospitals: a cross-sectorial study*, Human resources for health, 2015, 13:28, DOI 101186/s 12960-015-0018-2

La misma, trabaja en el ámbito de la salud pública, con eje en la prevención, asesoramiento, recomendaciones e intervención.

IX-Relación Médico-paciente: La relación médico-paciente ha ido mutando de características a lo largo de la historia. En ella se entrecruzan derechos humanos, derechos personalísimos y derechos de índole económica (tanto del profesional como del paciente). Todas estas características hacen a la complejidad de la relación.

Pese a tal complejidad, debemos comprender que es una relación que va a subsistir ya que, atiende a necesidades humanas universales, tiene por objetivo fundamental e inalterable ayudar a los pacientes, y la mayor parte de la ayuda médica se procura durante el encuentro directo entre médico y paciente.

Podemos ver distintos modelos relacionales: paternalista, autonomista y de decisiones compartidas. Según el contexto y la época, algunos se destacan más que otros.

El modelo relacional hoy está en una grave crisis debido a múltiples factores. Crisis que conduce en muchos de los casos a generar la violencia laboral que aquí tratamos.

Por todo ello, entendemos que debemos fomentar una relación médico-paciente mas humanizada, empática, democrática, de respeto de los valores en juego, entre otros principios.

X.- Situación laboral del profesional: Tampoco podemos desconocer la precaria situación laboral que hoy viven los profesionales médicos. Donde, muchos tienen entre dos y tres trabajos (multiempleo), combinando trabajos en subsector público, en subsector privado y en relación de dependencia. Así también, se ha estudiado, por ejemplo, que los médicos generalistas realizan una segunda especialidad para aumentar sus ingresos⁶.

Otras de las características actuales del trabajo médico en la Provincia, son las guardias excesivas, tanto en cantidad de horas o días por semana como por la falta de recursos humanos, también los sueldos precarios y la ausencia, en

⁶ Cintia L'hospital, Tesis: Descripción de la situación laboral de los médicos que finalizaron la residencia de Medicina General de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013, Universidad Nacional de Lanus, MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD, Disponible en: http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/tesis-Cintia-L-hopital-21-10-15.pdf

ciertos subsectores, de recursos materiales para brindar respuestas adecuadas a los pacientes.

Todas estas características, co-ayudan a generar violencia laboral externa, por razón de impactar de manera directa en el profesional⁷, generando en algunos casos situaciones de burn out, bajas laborales, etc.

XI.- Formación: De un relevamiento efectuado por esta Federación, en las diversas Universidades Nacionales, surge que en la carrera de grado no se imparte a los alumnos materia alguna en la que se enseñe de manera específica, como trabajar la comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.

En base a todos los antecedentes expuestos este Consejo Directivo acuerda y se compromete de manera unánime desarrollar de manera conjunta los siguientes puntos de acción:

1.-Bregar por hacer visible y concientizar a la sociedad en su conjunto de las causas y consecuencias de la violencia laboral en el ámbito sanitario.

2.- Instar la sanción de normativa específica en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, que implique la adopción de medidas específicas para prevenir y abordar la problemática desde diversos planos. Así como instar y apoyar los proyectos de modificación, que se presentaren, del Código Penal de la Nación, en materia de delito de lesiones, de amenazas, así como en materia de delitos contra la seguridad pública.

3.- Trabajar activamente por mejorar las condiciones de trabajo médico en la Provincia de Buenos Aires, tanto en el ámbito público como en el ámbito privado, siendo que las mismas influyen en la generación de violencia laboral en el ámbito sanitario.

4.- Promover de manera activa y continua la mejora de la relación médico-paciente, tanto en el ámbito privado como en el ámbito público, teniendo como eje los valores consensuados.

5.-Instar a que las autoridades de seguridad provinciales adopten políticas concretas en materia de seguridad sanitaria.

6.- Promover la firma de acuerdo de ayuda mutua con otras instituciones vinculadas con la salud, a los fines de trabajar en conjunto para la prevención y abordaje de la violencia laboral en el sector sanitario.

7.- Promover la firma de acuerdo con la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires -Secretaría de Estrategia Institucional y Gestión-, a los fines de contar con información oficial y continua sobre los procesos penales en curso, a raíz de denuncias por delitos de lesiones o amenazas instadas por médicos de la Provincia.

⁷ Se entiende a este escenario como violencia estructural, según Johan Galtung. (Jairo Ernesto Luna-García, Zulma Urrego-Mendoza, Mireya Gutiérrez-Robayo, Alejandro Martínez-Durán, *Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras*. Bogotá, Colombia. 2011-2012, Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 3: 407-17.)

8.- Promover la firma de acuerdo con el Ministerio Público Fiscal a fin de mejorar el conocimiento y seguimiento por las diferentes fiscalías de las denuncias efectuadas por hechos de violencia laboral en el ámbito sanitario.

9.- Crear un Observatorio de Agresiones hacia los profesionales médicos con el Registro Único de FEMEBA-. El propósito del último es asentar los hechos de violencia laboral hacia los médicos, con información oficial, que permita estudiar la progresión de la problemática para determinar las acciones y políticas a tomar. Como así también dejar plasmada la posibilidad de ampliar dicho registro a la violencia generada entre los miembros del equipo sanitario.

10.- Desarrollar, capacitación continua para los profesionales de la Federación en materia de prevención y abordaje de situaciones de violencia en el ejercicio de la profesión.

11.- Brindar al profesional médico asesoramiento y asistencia psicológica y jurídica inmediata ante el hecho de violencia vivenciado de manera particular.

12.- Desarrollar y difundir en las instituciones sanitarias provinciales protocolo de actuación ante situaciones de violencia laboral iniciadas por pacientes y/o familiares.

La Plata, 27 de septiembre de 2016.

La presente carta de Declaración de Política de la Federación será publicada en diversos medios de comunicación de la Provincia de Buenos Aires, así como se enviará a las distintas Entidades Primarias para su correcto anoticiamiento.

Todos los integrantes de este Consejo Directivo, dejamos abierto el diálogo para la inclusión de nuevos puntos de acción y su correspondiente tratamiento por Consejo.

Por último, los puntos de acción serán revisados en forma permanente con la finalidad de abocarse en forma plena y adecuada a esta problemática.