

**TEXTO DE LA CONFERENCIA del
PROF. DR GUILLERMO J. YACOBUCCI:
EL DERECHO FRENTE A LA VIOLENCIA EN LOS AMBITOS
PROFESIONALES DE LA SANIDAD.**

1. INTRODUCCION.

a) Presentación del esquema.

Este trabajo se desenvolverá tomando en cuenta un presupuesto general que se podría denominar filosófico o conceptual y que luego se concretará a través de dos grandes módulos. El primero estará referido a la violencia emergente de la propia organización, es decir, causada en el seno mismo de ésta y en virtud de la intervención de agentes que pertenecen a esa estructura. El segundo aparece relacionado con la violencia en la organización sanitaria a partir de la intervención de agentes externos a ésta, entendiendo por tales, pacientes, familiares y terceros circunstanciales. Esta distinción se funda en aspectos que exigen diferenciación y, por lo tanto, de medidas preventivas y de reacción también particularizadas. Si bien pueden responder a ciertos presupuestos comunes de índole psicológico o antropológico, sin embargo se desarrollan en razón de factores notoriamente diversos.

Cada uno de esos módulos tomará en cuenta principios, reglas, estándares y criterios que regulan o normativizan la cuestión y, al mismo tiempo, referencias de tipo empírico o relevamiento de campo, que permitan poner en relación ambas instancias. Sin pretensiones de exhaustividad, se intentara mostrar los mecanismos que explican o favorecen las distintas situaciones de violencia.

Finalmente, ese cuadro o relevamiento será abordado desde la perspectiva del derecho, diferenciando los distintos campos e instrumentos jurídicos aplicables de acuerdo a los fines que se pretende con su aplicación. De esa manera se concluirá el trabajo con la pretensión de otorgar al lector un análisis del tema y algunas vías de abordaje. El texto desenvuelve en gran medida la ponencia expuesta en las Jornadas sobre Violencia en la Prestación de Servicios Médicos, organizada por el Ministerio de Educación y Cultura y la Academia Nacional de Medicina del Uruguay.

b) Justificación del esquema.

En aras de justificar este esquema de análisis cabe señalar que el derecho forma parte de la expresión cultural de la sociedad. Por eso, cuando se reflexiona sobre su aplicación a determinados conflictos o problemas, debe asumirse el marco dentro del cual la propia existencia comunitaria es aprendida, lo que algunos identifican como "auto comprensión". Dicho de manera más simple, el derecho a pesar de su orientación imperativa se desarrolla dentro del universo de interpretación de la realidad social en que actúa.

Por eso, este trabajo debe partir de la identificación de ciertos aspectos que influyen en el modo de ver la actividad médica y sanitaria en general, la problemática de la enfermedad, la salud y la curación, la propia integración de la muerte dentro de esas circunstancias y los componentes de inclusión y exclusión social. Pareciera que nada de esto guarda relación inmediata con los conflictos y la violencia en las áreas de la sanidad; sin embargo, cuando se analizan las situaciones, se efectúan estudios de campo sobre los acontecimientos violentos e incluso, cuando se define en sí mismo un hecho como "violento", todos aquellos aspectos encuentran un lugar preponderante.

Sólo después de identificadas esas variables generales de tipo cultural, social y hasta política es posible evaluar en qué medida el derecho puede aproximarse como solución a los problemas de violencia en la actividad sanitaria. Repárese que al hablar del "derecho" se hace mención a una respuesta de tipo jurídica, esto es, fundada en leyes, decretos, reglamentos, contratos, estatutos societarios, jurisprudencia y doctrina. En fin, se trata de un universo amplio que abarca desde formas de organización societaria, estructuras de prevención y seguridad, modalidades administrativas, laborales, seguro social, respuestas *ius* civilistas y hasta sanciones penales.

Se deja ver con solo enumerar las cuestiones, que éstas no podrán ser abarcadas en un trabajo como el que ahora se presenta y que es consecuencia de la ponencia presentada ante la Academia Nacional de Medicina del Uruguay. De todos modos, la intención es al menos elaborar una guía de reflexión para que los operadores de los sistemas sanitarios puedan tener una referencia básica sobre las distintas aristas a las que cabe prestar atención.

2. LA FUERZA Y LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES HUMANAS.

El primer aspecto fundamental sobre el cual debe trabajar el derecho es la distinción entre lo que es *propio de la naturaleza humana* y aquello que puede asumirse como *patológico*. De lo contrario se estaría actuando a partir de un modelo ajeno a la íntima realidad de las personas, se obraría de acuerdo a un estereotipo ideológico e inexistente y en consecuencia los resultados serían insatisfactorios. No se trata de aceptar como naturales situaciones que solo la conveniencia y los intereses definen como tales –*invisibilidad de hechos disvaliosos*– sino de atender a ciertos aspectos básicos o propios del comportamiento humano. El derecho debe tener una base real –objetiva si se quiere–

desde la cual distinguir entre *lo socialmente aceptable* y aquello que ha de considerarse *insoportable*. Puede decirse que en esto aparece un cierto esfuerzo antropológico.

Al respecto debe admitirse que la disposición irascible forma parte de nuestro componente anímico y nos aporta fuerza e ímpetu para lo que se nos presenta como arduo o difícil. Los antiguos señalaban esa potencia del individuo como esencial para enfrentar la adversidad. De todos modos, como toda disposición humana, para ser tal, requiere del "gobierno" de la racionalidad. Esto lo señalaba Platón en su *República*, donde la valentía no era ciertamente digna de alabanza si no estaba guiada por la justicia y la razón. Siglos más tarde, Tomás de Aquino explicaba que el "abalanzarse contra el mal es propio de la ira, y de ahí que ésta pueda entrar en inmediata cooperación con la fortaleza"¹. Sin embargo, el filósofo pudo sorprender cuando dice que lo más propio de la fortaleza no es el ataque ni la ira, sino la resistencia y la paciencia para no ceder frente al mal en la búsqueda o posesión del bien. Valiente es el que también resulta paciente. La resistencia no es pasividad sino una enérgica actividad anímica para perseverar en la adhesión al bien². De hecho el desarrollo autónomo de la persona no se expresa solamente a través de la construcción del poder del yo, sino también y esencialmente merced a la integración social, con los otros³.

En consecuencia, la ira, el ímpetu, el ataque, la fuerza vital o la reacción no son algo extraño a la persona humana ni per se contrarias al desenvolvimiento existencial. De lo que se trata es de su regulación por la propia racionalidad de los sujetos y, en la convivencia, por aquellas reglas que extienden a todos los ámbitos la medida de lo aceptable.

Por eso, literalmente, cuando hablamos de una acción violenta o de algo violento, señalamos que se trata de una exteriorización **contra** lo que sería el modo natural de proceder. *Así, resulta violento aquello que está fuera de su natural estado, situación o modo.* En particular,

¹ Cfr. Tomás de Aquino, *S.Th. II-II, 123, 10 ad.3.*

² Cfr. Josef Pieper, *Las virtudes fundamentales*, Rialp, Madrid, 1976.

³ Cfr. Philipp Lersch, *La Estructura de la Personalidad*, Scientia, Barcelona, 1971, pág.469.

esto se aplica en los casos en los que se verifica algo impetuoso y fuerte que supone un arrebató, donde la ira se extiende por fuera de la normal o de la esperable contención de la racionalidad, es decir, de la prudencia (Cfr. Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española).

De tal manera no cualquier reacción, imperativo, expresión, restricción o actitud que conlleve un cierto grado de fuerza o imposición puede ser tenida por ilegítima y contraria a los modos de la actividad que se desarrolla. Esto es relevante a la hora de recurrir al derecho, pues éste actúa en los casos en que se ha afectado ilegítimamente algún derecho o interés protegido jurídicamente y constituye el primer marco de referencia. *Cuando se hable de fuerza y violencia en este campo habrá de señalarse que se trata de algo ajeno a las competencias, deberes, rangos, actividades, funciones y roles, que se exterioriza por lo tanto como irrazonable y anormal en su ejercicio.*

Dicho con un ejemplo, disponer una guardia, criticar la actividad de un residente, exigir que se respete un turno de quirófano, un horario de atención al público, rechazar el pedido surgido del propio paciente que exige la realización de un estudio etc, si bien suponen reacciones de imposición, no integran *per se* el contenido de fuerza o violencia jurídicamente inaceptable, sino la propia actividad ordenadora de las funciones sanitarias, más allá del disgusto que esto provoque en el receptor.

3. LA PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE EN LA CULTURA MODERNA.

El segundo aspecto a destacar en este campo, es la comprensión de la propia sociedad sobre los fenómenos de la enfermedad, la cura y la muerte en el ser humano. Esto *es fundamental para el derecho, ya que éste actúa sobre lo que se considera evitable, previsible y*

dominable, no sobre hechos o situaciones que forman parte del destino humano. Dicho de otro modo, la reacción jurídica depende de que su objeto este, al menos, dentro de las previsiones generales y en tanto tal pueda exigir una determinada respuesta. Nada se puede reclamar por la no evitación de lo inevitable, ni por la no previsión de lo imprevisible, al menos desde el mundo del derecho.

Estas coordenadas son esenciales a la hora de discernir qué ha de ser considerado como objeto de gobierno jurídico y qué cosas quedan fuera de esa posibilidad. Para decirlo de manera extrema, nadie en esta etapa del desarrollo humano puede contratar una prestación que le asegure que nunca morirá. Proporcionalmente, pareciera que por el momento esto tampoco es asegurable frente a una terapia. Lo que habrá en verdad son probabilidades y sobre estas se aplica el derecho.

La frontera entre lo dominable o no, con la que opera el ámbito jurídico, aparece condicionada de todas formas por la visión de la sociedad, su comprensión y desarrollo. Muchas de las reacciones violentas en el trabajo sanitario, sobre todo aquellas que surgen de los pacientes, enfermos y familiares, tienen como sustrato cultural una idea extrema acerca de la eficacia y aseguramiento médico. Cuando esa idealización es contrastada por la realidad y los límites mismos de la respuesta sanitaria, la incomprensión y la frustración se traducen en hechos de agresión verbal, física y reclamos judiciales.

El progreso de la medicina, dice Daniela Monti, ha contribuido a enraizar como creencia, sobre todo después de la segunda guerra, la ilusión de que la vida es para siempre. Por eso recuerda la afirmación del antropólogo Geoffrey Gorer, por la década de los años cincuenta, respecto de que la muerte ha devenido "*un argumento obsceno*"; en términos de Zygmunt Bauman, "*es el escándalo de la modernidad*".

Estos fenómenos se observan incluso en la praxis hospitalaria. Marina Sozzi, directora científica de la Fundación Fabretti de Torino y autora

del libro *Ripensare la morte*⁴ señala que el mecanismo de negación llega hasta las organizaciones de la salud donde muere el 80% de los ciudadanos europeos sin que esto suponga una consciencia sobre la cuestión. Se continúa calificando el número de los decesos en las instituciones como “accidentes”, a pesar de evaluar que los datos son próximos a la “normalidad” de las prestaciones y no su excepción. Así, pone como ejemplo el Piamonte donde se ha llegado al absurdo de proyectar hospitales sin cámaras mortuorias.

Esto resulta congruente, como señala Sozzi con la “psicologización y medicación del luto” haciéndolo -“diventare”- devenir una enfermedad de la cual hay que precaverse⁵.

4. LA IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS.

A partir de las reflexiones de Ulrich Beck, en “*La sociedad del riesgo*”, la caracterización de nuestra convivencia como *Risikogesellschaft*, ha servido para interpretar la realidad de nuestro tiempo y, en particular dentro del análisis sociológico y jurídico, para trazar límites entre lo que es atribuible a la competencia humana y aquello que es consecuencia de la naturaleza. Es decir, entre aquello por lo que los hombres deben responder ante sus semejantes y aquello que es parte de la limitación de las personas, la fatalidad, el destino o el riesgo vital⁶. Extremos que se advierten como relevantes a la hora de reclamar la aplicación del derecho a las diversas situaciones.

Por eso se suele *distinguir entre peligros y riesgos*. Los **peligros** son todos aquellos estados que resultan imposibles de controlar por las personas, son ingobernables e imprevisibles. Por el contrario, los **riesgos** son aquellos peligros que pueden ser manejados, controlados o evitados por la actividad de las personas. Mientras los primeros, como fuerzas y hechos de la naturaleza fuera del gobierno humano, no ameritan por principio juicio de valor de tipo jurídico, los

⁴ Editorial Laterza.

⁵ Cfr. *La malattia, le apure e le Ipotesi sull' Aldilà*, Daniela Monti, *Corriere della Sera*, 31-10-2010.

⁶ Ulrich Beck, *La sociedad del riesgo*, Barcelona, 1998.

segundos forman parte de la evaluación social, política, tecnológica, económica y por cierto médica. *Sobre estos últimos –los riesgos– opera el derecho y también pueden reclamar los sujetos.*

Esta distinción que en abstracto parece clara, en concreto es fuente de graves problemas ya que según se corra hacia un lado u otro la frontera de la naturaleza, peligros naturales ingobernables o riesgos surgidos de la falta de aptitud de quienes están a su cargo, las reacciones serán diferentes. Se deja ver con claridad que ésta frontera depende en muchos casos del desarrollo tecnológico, el conocimiento disponible, las capacidades profesionales, la educación y la economía de una determinada sociedad e, incluso, dentro de ella misma, de la integración de sus distintos componentes o grupos⁷.

En la perspectiva sanitaria esto se aprecia con características dramáticas pues los condicionamientos de desarrollo y conocimiento marcan la extensión de cada uno de los dos campos: el de los peligros que no se gobiernan ni prevén y el de los riesgos que son controlados. A su vez, dentro de la misma sociedad, la calidad de los servicios y las prestaciones que se reciben por los distintos grupos de pertenencia, determinan los factores de respuesta que son contemplados en términos de equidad, justicia e igualdad social. Dicho a modo de ejemplo, algunos sectores quedaran excluidos de prestaciones que se presentan como no disponibles o inexistentes, mientras que para otros estas mismas medidas serán algo natural dentro de la asistencia.

Por eso el riesgo es asumido como un peligro que puede y debe ser evaluado en razón de que su conocimiento es accesible y debe ser objeto de consideración con el fin de prevenirlo y controlarlo. Según Mirentxu Corcoy Bidasolo muchos de esos peligros actualmente se perciben como riesgos porque hay personas que los conocen, o los

⁷ En ese contexto, Víctor Gómez Martín, critica la posición doctrinaria que opone seguridad y libertad como si fueran extremos inconciliables. En *Libertad, Seguridad y Sociedad de Riesgos*, dentro de la obra, *La Política Criminal en Europa*, Atelier, Barcelona, 2004.

pueden conocer, con relativa exactitud. Sin embargo esto no sucede con las personas "comunes"⁸.

En lo que aquí interesa a nuestro tema esto supone que la sociedad reclama que se conozcan y controlen aquellos riesgos relativos a la salud, que se dominen las enfermedades, que se tenga eficacia en la terapia y se cuente con medios y tecnología con las que enfrentar los problemas sanitarios. Todo ello, además, dentro de un marco de equidad y accesibilidad para todos los ciudadanos en virtud del régimen republicano y democrático que asegura la igualdad entre las personas.

Estas exigencias sociales en principio se canalizan a través del derecho, es decir, mediante aplicaciones normativas que definan campos de competencia, estándares de control y reparto equitativo de posibilidades.

Sin embargo, estas exigencias también aparecen condicionadas por cuestiones que no solo dependen del grado de desarrollo particular de cada nación, sino también por la formación profesional de los operadores del sistema sanitario, la formulación de la política sanitaria por parte del Estado y, en lo que ahora cabe poner el acento, por la propia forma de entender las personas acerca de lo que está al alcance y bajo el dominio de los profesionales sanitarios – médicos, enfermeras, laboratoristas, bioquímicos, farmacéuticos etc.-

En este último punto, la cuestión deja de asumir aspectos objetivados y se traslada hacia el campo del "imaginario social" que supone, por cuestiones de tipo cultural, ideológico o de comprensión de la realidad, que los avances médicos tornan excepcional la existencia de

⁸ Cfr. Mirentxu Corcoy Bidasolo, *Limites objetivos y subjetivos a la intervención penal en el control de riesgos*, en *Política Criminal en Europa*. Atelier, Barcelona, 2004. Así expresa que "Esos peligros que se pueden conocer y controlar son los que denominamos riesgos y es lo que se puede exigir que sea controlado por quienes en las concretas circunstancias están obligados a ello y es, en el caso de que incumplan gravemente ese deber de controlar, cuando el derecho penal está legitimado para intervenir".

peligros inevitables o imprevisibles; determinando que la misma muerte sea vista como un suceso excepcional y por principio extraño si acontece en el marco de la actividad sanitaria.

Giddens advierte que esta situación indica el fin de la noción de naturaleza y de tradición. El fin de la naturaleza implica que cada vez quedan menos ámbitos ajenos a la intervención humana. Esto se verifica en la tecnología, especialmente la aplicada a la medicina, la biología y la genética. Hay un desvanecimiento de la naturaleza como idea. Por su parte, la desaparición de la tradición señala que ya no existe una referencia estable normativa que se herede vitalmente⁹.

En consecuencia, la ocurrencia de situaciones incontrolables, el progreso de la enfermedad, la ineficacia de los mecanismos terapéuticos, farmacológicos o de detección de signos, son evaluados culturalmente –de manera casi intuitiva– como resultados de falencias humanas y no como situaciones propias de la naturaleza humana – destino, riesgo vital, limitaciones o carencias de la propia existencia de las personas-. Desde ese punto de vista se busca por principio un "responsable" de lo acontecido, se exterioriza fuerza o violencia frente al hecho, se reclama judicialmente, se denuncia o se agrede a quien se identifica como el sujeto obligado a evitar lo sucedido. La aceptación o resignación frente a los límites impuestos por la realidad a la existencia de los hombres parece ser fruto casi exclusivo de una

⁹ Sobre el tema, Roger Campione, *El que algo quiere algo le cuesta: notas sobre la Kollateralschädengesellschaft.*, en *La seguridad en la sociedad del riesgo*. Atelier, Barcelona 2003. En su estudio, Roger Campione evalúa a partir de las reflexiones de Luhmann y Giddens que la idea de riesgo se abre paso en la transición de la Edad Media a la Modernidad en virtud de los viajes de exploración, sobre todo a través de la náutica. De allí que la palabras castellana se refleje en otras lenguas a partir de la expresión de la navegación y de los accidentes en riscos. También juega un papel importante el desarrollo de la contabilidad pues de esa manera se pueden hacer cálculos y probabilidades sobre beneficios y pérdidas. Por tanto junto con la noción de riesgo se va elaborando la de aseguramiento. El riesgo es tal cuando el peligro puede ser comprendido y dominado, no surge así de una situación externa o imprevisible, no calculable. Aquí puede integrarse entonces el principio de precaución -*Vorsorgeprinzip*- que, en tanto regla dice que debe actuarse aunque no haya evidencia científica definitiva sobre la situación de riesgo.

racionalidad o reflexión y no de la reacción inicial ante lo inevitable o imprevisible.

Así, Beck explica que, mientras en las sociedades pre-modernas, los cambios o variaciones eran consecuencia de leyes naturales superiores al querer y dominio humano, en la modernidad eso no sucede. Por eso, Berian señala que aquello que las sociedades tradicionales atribuían a la fortuna, a una voluntad metasocial, divina o destino, las sociedades modernas lo atribuyen al riesgo, que representa la secularización de la fortuna. El riesgo es un constructo social histórico, un dispositivo de racionalización, de reducción de la indeterminación¹⁰.

El riesgo es entonces producto del modo en que el hombre se comprende y realiza, configurando la realidad. En esto se observa desde ya una primera fuente social de violencia que se expresa en los ámbitos sanitarios y que explica un porcentaje importante del problema pues resulta una concreción de la rebelión contra aquello que no es en verdad dominable y debiera serlo.

Sin embargo, también puede advertirse que las desigualdades y disfunciones provocadas por la política sanitaria del Estado suma a esas consideraciones de psicología social un aspecto de valoración comunitaria que hace inaceptable la aplicación diferenciada de respuestas a situaciones similares. Así, en términos de justicia social esa falta de sincronía se ve como insoportable y de allí un segundo foco de violencia y reacción sobre los operadores sanitarios.

Finalmente, la propia organización sanitaria es alcanzada no solo por estos aspectos culturales y deficiencias de política de salud pública, sino también por las carencias en el modo de estructurar la prestación de los servicios y de configurar las competencias – verticales y jerárquicas así como horizontales y de coordinación-entre los prestadores. Se trata de aspectos que hacen a la formulación de las organizaciones, distribución de funciones y roles,

¹⁰ Cfr. J. Berian, *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Anthropos, Barcelona, 1996.

discernimiento administrativo, de estructura de formación profesional, de canales pedagógicos, de práctica y especialización. En fin, el universo de formación, gestión, aplicación, evaluación y normativización de la prestación de los servicios de sanidad.

El ámbito de análisis incluye en consecuencia la estructura de organización profesional, de naturaleza empresaria, gestión y arquitectura del servicio sanitario. A esto se suman mecanismos de prevención, control y asistencia relacionados con las prestaciones, la concreción y ejecución de protocolos y el ejercicio de evaluación periódica. Como se ve, el universo de estudio no solo supone relevar las fuentes culturales, ideológicas y sociales sino también el modo en que se "construye" a través de políticas públicas, profesionales, empresariales, gremiales y de control, la estructura de atención sanitaria de una sociedad.

Desde esta perspectiva múltiple que permite observar los focos más relevantes de formación de la violencia se puede advertir que la labor eficaz del derecho en su prevención, control y respuesta tiene un carácter parcial. Sin embargo, no por eso deja de ofrecer una serie de instrumentos fundamentales para el tratamiento del problema, sobre todo si se entiende al derecho desde una visión más amplia que la relacionada con el sistema civilista, la reparación de daños o la sanción penal y se integra dentro de su campo los criterios de tipo administrativo, laboral, de gestión, orden societario y control de riesgos que son el primer paso de prevención, aunque el menos explorado en la consideración legislativa.

Sobre la base de lo dicho, cabe entonces determinar qué se entiende por violencia en términos normativos, es decir, asumibles por el derecho y, desde allí, progresar en el relevamiento del problema desde un punto de vista interno –aquel que asume la violencia emergente de la propia organización- y desde una consideración externa –es decir, la violencia provocada por los agentes que concurren o reciben el servicio-.

5. UNA APROXIMACION A LA DEFINICION NORMATIVA DE VIOLENCIA.

Si bien no tienen un carácter prescriptivo formal, las *Directrices Marco* elaboradas dentro del programa conjunto de la OIT/CIE/OMS/ISP, acerca de la violencia laboral en el sector de la salud (Ginebra, 2000-2002) bajo la influencia intelectual de Victorio Di Martino, ofrecen un criterio esencial a la hora de definir la cuestión.

Básicamente, la violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre *abusos, amenazas o ataques* en circunstancias *relacionadas con su trabajo* - incluidos los viajes de ida y vuelta a él -*que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud.*

Esas situaciones cabe reiterar, si bien en ocasiones tienen por fuente a quienes resultan "pacientes, allegados o familiares de estos", en otras circunstancias surgen de la propia organización profesional. Esta distinción, de todas maneras, exige una nueva calificación en virtud del modo en que se expresan las relaciones entre las personas y que, obviamente, suponen no solo contactos físicos sino expresiones que se desenvuelven psicológicamente.

Por eso *debe incluirse en el concepto bajo análisis tanto la violencia física como la psicológica.* Esta última, según se expresa en el trabajo de referencia, se ha subestimado durante largo tiempo y sólo ahora recibe la debida atención, ya que actualmente surge como uno de los problemas prioritarios del lugar de trabajo.

En ese estudio se adopta la noción "cumulativa" de evaluación que es esencial a la hora de estudiar los mecanismos de acoso, molestia y agresión laboral. Por eso refiere que la violencia psicológica personal se ejerce muchas veces mediante un comportamiento repetido que, en sí mismo, "puede ser relativamente poco importante pero que, al

acumularse, puede llegar a ser una forma muy grave de violencia". Si bien puede bastar un único incidente, la violencia psicológica consiste a menudo en actos repetidos.

Fundamentalmente la violencia se ejerce a través de *agresiones o ataques* que son vistos como exteriorizaciones "intencionalmente dirigidas a dañar a una persona". Sin embargo, también existe violencia mediante *abuso*, esto es, merced a un "comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor" del sujeto. Esto ha de distinguirse de la noción de *intimidación o atropello* que incluye actos ofensivos y repetidos en el tiempo, con intentos vengativos, crueles o maliciosos de humillación que minan la relación del grupo. Por eso es necesario sumar a ese elenco de situaciones *el acoso*, pues bajo su expresión se incluyen "conductas no correspondidas ni deseadas que se basan en la edad, discapacidad, condición de seropositivo, circunstancias familiares, sexo, orientación sexual, género, raza, color, idioma, religión, creencias u opiniones políticas, sindicales u otras, origen nacional o social, asociación con una minoría, propiedad, nacimiento u otra condición, y que afecta a la dignidad de los hombres y mujeres en el trabajo".

En aras de identificar casuísticamente las situaciones de violencia, el informe internacional señala como actos de violencia física al empleo de la fuerza tangible contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, mediante palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos.

Dentro del marco de la violencia psicológica aparece el uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. En esto se integra el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas.

6. LA VIOLENCIA DENTRO DE LA PROPIA ORGANIZACIÓN SANITARIA.

Si bien son diversas las áreas donde se expresa la existencia de violencia o maltrato laboral en la actividad sanitaria, quizás los puntos más conflictivos se encuentren en la formación de los médicos residentes y en las tareas de enfermería.

6.1. El problema de los residentes.

A los fines de facilitar la tarea, cabe recurrir a investigaciones de campo practicadas en esos "espacios" profesionales con la intención de poner en evidencia cuál es el grado o intensidad de la problemática. Para ello se utilizara respecto de la Argentina el estudio realizado dentro del PMIG del Hospital de Clínicas que, por su naturaleza, ofrece una visión integral¹¹.

Cabe advertir que la muestra se conformó con todos los médicos residentes del Hospital de Clínicas José de San Martín (HCJSM) perteneciente a la Universidad de Buenos Aires, del Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano bajo la potestad del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez, del Instituto Municipal de Obras Sociales (IMOS). Los autores indican que la muestra estuvo constituida por 178 (55%) mujeres y 144 (45%) varones; 112 (35%) residentes se hallaban en el primer año de la residencia, 101 (31%) en el segundo, 67 (20%) en el tercero, 40 (12%) en el cuarto y 6 (0.5%) en el quinto. El 66% de los encuestados estaban en el primero o segundo año de la residencia. Doscientos treinta (71%) participantes pertenecían a

¹¹ Ver al respecto "*Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes*" cuyos autores son: Raúl Mejía, Andrea Diego, María Alemán, María del Rosario Maliandi, Fernando Lasala, realizado dentro del Programa de Medicina Interna General (PMIG), Departamento de Medicina, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. En *Medicina*, v.65, n°4, Buenos Aires, julio/agosto 2005.

residencias clínicas, 72 (22%) a residencias quirúrgicas y 20 (6%) a residencias de diagnóstico.

La primera consideración del estudio que llama la atención es que el 90% de los residentes refirió haber recibido algún tipo de maltrato, señalando en promedio cada uno 8 ítems diferentes. En el estudio se indica que, por las características de la encuesta, cada residente refirió haber estado en una situación de maltrato diferente al menos 8.2 veces aunque puede haber sufrido el mismo tipo de maltrato por el mismo perpetrador en más de una oportunidad.

De todos modos un aspecto que resulta relevante en términos que podrían definirse como culturales, pedagógicos o profesionales es el hecho que los residentes que en primer año han sufrido violencia, la apliquen ni bien cambian de categoría, como si hubiesen olvidado lo sufrido unos pocos meses antes.

Esta circunstancia obliga a considerar si el "maltrato" es asumido como un mecanismo de "formación", es decir, si se lo interpreta como parte del entrenamiento profesional, si por el contrario es un modo de "invisibilización" de la violencia laboral o, en definitiva, si es parte de una vinculación enfermiza dentro de un esquema de cierta sujeción. Sea cual fuere la razón, lo cierto es que muestra la necesidad de distinguir aquellos aspectos que constituyen los "riesgos socialmente aceptables" de la labor, esto es, que escapan a la intervención jurídica o, si en verdad se incluyen dentro de un campo de "riesgos jurídicamente inaceptables" que por lo tanto reclaman una intervención del derecho.

Los autores de la investigación reflexionan sobre si este fenómeno podría deberse al convencimiento, enquistado en el modelo médico de aprendizaje, de que el uso de la violencia es una estrategia útil para incorporar conocimientos en situaciones de extrema complejidad como son aquellas relacionadas con cuestiones en las que están en juego la vida y la muerte. Por eso advierten que la violencia en la residencia existe desde hace varias décadas y los residentes justifican

su existencia porque consideran que no existe otra manera de incorporar tan gran cantidad de conocimientos y habilidades en un período de tiempo tan breve.

La inferencia que obtienen es terminante y acertada en términos de evaluación socio-jurídica: Esta aceptación de la violencia como el método "normal" o "natural" de enseñanza vuelve muy difícil erradicarla. Cuando, por diferentes razones, un fenómeno de naturaleza social adquiere *status* de "natural" queda incorporado en la sociedad por largo tiempo, a medida que pasa el tiempo se refuerza la aceptación social y se vuelve más difícil modificarlo.

En lo que aquí interesa, es importante reproducir aspectos identificados en el estudio como es, por ejemplo, que los residentes reconocieron como perpetrador, en primer lugar a los colegas de años superiores, a quienes responsabilizaron del 25% de los episodios de maltrato, luego a los jefes de residentes, con el 19% y a continuación, a los médicos de planta en un 14%. De todos modos, los investigadores advierten que ese nivel de maltrato es similar al encontrado por otros investigadores en los Estados Unidos de Norteamérica, el Reino Unido y Canadá.

Dentro del elenco de situaciones de maltrato se individualizan el recibir críticas por no realizar tareas administrativas que ocupa el 75% de los casos informados por los residentes, en cuanto al haberla sufrido al menos una vez. Las faltas de respeto al trabajo realizado fueron informadas por el 58% de los encuestados y ocuparon el segundo lugar en el orden de frecuencia de las diferentes formas de maltrato. En términos que son congruentes con los conceptos de la Directivas Marco ya referidas, los residentes consideran que sus tareas a menudo son calificadas en forma despectiva, obligándolos a realizarlas una y otra vez sin considerar las difíciles situaciones en que debieron efectuarlas. El 64% de los residentes refirió haber sido gritado alguna vez y el 23% haber sufrido violencia: la mitad bajo la forma de amenazas, el 25% como golpes y empujones y el resto

mencionó haber sufrido otras formas de violencia física. La imposibilidad de contar con tiempo para satisfacer necesidades elementales como dormir o comer adecuadamente fueron referidas por los residentes con una frecuencia del 44%.

En la evaluación que los propios sujetos hacen de esos hechos es importante atender a lo que indica este informe especializado: El recibir gritos en el ámbito laboral es considerado una agresión mayor y merecedora de sanciones para el responsable. Las críticas humillantes en público fueron referidas por el 57% de los residentes. Todo esto es enmarcado en la asunción obvia de que la residencia tiene una función primordialmente docente, lo que supone en términos de análisis social un contrasentido si se advierte lo habitual de las situaciones de conflicto apuntadas.

El desvío o abuso de poder también se califican claramente por quienes han respondido a la encuesta como una situación de maltrato. Esta forma encubierta que se basa en el uso fraudulento de prerrogativas dentro de la relación con los residentes, muestra la existencia de mecanismos que solo pueden ser atendidos desde criterios de proporcionalidad, racionalidad y teleológicos que no han de surgir de una regla abstracta sino de protocolos concretos, instrumentos de control y protección grupal. En un lugar particular aparece lo que el estudio denomina "la perniciosa costumbre de aplicar «guardias castigo»" que es considerada un elemento que "contribuye a deteriorar aún más el rendimiento profesional del médico residente, quien ya se encuentra al límite de su capacidad física". Esta práctica fue referida por el 31% de los residentes y se utiliza con mayor frecuencia en las residencias quirúrgicas que en las clínicas.

De todos modos, vale la pena señalar que en esta encuesta se describen 13 situaciones de maltrato y 10 posibles perpetradores, respondiendo 322 residentes (55% mujeres), el 72% correspondía a residencias de orientación clínica, el 22% a quirúrgicas y el 6% a

diagnósticas. El 89% de los residentes refirió haber recibido algún tipo de maltrato señalando en promedio ocho ítems cada uno. En términos estadísticos el estudio afirma que el 75% de los residentes refirió haber sufrido críticas por no realizar tareas administrativas, 64% haber recibido gritos, 57% haber sido humillado en público por sus errores, 13% haber sido amenazado con sufrir perjuicios físicos, 10% haber recibido comentarios no deseados de índole sexual, 7% haber sido expuesto a material de contenido pornográfico sin haberlo solicitado, 15% refirió haber sufrido golpes, empujones y 10% haber sufrido discriminación religiosa o racial. Los responsables del maltrato ejercido con mayor frecuencia fueron: residentes superiores (26%), jefes de residentes (19%), médicos de planta (14%), jefes de sala (8%) y enfermeros (8%). Los investigadores concluyen que sería necesario un enfoque multidisciplinario para enfrentar este problema.

6.2. El problema en el área de enfermería.

En el campo de la enfermería se cuenta con destacados trabajos de investigación realizados en Argentina y presentados en distintos congresos internacionales. Así, por ejemplo, "Trabajo en enfermería en sector público", a cargo de Miriam Wlosko y Cecilia Ros. Wlosko también tiene estudios publicados en Montevideo sobre la temática. En el caso de "Violencia laboral en el sector salud, con especial énfasis en el sector de enfermería" el equipo está integrado además por María Teresa Lodieu, Sergio Muskats, Ester Armand Ugon, Emilce Cassinelli y Beatriz Pändelés. Miriam Wlosko es Directora del Proyecto: "Violencia Laboral en el Sector Salud", vinculado a un área de la Provincia de Buenos Aires, como es Lanús.

El estudio parte de señalar con cita doctrinaria especializada que la gran mayoría las investigaciones coincide en que el sector laboral más expuesto a la violencia laboral es el sector salud (ILO, WHO, ICN & PSI 2002, 2005, Eurofound, 2007), y dentro del mismo, el personal

de enfermería posee el mayor riesgo (Di Martino, 2000; Di Martino, 2002.; Di Martino 2003; Binder & McNeil, 1994; Bjorkly, 1999; Hewitt, & Levin, 1997). Hay estudios que sugieren que la cuarta parte de la violencia en el lugar de trabajo se dirige contra personas que trabajan en el sector de enfermería (Elliott, 1997; Fernandes, Bouthillette, Raboud & Cols, 1999; Henderson, 2003).

En esa línea observa que entre las causas de esa situación se encuentran las condiciones de trabajo del personal de enfermería caracterizado por la sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotativos, trabajo nocturno, y frecuentes cambios de servicio. Estas circunstancias, según los investigadores, determinan que estén expuestos a permanentes riesgos biológicos, químicos, físicos y psicológicos. A esto añaden los bajos salarios y la escasez sistemática de personal, que lleva a que las personas tengan dos o tres trabajos, o realicen horas extra.

Sobre los aspectos específicos de la violencia advierten que no sólo aparecen en forma de episodios de agresión directa y visible - sea ésta física o verbal - sino que adquiere formas más sutiles, que suponen un complejo entramado tanto a nivel del colectivo de trabajo como de la organización. La mayor parte de las veces la situaciones de violencia son invisibilizadas o acalladas por la organización de trabajo.

Respecto de la etiología de esas situaciones, el relevamiento indica que un disparador central de las mismas se debe a que la brecha entre trabajo prescripto y trabajo real se acrecienta hasta un punto, que el sujeto se ve llevado - a fin de poder realizar su trabajo - a transgredir las normas y procedimientos prescritos por la organización o por las jefaturas. Por tanto, se marca un punto relevante como son los déficits de organización y las carencias sustanciales de las áreas directivas que terminan reforzando por medio de su pasividad, una cultura organizacional que tolera el maltrato como modo normal de expresión.

De allí que sostengan que en muchas organizaciones, los responsables de la gestión participan activamente de la cultura de la violencia y la incitan. Por tanto recuerdan, con cita de Leymann, que una de las causas principales de un conflicto que degenera en acoso proviene de la reticencia de los mandos jerárquicos a intervenir. En ese punto no puede olvidarse que la relación de los enfermeros con los usuarios constituye frecuentemente una demanda que provoca en ese personal estados depresivos o de agresividad. Es más, el contacto de estos profesionales con los acompañantes y las visitas es motivo de demandas y quejas de familiares y pacientes.

En un contexto de análisis amplio e intensivo, el estudio avanza sobre la idea de que la falta de reconocimiento – tanto real como simbólico – de la labor de los enfermeros por parte de las organizaciones de trabajo hospitalario, genera una dinámica que afecta la identidad profesional, con expresiones de victimización e incluso falta de espíritu de cuerpo, dificultades en la cooperación, recelo respecto de la transmisión de saberes.

Al evaluar ese campo situacional, el estudio advierte sobre la implicancia de la idea del trabajo “mal hecho” y el sufrimiento que genera así como el magro contenido significativo del trabajo enfermero que atenta contra la identidad y fragiliza la salud mental; generando un sentimiento de falta de realización profesional. En consecuencia en ese análisis se hace un llamado de atención, indicando que todo esto provoca estrategias defensivas como la desmovilización, el retraimiento (retirada), el individualismo, la denegación, y lo que P. Moliner denominó el “kaporalismo”.

La investigación aporta un criterio que no puede obviarse y del cual parte: la idea de que toda violencia es una producción de conjunto y no sólo de quienes encarnan las funciones de violentador-violentado, que exige un abordaje conceptual que integra entre otros elementos el modo en que se organiza el trabajo y los factores institucionales o estructurales.

Este relevamiento resulta por lo demás congruente con el informe de la responsable de Salud Laboral de la Federación de Sanidad, Carmen Yela Yela (España/Madrid) quien habla de cuatro factores en relación con la violencia en el trabajo: individuales, situacionales, organizativos y sociales. Remarca sin embargo que el nivel individual no es el más importante, pues la mayor parte de la violencia se origina en el nivel social, es una cuestión política, y no es fácil intervenir en este nivel. Por eso entiende que es más eficaz actuar en la instancia situacional, relevar el ámbito en el que la gente trabaja. Así, el nivel organizativo aparece como decisivo ya que se puede beneficiar a la institución y a la vez combatir la violencia.

Dentro de su explicación, advierte que en los institutos de salud existen algunos factores que incrementan la posibilidad de que se produzcan actos violentos. Los más significativos de dichos factores se asocian por un lado con el *entorno del trabajo*, sobre todo cuando la institución está situada en una zona de exclusión social o alto índice de criminalidad y con *la organización del servicio*. Por ejemplo, refiriéndose al sector sanitario de la Comunidad de Madrid, lo caracteriza por: escasez de personal; recursos insuficientes; falta de tiempo para atender a los enfermos; estilos de gestión rígidos, autoritarios y basados en la intimidación que presionan para incrementar la productividad, y que fomentan la rivalidad y la competitividad; trabajos en solitario, trabajo nocturno; trabajo con pacientes (estresados y en crisis); trabajo con objetos valiosos (medicamentos, drogas); trabajo con ciertos colectivos peligrosos (enfermos mentales, presos, drogadictos; experiencia insuficiente (trabajadores nuevos o en formación); atención de enfermos que sufren esperas interminables, errores, incumplimientos y trabajo de cara al público.

6.3. Una de las consecuencias más negativas de la situación.

En una investigación de *IntraMed*, el Dr. Manuel Martín indica que en otros tiempos, "el médico era un personaje dentro de las familias que atendía y su ubicación social era de preeminencia y de expectabilidad. En la actualidad, en razón de su proletarización en relación directa con la tecnificación de la Medicina y de la aparición de grandes instituciones comerciales que manejan la asistencia médica y lo tienen en calidad de "prestador" casi sin categorización profesional, el médico se ha transformado en un engranaje intercambiable con muy pocos derechos y numerosas obligaciones".

En ese mismo estudio, el Dr. Néstor Koldobsky advierte que la actividad médica a los ojos de pacientes, familiares funcionarios y gerencadoras, ha devenido de "una función social de preservación de salud a una provisión de servicios". Como tal, la prestación de estos está enmarcada por aspectos positivos ligados a la protocolización, la normatización, la auditoria, la satisfacción del cliente, sustentadas en el respeto y la confianza debidamente ganadas por el proveedor. Sin embargo en ocasiones "pacientes o familiares que requieren servicios" sienten "que se enfrentan a proveedores corruptos, ladrones, profesionales ineficientes o arrogantes". Termina su opinión advirtiendo sobre las consecuencias que todo esto puede provocar en los profesionales, como puede ser el *burnout*.

Estudios disponibles indican justamente que el denominado *burnout* es una exteriorización cada vez más habitual de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal a raíz del estrés laboral e institucional continuado que sufren los profesionales, especialmente aquéllos que mantienen una relación constante y directa de ayuda con otras personas, sanitarios, educadores, etc.

Se ha determinado que en profesiones con un elevado componente vocacional, la transición actual de las expectativas idealistas de la juventud y periodo de formación a la práctica clínica cotidiana puede frustrar con facilidad las expectativas de recompensas personales, profesionales y sociales. Así, tras los dos primeros años de carrera

profesional se puede constatar un fenómeno de sensibilización que supone un desgaste que alcanza a los médicos residentes, especialmente en relación con las guardias en los servicios de urgencias. Los estudios revelan que se ven más afectados los profesionales que llevan "más de 20 años de desarrollo profesional, con más de 10 años en el mismo centro de trabajo, especialmente si se trata de centros con gran número de profesionales del ámbito de la atención especializada y dedicados la mayor parte del tiempo de su jornada laboral a la atención directa de un número elevado de pacientes".

En esa línea los trabajos sobre el tema remiten a las disfunciones en las rotaciones laborales, los cambios de turno y de horario que pueden incrementar el riesgo, especialmente en el personal de enfermería. Esas situaciones provocan una atención deshumanizada que en ciertos casos es señalada como fuente de agresividad contenida o violencia manifiesta por parte de los pacientes que hablan de una respuesta deshumanizada e indigna, «sin ni siquiera mirarle a la cara». Por eso los estudios concluyen que "la despersonalización, fruto del desgaste profesional, incrementa el riesgo de agresiones contra el personal sanitario, y a su vez, el ambiente hostil incrementa el estrés de los propios profesionales.

Se ve desde este relevamiento la importancia de los aspectos de organización profesional, distribución del trabajo, ámbito de ejercicio de las prestaciones, vínculos humanos, compromiso directivo y políticas públicas que, en buena medida, serán canalizadas a través del derecho.

7. LA VIOLENCIA DESDE FUERA DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA.

Este tipo de violencia se dirige contra los prestadores del área de salud y, cuando se produce en la instancia de trabajo determina lo

que se denomina *workplace violence against health care workers* que por regla tiene como ejecutores a pacientes, familiares o acompañantes.

Un estudio llevado a cabo sobre alrededor de 60 centros sanitarios ubicados en Cataluña, pertenecientes en su mayoría a la red XHUP (*Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública*), durante el periodo 2007-2009 y que abarcó cerca de 43.000 profesionales de la salud puede resultar un referente significativo a la hora de relevar la problemática de la violencia contra los profesionales de la salud, sin perjuicio de recurrir en la consideración a situaciones dentro de la sanidad en Uruguay y la Argentina.

En el lapso que abarca los dos años de análisis se notificaron 1940 incidentes que comportaron, en un tercio de los casos, violencia física y, en más de la mitad, violencia verbal. Al mismo tiempo se identificó que "en dos de cada tres ocasiones agredió el propio paciente, siendo uno de cada tres agresores reincidente". Además, la mitad de los incidentes aconteció en servicios de atención hospitalaria, resultando las causas más frecuentemente problemas con "tiempos de espera", "calidad de la información" y "trato recibido".

El estudio de referencia reconoce cuatro categorías principales de violencia ocupacional: 1) *violencia verbal*, con la que el agresor "ofende, insulta, injuria, difama, desacredita, ridiculiza, ultraja, amenaza, intimida o, atemoriza" al agredido; 2) *violencia física*, que supone contacto corporal mediante "empujón, patada, bofetada, puñetazo, golpe con alguna otra parte del cuerpo, arañazo, mordedura, estirón de cabello, escupitajo o bien de ataque con algún objeto contundente o cortante, con manejo de arma blanca o de fuego o median te el recurso a cualquier otro tipo de objeto o sustancia capaz de causar daño o lesiones en la persona agredida"; 3) *violencia simbólica*, que se expresa merced a "ataques sutiles en forma de invasión del espacio personal, de intrusión en lugares no autorizados, de realización de gestos intimidatorios, de ostentación

de armas"; y 4) *violencia económica*, que se concreta por vía de "apropiación, deterioro o destrozo de objetos y pertenencias del centro o particulares del personal empleado en el mismo, manoseo de instrumental de trabajo o de mobiliario de la institución".

El resultado de la encuesta mostró que un 76,9% de las agresiones incluyó violencia *verbal* (algunas veces, precediendo y acompañando a las demás), en un 37,9% de los casos se notificó violencia *física*, mientras que en un 15,5% se trató de violencia *simbólica* y en un 2,6% de la *económica*.

Un aspecto relevante en la cuestión es que el personal femenino fue víctima de tres de cada cuatro actos de violencia ocupacional notificados, lo que indica un matiz de violencia de género integrado a esta específica situación de hostilidad contra los profesionales de la salud. Esto se hace aún más claro si se atiende a que la persona agresora fue un hombre en un 63,2% de los casos. El caso típico de persona trabajadora agredida perteneció mayoritariamente a los sectores profesionales de la medicina o de la enfermería. La reincidencia sobre el sujeto pasivo se apreció en 42%, indicándose que otro 59,4% reconoció no haber recibido ningún tipo de formación específica para el manejo de situaciones violentas.

No deja de resultar paradójico en términos de evaluación sobre los motivos de la violencia que como consecuencia de los actos de agresión, en un 21% de los casos se hicieron concesiones inmediatas a las exigencias de la persona agresora (pruebas complementarias, medios de transporte sanitario, etc.) y sólo en un 5% de los incidentes se inició un proceso judicial formal.

En punto a los efectos de la violencia sobre las víctimas, si bien sólo un 3% de ellas solicitó una baja laboral a raíz de la agresión recibida, un 27% de las mismas declaró haber experimentado efectos psicológicos derivados de aquel acontecimiento traumático. Además un 56% de las víctimas reconoció el potencial impacto negativo del

suceso en su propia práctica asistencial y en la de su grupo de trabajo.

Vale la pena advertir que el propio estudio indica que los incidentes violentos recogidos en el informe, según los dos principales tipos de violencia establecidos (física, en el 38% de los incidentes, y verbal, en el 77%) “coincide, en líneas generales, con los datos obtenidos en investigaciones realizadas en otros países”. Así, en el Reino Unido se observan frecuencias del 27% de violencia física y un 68% de violencia psicológica en los incidentes notificados en personal sanitario de hospitales. En las urgencias dentro de área de Norteamérica se describen respectivamente, 28% y 75%, mientras que se alcanzan frecuencias del 18% y 73% en los incidentes acaecidos en enfermeras de Hong Kong.

En el caso de Argentina con referencia a hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, se observa que 2 de cada 10 médicos que hacen guardias en los 33 hospitales porteños afirman que recibieron algún tipo de golpe por parte de pacientes o de familiares, según una encuesta realizada en el 2009 a 271 profesionales y difundida por el boletín científico de la *Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires*. Para fines del 2010 ya se habían producido 100 agresiones a profesionales, incluyendo insultos, amenazas, y golpes, aunque las de naturaleza física son cada vez más notorias, según Jorge Gilardi, presidente de la entidad. Entre los casos se destaca el ocurrido con un médico del *Hospital Durand* que fue golpeado con un fierro y sufrió el quiebre de una vértebra cervical. Desde la *Federación Médica Argentina*, el vicepresidente Ignacio Berrios confirmó que “los casos de maltrato contra los profesionales de la salud se cuentan por decenas cada mes en todo el país. En algunos barrios ya casi no van las ambulancias por el temor a que los médicos sean agredidos”.

En el Conurbano, Hugo Amor presidente de la *Asociación Sindical de Profesionales de la Salud bonaerense*, indicó que “hay casos

frecuentes de punteros políticos que van a los centros de salud o a los hospitales, y exigen atención inmediata. De lo contrario, amenazan". De todos modos admite que "otros disparadores son la falta de cama y de personal. No se soluciona sólo con más policías". En 2005, el problema ya había salido a la luz a través de una encuesta del portal *Intramed* a 30.100 profesionales de la Argentina, y otros países latinoamericanos, mostrando que los médicos locales tenían un 20% de exceso de riesgo de recibir agresiones en comparación con sus colegas de las otras naciones.

Es necesario advertir que la situación también se produce en clínicas y sanatorios privados, pues la *Asociación de Médicos de la Actividad Privada* da cuenta de que "Faltan camas, y los médicos son los que ponen la cara de un sistema que no responde expectativas de los pacientes". En esa misma línea pero desde el sector público, María Angélica Martín, subdirectora médica del *Hospital Fernández* de Capital y con estudios sobre el tema, explicó que: "Aumentó el consumo de drogas y alcohol. Se dan más casos con trastornos mentales y más situaciones de gente que vive en la calle. Estos factores llevan a situaciones de violencia que se manifiestan en las guardias o cuando se asiste a domicilio. Los insultos o los golpes son sólo síntomas de problemas sociales más profundos". Así, la saturación del sistema de salud pública, el aumento del consumo de drogas y alcohol, y la exigencia de los pacientes son algunos de los motivos aparecen con más asiduidad.

En el caso de Uruguay no puede obviarse en el relevamiento, la muerte en la ciudad de Salto del neurólogo Pablo Gaudín Camacho - enero del 2009- sobre todo porque poco tiempo antes había sido agredido en Montevideo -en la vía pública- el Dr. Jorge Bermúdez Belbussi, resultando con graves lesiones.

La Comisión integrada por la Academia Nacional de Medicina, la Facultad de Medicina CLAEH, la Facultad de Medicina UDELAR, FEMI, SAQ, SMU, la Sociedad de Neurología y la Sociedad de Psiquiatría ha

advertido el aumento de los casos de agresiones a profesionales de la salud que tienen por fuente problemas de orden institucional, prestación de servicios y decisiones de política sanitaria.

Las agresiones denunciadas fueron provocadas por pacientes o familiares por situaciones derivadas de interferencias en el proceso de atención, por el cambio de situación de los usuarios de servicios de salud como consecuencia de la aplicación del FONASA, casos de incomprensión organizativa y violencia institucional. Al mismo tiempo quedó evidenciado que los servicios de emergencia, particularmente los de urgencia médicas móviles, están expuestos a situaciones de riesgo que se extienden a consultorios externos o en los lugares de hospitalización. Entre las situaciones de conflicto, el estudio de la Comisión menciona los casos en que los profesionales deben concurrir a zonas en las que perciben riesgo personal y económico (daños en el auto), el pago por cobro imperativo de "peajes", roturas de vidrios del coche, robo de objetos personales, que incluye amenazas con un cuchillo a un chofer al que le fueron sustraídos bienes personales, imposibilidad de concurrir en horas de la noche.

8. LAS RESPUESTAS DEL DERECHO.

Como se dijera antes, la aplicación del derecho a estas situaciones supone un canal de racionalidad aunque no implica que se esté frente al instrumento único y totalizador que brinde respuesta satisfactoria a los conflictos. La cuestión, como se deja ver, requiere de un tratamiento multidisciplinario. Sin embargo, desde lo jurídico los abordajes pueden tener en lo sustancial: 1) un enfoque preventivo o tutelar; 2) una respuesta reparadora o restaurativa o, finalmente 3) la aplicación de sanciones, incluidas las de tipo penal.

Desde la perspectiva de implementación de políticas públicas, criterios de organización y respuesta humana, la vía preventivo tutelar se muestra como la más adecuada por su eficacia en la reducción de riesgos. La otras dos vías asumen la existencia de un

conflicto ya consumado y por lo tanto aún siendo posible la reparación –por ejemplo a través de indemnización de daños- de la víctima o el castigo del responsable, la crisis deja un secuela que difícilmente suponga una superación deseable. De hecho, la alteración de la prestación de servicios médicos, la afectación del clima profesional y laboral, los signos del desgaste y la crispación social son acontecimientos que deben ser evitados en aras de la concordia social y el buen abordaje de los problemas sanitarios.

8.1. LA CUESTION EN CLAVE DE ORGANIZACIÓN.

Es por eso que lo primero a lo que cabe atender normativamente es a la organización del sistema. En este punto, la responsabilidad del marco regulador está en manos del Estado y supone una decisión política sobre la cual no cabe hacer más afirmación que la necesidad de que esas líneas respeten los mandatos constitucionales y las exigencias de los derechos fundamentales de las personas.

Ya en un nivel inferior, la cuestión remite a la estructura de gestión empresarial y profesional, tanto pública como privada. La elaboración de funciones, distinción de competencias, roles y mecanismos de atención depende de los criterios que regulan la formación de las organizaciones.

Si bien las opciones de organización son extensas y cada vez mayores, básicamente pueden reconocerse las siguientes: 1) *Centralizada*. Por sus características debe advertirse que difícilmente resulte apta para un sistema de salud; 2) *Funcional*. Se muestra en principio como acorde en términos generales, con la prestación de un servicio sanitario ya que se ordena en distintas unidades especializadas en determinadas funciones, potenciándose así la especialización y los procesos que regulan esas especialidades; 3) *Matricial*. De este modelo es posible adoptar el doble orden de autoridad que se advierte entre los responsables de la gestión

general de la institución y aquellos que deben responder por las especiales funciones asignadas. En estos casos, la distinción favorece la aplicación de procesos diferenciados y de controles por áreas; 4) *Orgánica*. Su sistema no parece idóneo para la complejidad de la institución sanitaria moderna. Sin embargo, se muestra capaz de responder adecuadamente para centros o salas de prestaciones reducidas que atienden lugares alejados del ámbito urbano o proveen servicios básicos de salud. Ello es así, por cuanto esos sistemas se forman mediante estructuras de baja complejidad en virtud de su reducido objetivo a realizar, se muestran flexibles a las concretas exigencias del lugar, los pacientes o la respuesta que deben brindar, aparecen como dinámicos y de poca formalización ya que no tienen una burocracia a la que atender y por eso aseguran la participación de sus miembros en la toma de decisiones que no afecten el marco de actuación impuesto.

Sea cual fuere el modelo adoptado, la estructura divisional debe atender a exigencias de agilidad y versatilidad que respeten al mismo tiempo la dirección del establecimiento pero también la actuación de unidades semi autónomas o divisiones.

8.2. EL LUGAR DE TRABAJO.

La OIT ha señalado que el diseño del puesto de trabajo es un factor esencial en relación con la violencia laboral. Así, sostiene en sus Directrices que si el diseño es eficiente: las tareas realizadas pueden identificarse como unidades completas de un trabajo, no como fragmentos; los puestos de trabajo contribuyen en medida significativa a las operaciones totales de la organización y que el trabajador puede entender. Además, los puestos de trabajo conceden un grado de autonomía adecuado; no son excesivamente repetitivos ni monótonos; se hacen comentarios y observaciones suficientes sobre la realización de las tareas y las posibilidades de desarrollo de las capacidades del personal. Al mismo tiempo, los puestos de trabajo

se enriquecen con una amplia variedad de tareas; mejora la planificación de los trabajos; evita la sobrecarga, el ritmo no es excesivo; se facilita el acceso a trabajadores de apoyo o a los miembros del equipo y se dispone de tiempo para dialogar, compartir información y solucionar los problemas.

En el ámbito de la organización gremial estas cuestiones han tenido adecuada consideración por ejemplo, en la Argentina, a través del trabajo de la Subcomisión para la Prevención de Violencia Hospitalaria de la Filial Elizalde –Hospital Elizalde- de la Asociación de Médicos Municipales (A.M.M.), mediante un Manual de respuesta específico. Así, en el texto se indica que las tareas realizadas en una organización sanitaria pueden identificarse como unidades completas de un trabajo. Los puestos de labor contribuyen en medida significativa a las operaciones de la organización y conceden un grado de autonomía adecuado.

Por lo tanto, advierte que debe controlarse la realización de las tareas y fomentar la capacitación del personal. En esa línea sostiene que los puestos de trabajo se enriquecen con una amplia variedad de tareas y mejorando la planificación. Por eso debe evitarse la sobrecarga de trabajo y el ritmo excesivo, facilitando el acceso a trabajadores de apoyo o a los miembros del equipo.

8.3. LA IDENTIFICACION DE RIESGOS Y LA RESPUESTA ADMINISTRATIVA.

En el progreso del análisis, la prevención de riesgos requiere de tareas de orden administrativo y de seguridad, sobre todo de quienes deben ser identificados, registrados e interrogados por la lógica misma de la relación asistencial. En ese orden, se integra la necesidad de individualizar en los pacientes y, en su caso, acompañantes, aspectos sensibles que pueden ser una luz de alerta sobre futuros conflictos. Así, no puede llamar la atención que las

Directrices Marco –OIT- ya aludidas en este estudio, se hagan cargo del deber de advertir a los profesionales respecto de pacientes que poseen por ejemplo, un historial de comportamiento violento, problemas de abuso de sustancias psicotrópicas, abuso del alcohol, enfermedades mentales graves, acceso a armas de fuego o a objetos que pueden usarse como armas.

Esa identificación previa ha de ser completada por el control dentro de las áreas de espera y tránsito que permita la identificación de lo que se denominan “señales de aviso” como resultan las posturas y actitudes agresivas u hostiles, las manifestaciones repetidas de descontento, irritación o frustración, las alteraciones del tono de la voz, el tamaño de las pupilas, la tensión muscular, sudor y el aumento de estas señales y la aparición de situaciones tensas.

En la configuración de las prestaciones que brinda la institución, sobre todo en servicios externos o de urgencia, resulta necesario evaluar indicadores que la OIT entiende relevantes. Al mismo tiempo ha de contemplarse las especiales condiciones en que se prestan los servicios por parte del personal. Así, vale hacer el señalamiento de zonas muy pobladas y de gran criminalidad o que sean pequeñas y estén aisladas. Advertir que se encuentren bajo las presiones de reforma y de despidos de personal, trabajan con recursos insuficientes, inclusive con equipos inadecuados, funcionan en una cultura de tolerancia o de aceptación de la violencia, actúan con un estilo de dirección basado en la intimidación o son conocidas por sus deficientes comunicaciones y relaciones interpersonales.

8.4. IDENTIFICACION DE RIESGOS, CONTROL Y SEGURIDAD.

Entre las Directrices de la OIT se menciona la necesidad de que a los trabajadores que corren riesgos especiales, como aquellos vinculados a los cuidados comunitarios o de atención a domicilio o el personal de ambulancias, se les facilite información sobre los riesgos que comportan determinadas situaciones, y tengan a disposición unos

canales de comunicación eficaces. Esto incluye: prever protocolos para informar al personal de que un compañero está fuera de su puesto, a dónde ha ido y el tiempo aproximado en que se espera su vuelta. También debe haber procedimientos para reaccionar cuando los protocolos no se cumplen.

Desde esa perspectiva deben preverse también protocolos de urgencia para que el personal pueda pedir ayuda sin tener que explicar la situación y, por consiguiente, sin alertar al agresor. Además ha de brindarse información sobre los posibles riesgos que implican los futuros contactos y su ubicación, mantener vínculos con la policía local para adquirir información actualizada sobre los puntos problemáticos o los pacientes violentos que se conozcan y elaborar sistemas de alarma.

En el Manual estratégico proyectado por los profesionales del Hospital Elizalde ya mencionado se sostiene que debe asegurarse la presencia del personal adecuado, en número y calificaciones, en particular: En los periodos de mayor actividad, durante los traslados de los pacientes, las respuestas de urgencia, las horas de comida y por la noche. En las unidades de admisión, de urgencias o de cuidados intensivos. Controlar a los pacientes o familiares con antecedentes de comportamiento violento en el Hospital. "Preparar la rotación del personal para los trabajos especialmente exigentes, y de los que son nuevos en el puesto. Detallar cómo debe trasladarse el personal entre los distintos sectores de trabajo. Preparar turnos para que el personal esté alerta y cuente con ayuda si se producen situaciones de violencia. Preparar las asignaciones de modo que los trabajadores no se encuentren solos en situaciones peligrosas".

Ese relevamiento permite sostener que en los aspectos propios de la seguridad debe atenderse a criterios situacionales de la producción de conflictos. La idea es que la oportunidad da lugar al delito, en el caso de esta investigación, a la violencia o agresión. Desde esa perspectiva, dice Agustina Sanllehi, "no se atiende tanto a la

genética, psicología o entorno social del agresor sino a la interacción concreta con el entorno humano y físico". Así se trabaja con la idea del escenario y se pretende que este resulte resistente al conflicto.

Con ese concepto deben distribuirse física, local y administrativamente el diseño de servicios, sistemas, ambientes, vigilancia. Al respecto Agustina Sanllehí explica la importancia de identificar los *hot spot*, los recorridos desde y hacia los nudos de conflicto, la vías de aseguramiento de los profesionales o empleados, así como los mecanismos de aislamiento y neutralización del agresor. El autor advierte también, que actualmente se integran dentro del análisis: la oportunidad del hecho, la actividad rutinaria, los patrones de conflicto y la elección racional¹².

Así, volviendo al proyecto elaborado por la entidad gremial de los médicos, se explica en ese orden que entre los visitantes y los pacientes debe haber espacio suficiente para que sean mínimas las interferencias personales y la creación de tensiones entre los mismos. Debe preverse espacio para facilitar la prestación de los servicios y para el descanso del personal de salud en un lugar alejado de la zona de atención. Formación de zonas de recepción y salas de espera espaciosas y tranquilas. Entre estas se destaca que en Salas de espera ha de tener asientos cómodos, en número suficiente y con baños apropiados. Debe reducirse al mínimo el aburrimiento mediante actividades como: facilitar materiales de lectura, televisión, videos infantiles y educativos, juguetes para los niños, charlas de educación para la salud, etc.

Dentro de la línea de prevención y aseguramiento *-hot spot-* previamente individualizados deben instalarse cámaras de vigilancia. "Cuando los riesgos son claros o previsibles, deben facilitarse a los trabajadores sistemas de alarma, como teléfonos directos, celulares,

¹² Cfr. José Agustina Sanllehí, *El delito en la empresa*, Atelier, Barcelona, 2010.

handys, timbres, dispositivos ruidosos accionados a mano, buscapersonas y radios de onda corta, para que, en caso de algún problema, alerten a otros compañeros y se comuniquen con vigilancia". Por eso, se aconseja emplear sistemas silenciosos para evitar la reacción del agresor. Si no se dispone de esos sistemas, la víctima no debe utilizar los que tenga antes de que se haya marchado el agresor, para evitar la violencia de éste. Debe disponerse de un sistema de respuesta fiable para cuando se dispare la alarma que estará colocada en los sectores de alto riesgo.

8.5. LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y LA GESTION.

Un aspecto esencial en estas tareas de prevención o tutelares es una adecuada elaboración de prácticas laborales. La OIT advierte que cambiar y mejorar las modalidades de trabajo es un medio sumamente eficaz y barato de difuminar la violencia laboral. Como cada situación laboral es única, debe emplearse una combinación de medidas que puedan responder a cada situación: la afluencia de clientes y la planificación de las citas deben adaptarse a las necesidades y a los recursos, deben evitarse las aglomeraciones, los tiempos de espera deben reducirse al mínimo, deben concederse a los trabajadores unos márgenes de flexibilidad para que los pacientes no interpreten las normas y las políticas como obligaciones o limitaciones intolerables.

En particular, los trabajadores que hagan las visitas a domicilio deben, siempre que sea posible, telefonar o escribir para concertar las visitas, prever sus visitas a los sectores problemáticos en determinadas horas del día, por ejemplo, durante la mañana cuando las drogas se utilizan menos y el estado de embriaguez es menos frecuente los trabajadores de noche, especialmente las mujeres y quienes pasan de un edificio a otro o trabajan en sectores aislados de

un edificio, deben, si es posible, trabajar juntos o próximos, si es posible, ha de facilitarse el transporte a quienes trabajan de noche. El Manual ya reiteradamente citado y que se pone como ejemplo de preocupación profesional y gremial, indica que cambiar y mejorar las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) es un modo sumamente eficaz y barato de diluir la violencia laboral. La Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo N° 19.587, es una ley nacional que el Gobierno de la Ciudad de Autónoma de Buenos Aires acepta, y que señala la obligatoriedad por parte del empleador de instalar Servicios de Salud y Seguridad en el trabajo para vigilar el medio ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores, brindar los primeros auxilios y tratamientos, realizar análisis epidemiológicos e investigación. Por su parte, la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557 establece la obligación que el empleador tiene de proteger la salud de los trabajadores y en caso de accidentes o enfermedad profesional otorgar a los mismos las prestaciones necesarias para la reparación del daño a la salud, sean éstas médicas, farmacéuticas o dinerarias. Por todo concluye que se debe implementar la formación de los Servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo en los Hospitales de la ciudad.

8.6. LA IMPORTANCIA DEL *COMPLIANCE OFFICER*.

El oficial o encargado de cumplimiento suele ser visto en nuestro medio con alguien que husmea entre empleados, profesionales o directivos con el fin de informar y sancionar comportamientos ilegítimos. Sin embargo, técnicamente se trata de una función clave que tiene a su cargo el control sobre el respeto acerca de la legislación aplicable, la adecuación a los protocolos establecidos o la satisfacción de estándares o reglas deontológicas que disciplinan la actividad. Su papel puede resultar tanto un mecanismo de prevención como una guía de control de calidad, legalidad y eficacia en la prestación profesional.

Esto es factible en atención a que el *compliance officer* asesora sobre la concurrencia de leyes, reglamentos y exigencias normativas que son usuales en la actividad sanitaria. Además favorece la aplicación de regulaciones laborales y profesionales al brindar orientación sobre las modalidades de servicio. En esa línea no es un dato menor su ayuda a la imagen institucional, tan significativa en el ámbito de la medicina.

Sus aportes en los procesos de autoevaluación, identificación de nudos entre áreas, protección de datos y adecuación a la normativa sobre medicamentos, prestaciones asistenciales, objeciones de conciencia y operatividad de normativas antidiscriminatorias, de enfermedades especiales y uso restringidos de fármacos pueden resultar esenciales como instrumento de prevención y neutralización de violencia en la actividad sanitaria.

8.7. POLITICA LABORAL Y REPARACION DE DAÑOS.

El respeto por la reglamentación laboral es un primer paso para atender a las consecuencias de la violencia en el trabajo. Sin embargo, también aquí existen mecanismos preventivos que pueden alertar sobre incumplimientos dentro de la organización que evitan la concreción de los conflictos. Más allá de los controles de cumplimiento, a nivel internacional se advierte la recepción legal y jurisprudencia de instrumentos surgidos del propio elenco profesional que dan noticia de esas irregularidades. Si bien hasta el presente no existe un uso habitual en nuestra cultura de organización, el *whistleblowers*, es decir, el dependiente que denuncia la transgresión y los *typs off*, esto es, el anónimo que brinda datos sobre la situación ilegal favorecen la prevención de instancias de agresión, acoso, *mobing* etc¹³.

¹³ Cfr. José Agustina Sanllehí, *El delito en la empresa*, ya citado.

Desde otra perspectiva es necesario contar con aspectos de aseguramiento sobre las condiciones laborales que reduzcan los incidentes y si la prevención ha fracasado y este se ha producido, racionalicen la reacción.

En la experiencia comparada, la respuesta jurídica de Alemania en estos casos se muestra como un repertorio múltiple de vías. En la consideración alemana, la protección laboral es de dos niveles: protección social del trabajo y protección técnica del trabajo. En este último aspecto se incluye la problemática de los denominados "riesgos laborales" que buscan garantizar un lugar de trabajo sin peligros y en condiciones de trabajo no perjudiciales, controlar las sustancias peligrosas, la seguridad de los aparatos e instrumentos y asistencia sanitaria¹⁴.

Así, hay aseguramiento anticipado respecto de los instrumentos y aseguramiento funcional, respecto a los procesos, lugares etc. En esa línea se identifican tres niveles constituidos por la intervención Estatal, las de las aseguradoras laborales o ART -empresarios y trabajadores- que regulan y estandarizan los procedimientos y, finalmente los aportes de organizaciones privadas de fuerte especialización que postulan o recomiendan reglas y criterios a aplicar (DIN) Instituto Alemán de Estandarización de Normas. Sin embargo, Schünemann critica esta cuestión desde los presupuestos del Estado de Derecho pues implica el traspaso de competencias a organizaciones o grupos particulares sin legitimación democrática que condiciona la vida y libertad de todos los ciudadanos. Supone además, a su criterio, un encarecimiento en los costos muy apreciable y, finalmente, solo las grandes empresas pueden manejar la maraña normativa existente. Desde esa perspectiva la respuesta penal parece "más suave" que el intenso control administrativo-policial (Tiedemann).

¹⁴ Ver, Winfried Hassemer y Francisco Muñoz Conde, *La Responsabilidad por el producto*, Tirant Lo Blanc, Valencia, 1995.

De todos modos, al menos la existencia de seguros sobre accidentes de trabajo permite reducir los efectos o consecuencias dañosas de la violencia laboral. En ese orden las asociaciones profesionales han de reclamar por ese tipo de cobertura. Aún así, sea cual sea la situación, el primer paso es brindar información y asistencia a los profesionales; al menos mediante un protocolo a seguir en conflictos de esta naturaleza. Así, por ejemplo, el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, distrito V, sugiere los siguientes pasos: Avisar a la vigilancia, a los superiores del hospital, motivar al colegio de médicos, escribir un relato conciso del episodio en la guardia. Si hay violencia física, denuncia policial, comunicación corporativa, retirarse del lugar. Finalmente, si hay lesiones denunciar a la ART, pues se trata de un accidente laboral ley 24.557 de la Argentina¹⁵.

8.8. LA RESPUESTA PUNITIVA.

El derecho penal aplicado a estas situaciones de violencia laboral no parece la vía más adecuada. De hecho, los incidentes que puedan acontecer en ese ámbito de trabajo ya aparecen alcanzados por los tipos penales de amenazas, coacciones, abusos, lesiones etc. Otro tanto ocurre con las agresiones provocadas por pacientes, familiares o allegados. Sin embargo, en algunas legislaciones se contempla como delito el incumplimiento de la legislación laboral.

¹⁵ En el Manual elaborado por los médicos del Hospital Elizalde se advierte que debe buscarse el compromiso de la Dirección para reconocer la importancia de la lucha contra la violencia laboral Hospitalaria. Controlar los comportamientos que intencionadamente engendren violencia. Contribuir con cualquier acción encaminada a conseguir un entorno libre de violencia y dotar a los directivos de la capacidad y los medios necesarios para aplicar la política general a todos los niveles en la organización.(cursos de capacitación en seguridad). Asignar responsabilidad a las personas o equipos que tengan una capacidad y formación adecuadas para ejecutar políticas de seguridad. Implementar un sistema de reclamos para pacientes y personal que sea independiente y libre de toda represalia a través de buzones de sugerencias y encuestas anónimas que serán recibidas por la Subcomisión para la Prevención de la Violencia Hospitalaria. Fomentar la preparación de políticas y planes en el lugar de trabajo destinadas a combatir la violencia laboral. Contribuir activamente a fomentar la conciencia de los riesgos que comporta la violencia en el lugar de trabajo. Dar apoyo médico, psicológico y jurídico a las víctimas de la violencia laboral si lo precisan.

Sobre el tema, Bernd Schünemann advierte que actualmente el derecho penal se encarga tanto de los peligros producidos por la empresa hacia la colectividad como de aquellos que se suceden dentro de la propia empresa¹⁶. El perseguir el beneficio más elevado al menor costo, dice el autor alemán, está en la fuente de ambas situaciones de riesgos: el producto y la situación laboral. Sin embargo la sociedad tiene más instrumentos de protección pues en principio puede elegir por otra empresa. El trabajador en cambio y, desde el punto de vista victimológico, tiene mayor necesidad de protección. Así, por ejemplo, en el derecho penal en España se contempla mediante una norma penal en blanco la sanción de infracciones a las leyes sobre seguridad laboral que pongan en peligro la vida, la salud o la integridad física del trabajador.

El art. 316 del Código Penal Español asume una imputación dolosa, prescribiendo que serán penados aquellos que "con infracción de las normas de prevención de riesgos laborales y estando legalmente obligados, no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de forma que pongan así en peligro grave su vida, salud o integridad física". El 317 de ese código determina la imputación por el mismo hecho, cometido con imprudencia grave. En el Código comentado, que dirigen Corcoy Bidasolo y Mir Puig, se explica que la discusión en torno al bien jurídico protegido se desenvuelve a través de tres hipótesis: la vida e integridad física de los trabajadores, la seguridad en el trabajo y la seguridad y confianza de los trabajadores en el control de los riesgos laborales. En cualquiera de las opciones, el comportamiento imputado es una omisión consistente en no facilitar los medios necesarios, circunstancia que provoca un peligro concreto. En lo que aquí interesa, el tema pasa por discernir el sujeto que ha de responder

¹⁶ Cfr. Bernd Schünemann, *Prevención de Riesgos Laborales*, en *La Política Criminal en Europa*, Atelier, Barcelona, 2004.

penalmente, pues el empresario puede delegar la competencia sobre la cuestión en un técnico de prevención de riesgos que ha de supervisar, controlar y coordinar lo atinente a la seguridad laboral¹⁷.

En Alemania, por su parte, se analiza la cuestión fuera del código y solo en los casos de delitos dolosos. Schünemann critica que tratándose de situaciones internas a la empresa –infracción abstracta de la regla y producción de mero peligro- no hay motivadores que permitan la aplicación de la norma y, en la práctica, el empleado no lo hace. Los resultados lesivos que se produzcan en el campo laboral, por otra parte, son asumidos por las normas tradicionales. Schünemann postula como opción un tipo calificado cuando los resultados lesivos sean consecuencia de incumplimientos de reglamentos laborales estatales o de la administración.

Como se ve, el derecho penal actúa solo cuando se han afectado los bienes y derechos del individuo. De allí que su elección como instrumento jurídico para enfrentar la violencia en la actividad médica sea meramente subsidiaria, una *ultima ratio*. La eficacia preventiva, sin duda, se juega en otras instancias del sistema legal. Si bien el problema de la violencia aquí abordado depende de componentes múltiples –como quedó expuesto- y, por lo tanto, su solución remite a campos de la más variada naturaleza, en verdad el derecho puede aportar, aunque limitadamente, una cierta racionalidad que no debe despreciarse. Al menos, mientras se busca la concordia social es decir, la amistad política, que de suyo es el mejor remedio frente a la agresividad entre las personas.

¹⁷ Cfr. Mirentxu Corcoy Bidasolo y Santiago Mir Puig, *Comentarios al Código Penal*, reforma 5/2010, Tirant Lo Blanch, Valencia 2011.