

Primera Encuesta Iberoamericana sobre Violencia durante el Ejercicio de la Profesión Médica (Argentina, Uruguay, Paraguay, España)

First Ibero-American survey on violence during the practice of the medical profession (Argentina, Uruguay, Paraguay, Spain)

Ignacio Eliff¹, Andrés Guillermo Bolzán², Carla Eugenia Herrera³, María Florencia Innamoratto⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1060>

Resumen

Introducción: si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, las personas que trabajan en organizaciones de salud y de asistencia social son las más afectadas en todo el mundo. El objetivo del presente estudio fue identificar la incidencia de violencia en el ejercicio de la medicina durante el año 2024 en cuatro países participantes (España, Argentina, Uruguay y Paraguay), así como identificar los posibles condicionantes. **Método:** muestra no probabilística, mediante encuesta autoadministrada y anónima. **Resultados:** participaron 1.920 médicos. El 53 % experimentó violencia durante el último año. Hubo casi un 10 % más de mujeres jóvenes con episodios de violencia. La violencia verbal ocupó el 68 % de los casos y la física el 7 %. Se identificaron algunas asociaciones estadísticamente significativas entre la percepción del médico sobre aspectos generales de la profesión y la incidencia de hechos de violencia. Solo el 7 % de ellos inició acciones legales luego del episodio. El 37 % modificó su forma habitual en la relación con los pacientes, reduciendo el contacto. **Discusión:** el estudio aportó conocimiento actualizado sobre esta problemática en cuatro países de habla hispana mostrando concordancias y diferencias. La violencia y acoso ejercido sobre el médico en el lugar de trabajo no solo afecta a las víctimas sino a la propia organización.

Palabras clave: violencia laboral, ejercicio de la medicina, organizaciones de salud

Abstract

Introduction: Although workplace violence affects virtually all sectors and categories of workers, those working in healthcare and social care organizations are the most affected worldwide. The objective of this study was to identify the incidence of violence in the practice of medicine in four participating countries (Spain, Argentina, Uruguay, and Paraguay) during the year 2024, as well as to identify possible contributing factors. **Methods:** The sample was non-probabilistic, using a self-administered and anonymous survey. **Results:** A total of 1,920 physicians participated, and 53% experienced violence during the past year. There were almost 10% more young women with episodes of violence. Verbal violence accounted for 68% of cases and physical violence totaled 7%. Some statistically significant associations were identified

RECIBIDO 16/7/2025 - ACEPTADO 15/9/2025

¹ Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires; Secretaría de Acción Social y Derechos Humanos; Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0008-1683-2609>

² Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires; Programa de Violencia Sanitaria; Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-7562-7658>

³ Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires; Programa de Violencia Sanitaria; Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0008-5066-4098>

⁴ Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires; Programa de Violencia Sanitaria; Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0003-5783-1454>

Autor correspondiente:

Andrés G. Bolzán

andresguillermobolzan@gmail.com

Institución en la que se realizó la investigación: Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA).



between physicians' perceptions of general aspects of the profession and the incidence of acts of violence. Only 7% of them initiated legal action after the episode. Importantly, 37% modified their usual way of relating to patients (such as reducing contact). Discussion: The study provided updated information on this issue in four spanish-speaking countries, revealing similarities and differences. Violence and harassment against physicians in the workplace not only affects the victims but also the organization itself.

Keywords: workplace violence, medical practice, healthcare organizations

Introducción

Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, los médicos y las personas que trabajan en organizaciones de salud y de asistencia social son las más afectadas en todo el mundo (Occupational Safety and Health Administration, 2004). Es importante señalar que la violencia y acoso en el lugar de trabajo no solo afecta emocionalmente a las víctimas sino a la propia organización, ya que puede traer aparejado el aumento del ausentismo laboral, una mayor rotación del personal, costos de contratación, incorporación y formación, así como la desmotivación y la disminución de la productividad. El Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional de los Estados Unidos, por su parte, define a la violencia en el trabajo como “actos violentos (incluyendo agresiones físicas y amenazas de agresiones) dirigidas contra las personas en el trabajo o cuando están cumpliendo con sus obligaciones” (Occupational Safety and Health Administration, 2015). La inclusión en la definición de las amenazas verbales o conductas amenazantes intenta promover una denuncia más frecuente de este tipo de hechos.

En España el Observatorio Nacional de agresiones de la Organización Médica Colegial (OMC) registró en el año 2024 un total de 847 agresiones comunicadas a los colegios de médicos, el dato más alto desde 2010 (Organización Médica Colegial, 2024). En Uruguay, el Colegio de Médicos (Colegio Médico de Uruguay, 2025) destaca en su portal los hechos recientes de violencia en varias localidades, contando con antecedentes publicados más de una década atrás (Stolovas et al., 2011). En Paraguay los médicos residentes atribuyen en más del 90 % la experiencia de violencia durante su atención, no sólo por parte de los pacientes sino también de formadores o jefes de residencias (Real Delor & Saucedo, 2023). En Argentina, la misma Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires ha llevado a cabo varios relevamientos a lo largo de la última década, con incidencias que se acercan al 50 % (FEMEBA, 2025).

El sector de la salud registra una cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el ámbito laboral en todo el mundo (OIT, 2021) y afecta a casi la mitad de los trabajadores del ámbito de la salud (Di Martino, 2002). La Organización Mundial de Trabajo (OIT) define a la violencia en el trabajo como “Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”. La Federación Médica en la Provincia de Buenos Aires (Argentina) tiene un observatorio donde se brinda asistencia al médico que ha experimentado un hecho de violencia y asimismo realiza relevamientos bianuales. La primera edición de la encuesta se realizó en el año 2016 con el objetivo de establecer la prevalencia de vida, esto es, si alguna vez el médico había experimentado uno o más episodios de violencia. Esta medición arrojó el 57,8 %. En tanto, las ediciones posteriores evaluaron incidencia de episodios de violencia durante el último año de ejercicio de la profesión. La segunda edición de 2018 midió una incidencia del 35,9 %, la Edición del año 2020 en pandemia reflejó una reducción al 27,5 % y la del año 2022, post pandemia volvió a mostrar con 35,1 % la misma medición pre pandemia. La quinta edición que presentamos aquí se llevó a cabo en el año 2024 participando además el Círculo Paraguayo de Médicos, el Sindicato Médico de Uruguay, la Asociación de Médicos Titulados de Madrid, conformando así la primera encuesta iberoamericana sobre violencia durante el ejercicio de la medicina para el ámbito de Argentina. El objetivo del presente estudio fue identificar la incidencia de violencia en el ejercicio de la medicina en los cuatro países participantes durante el año 2024, así como identificar los posibles condicionantes.

Materiales y métodos

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia de médicos, convocados a partir de los padrones profesionales de los respectivos Círculos Médicos

de cada país. Cada entidad habilitó el formulario de la encuesta durante un período inicial de 15 días, seguido de otros 15 días de monitoreo del proceso. La meta inicial fue que al menos el 10 % del padrón de médicos respondiera el formulario en una ventana temporal de 15 días con monitoreo posterior y recordatorio. Asimismo, que el perfil de la muestra no estuviera sesgado respecto de la edad y sexo del padrón de forma de asegurar que las respuestas no estuvieran condicionadas por género ni experiencia de vida. La encuesta fue anónima, voluntaria y sin identificación alguna por parte del médico con ingreso a través de portal web. Las variables analizadas incluyeron las siguientes dimensiones: 1. Datos sociodemográficos básicos; 2. Experiencia en el ejercicio de la medicina; 3. Percepción de satisfacción con la profesión; 4. Caracterización del lugar de trabajo; 5. Percepción sobre la relación médico-paciente; 6. Experiencia con situaciones de violencia en el último año; 7. Secuelas de la experiencia; 8. Opinión sobre las medidas de prevención. Asimismo,

se procedió a calcular el riesgo relativo simple mediante la estimación del RR y su intervalo de confianza del 95 % para el evento haber sufrido violencia (sí/no) y las percepciones del médico.

Resultados

Perfil de los médicos participantes

Se incluyeron 1.920 médicos de los cuatro países, de los cuales el 61 % eran mujeres (*ver Tabla 1*). Según su proveniencia, 1.105 fueron de Argentina (57,6 %), 476 de España (24,8 %) 144 de Paraguay (7,5 %) y 195 de Uruguay (10,2 %). Siendo en esta edición FEMEBA de Argentina anfitriona del sitio de la encuesta, tuvo una participación mayoritaria, ya que fue también su quinta edición consecutiva. La muestra representó el 10,2 % del padrón de médicos; el 61 % de los participantes fueron mujeres y el grupo etario predominante fue el de 45 a 64 años (57 %). La distribución de la muestra por edad y sexo fue similar a la observada en el padrón, con una diferencia de hasta el 4 % en la distribución por

Tabla 1. Población de médicos participantes de la encuesta Iberoamericana. Características generales por país (N= 1.920)

		PAÍS DE RESIDENCIA											
		ARGENTINA			ESPAÑA			PARAGUAY			URUGUAY		
		Sin dato	Sexo		Sin dato	Sexo		Sin dato	Sexo		Sin dato	Sexo	
			M	F		M	F		M	F		M	F
Edad	Sin dato	2	18	10	0	0	7	0	2	3	0	1	1
	<35	0	9	22	0	9	37	0	0	8	0	4	28
	35 a 44	1	69	139	0	25	79	0	25	40	0	8	46
	45 a 64	4	287	308	3	66	239	1	27	28	1	20	80
	65 y más	2	162	72	0	5	6	1	5	4	0	1	5
Años de profesión	Sin dato	5	5	3	1	1	2	2	1	0	0	0	2
	Menos de 10 años	0	17	36	0	12	41	0	3	13	0	6	41
	Entre 10 y 15 años	1	63	104	0	14	51	0	20	27	0	5	34
	Entre 16 y 20 años	0	39	80	0	13	44	0	13	18	0	6	26
	Entre 21 y 30 años	0	155	171	2	34	147	0	13	14	0	10	34
	Más de 30 años	3	266	157	0	31	83	0	9	11	1	7	23
Realiza guardias	No	5	295	276	0	50	256	1	30	28	0	9	44
	Si	4	248	273	3	55	111	1	29	55	1	25	116
	Total	9	545	551	3	105	368	2	59	83	1	34	160
Total por país		1.105			476			144			195		

edad. Hubo diferencias entre los países en este sentido. En Uruguay y España se observó una mayor proporción de mujeres, mientras que en Argentina y Paraguay la distribución por sexo fue similar. Paraguay presentó la muestra más joven, con un 53 % de participantes menores de 45 años, seguido por Uruguay (45 %), España (32 %) y Argentina (22 %).

Experiencia en el ejercicio de la medicina

Globalmente, el 61 % de los participantes tenía más de 20 años de ejercicio profesional proporción que fue del 69 % en Argentina, 63 % en España, 39 % en Uruguay y 33 % en Paraguay. El 48 % de los médicos realizaba guardias, aunque esta proporción mostró diferencias importantes entre los países: fue mayor

Tabla 2. Percepciones emocionales de los médicos. Distribución por países. Encuesta Iberoamericana sobre violencia externa

	ARGENTINA		ESPAÑA		PARAGUAY		URUGUAY		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Se considera estresado									
Sin dato	4		0						4
Nunca	31	2,8 %	4	0,8 %	3	2,1 %	1	0,5 %	39
Rara vez	134	12,1 %	33	6,9 %	15	10,4 %	9	4,6 %	191
Algunas veces	679	61,4 %	286	60,1 %	84	58,3 %	132	67,7 %	1.181
Siempre	257	23,3 %	153	32,1 %	42	29,2 %	53	27,2 %	505
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Se siente presionado por los pacientes									
Sin dato	0		1		0		0		7
Nunca	112	10,1 %	2	0,4 %	11	7,6 %	4	2,1 %	129
Rara vez	314	28,4 %	68	14,3 %	25	17,4 %	39	20,0 %	446
Algunas veces	574	51,9 %	350	73,5 %	74	51,4 %	126	64,6 %	1.124
Siempre	99	9,0 %	55	11,6 %	34	23,6 %	26	13,3 %	214
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Se siente emocionalmente agotado									
Sin dato	2		1		0		0		3
Nunca	81	7,3 %	2	0,4 %	9	6,3 %	6	3,1 %	98
Rara vez	210	19,0 %	57	12,0 %	19	13,2 %	31	15,9 %	317
Algunas veces	669	60,5 %	314	66,0 %	86	59,7 %	119	61,0 %	1.188
Siempre	143	12,9 %	102	21,4 %	30	20,8 %	39	20,0 %	314
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Cree que ha perdido el entusiasmo por la profesión									
Sin dato	3		0		0		1		4
Nunca	213	19,3 %	11	2,3 %	22	15,3 %	28	14,4 %	274
Rara vez	199	18,0 %	66	13,9 %	25	17,4 %	38	19,5 %	328
Algunas veces	581	52,6 %	269	56,5 %	86	59,7 %	107	54,9 %	1.043
Siempre	109	9,9 %	130	27,3 %	11	7,6 %	21	10,8 %	271
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Considera que estar expuesto a violencia es normal									
Sin dato	0	0,0 %	3	0,6 %	0	0,0 %	1	0,5 %	11
No	656	59,4 %	253	53,2 %	85	59,0 %	83	43,2 %	1.077
Sí	442	40,0 %	220	46,2 %	59	41,0 %	111	57,8 %	832
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	192	100,0 %	1.920

en Uruguay (73 %) y menor en España (36 %). Entre quienes realizaban guardias, el 57 % hacía guardias activas, el 23 % pasivas y el 20 % combinaba ambas modalidades. La mayor proporción de guardias activas se observó en España (76,3 %) y Uruguay (74,6 %), mientras que las guardias pasivas fueron más frecuentes en Argentina (32 %).

Percepción de satisfacción con la profesión

El 32 % de los médicos participantes afirmaron que en la profesión no estaban satisfechos y de ellos el 10 % decididamente se ubicó en el extremo de insatisfacción (ver Tabla 2). Aproximadamente, el 70 % restante se reconoció como satisfecho con su profesión. No hubo mayores diferencias entre los países en el porcentaje de médicos que manifestaron estar satisfechos, alrededor del 50 %. En tanto, aquellos que reportaron estar muy satisfechos con el ejercicio de la medicina representaron una mayor proporción en Paraguay (20 %) y Argentina (19 %), seguidos por Uruguay (15 %) y España (5 %). En el otro extremo, los mayores porcentajes de médicos que se percibieron muy insatisfechos se observaron en España (7 %), Argentina (4 %) y Uruguay y Paraguay (3 %). Cuando se interrogó acerca del ambiente laboral, el 66 % se ubicó en el sector positivo, entre satisfecho (53 %) y muy satisfecho (13 %). Sin embargo, el 33 % manifestó poca o ninguna satisfacción con el ambiente de trabajo, es decir, un tercio de los médicos. En cuanto a los honorarios percibidos, predominó claramente el sector de poca o ninguna satisfacción, que alcanzó el 77 %.

Caracterización del lugar de trabajo

En la tabla 3 se muestra la distribución acerca del espacio para la atención, la restricción de la circulación entre el público y el personal, la existencia de sistemas de seguridad y, finalmente, la perspectiva y el tratamiento del establecimiento sobre la problemática de la violencia contra los médicos. La variación entre países fue importante: el rango de inadecuación del espacio varió entre el 24 % y el 45 %, con un porcentaje global del 31,2 %. Los accesos limitados al público estuvieron presentes en el 40,5 %, en tanto que, según los países, entre el 48 % y el 66 % indicaron la ausencia de circulación diferencial entre pacientes y médicos. El 47,7 % de los profesionales refirió que no hay sistema de vigilancia en los lugares de trabajo. El 60,8 % afirmó que los lugares de trabajo no cuentan con seguridad, pero al observar por países la variación es del 100 %. En cuanto al adiestramiento, el 59,6 % de los profesionales manifestó que no tuvo ninguna preparación sobre cómo

comunicar a los pacientes una noticia o resultado no esperado y el 69,5 % tampoco sobre el manejo de situaciones conflictivas. Cuando se preguntó acerca del estilo de la Dirección Médica, resultó que el 58,1 % la distribuyó entre desorganizada y autoritaria. En tanto, al analizar por países, la variación resulta importante.

Percepción sobre la relación médico-paciente

En este apartado se interrogó a los profesionales acerca de su percepción sobre el ejercicio de la profesión en términos amplios, incluyendo el estrés, la presión asociada a la atención de pacientes y el agotamiento emocional. El 26,4 % de los médicos manifestó sentirse “siempre” estresado y, si se suman quienes refirieron estar “eventualmente” estresados, el porcentaje alcanza aproximadamente al 88 %. Aunque la percepción de estrés constante no fue la más habitual, entre el 23 % y el 32 % de los médicos de los distintos países manifestaron encontrarse siempre en esa situación. El 11 % refirió sentirse siempre presionado durante la atención de los pacientes. Por otra parte, el 16 % de los profesionales manifestó sentirse emocionalmente agotado, con importantes variaciones entre países. Cuando se les preguntó si consideraban normal estar expuestos a situaciones de violencia, el 40,3 % respondió afirmativamente (ver Tabla 3).

Experiencia con situaciones de violencia durante el último año

En total 1.005 médicos sufrieron violencia durante el último año, esto es el 53 % de la muestra. La mayor incidencia se observó en Uruguay y la más baja en Argentina. Entre el 66 % y el 78 %, además, tuvieron que pasar por más de un episodio de violencia. El lugar donde mayormente se verificaron los episodios de violencia fue en los hospitales públicos. Cuando se analizó la percepción de la relación médico-paciente y la experiencia de haber sido violentado, se observó una relación estadística entre ese factor de exposición (el estrés, la presión y la pérdida de entusiasmo) y la incidencia de violencia en el ejercicio profesional. Hubo una clara preponderancia de hechos de violencia contra las mujeres (7 de cada 10 casos). En ambos sexos, el grupo de 45 a 64 años de edad fue donde se observó la mayor frecuencia de violencia: 59 % en los varones y 55 % en las mujeres. Se destaca que el segmento entre 35-44 años de edad registró el 23 % en varones y el 31 % en mujeres. Es decir, hubo casi un 10 % más de mujeres jóvenes que sufrieron episodios de violencia.

La violencia verbal representó el 68 % de los casos y la física el 7 %, con variaciones entre países del 64 %

Tabla 3. Caracterización del lugar de trabajo de los médicos acerca del entorno de ejercicio de la profesión por país y total. Encuesta Iberoamericana sobre violencia externa

En su lugar de trabajo:	ARGENTINA		ESPAÑA		PARAGUAY		URUGUAY		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hay espacio para la atención sanitaria									
Sin dato	5	0,5 %	2	0,4 %	0	0,0 %	0	0,0 %	7
No	261	23,6 %	182	38,2 %	65	45,1 %	88	45,1 %	596
Sí	839	75,9 %	292	61,3 %	79	54,9 %	107	54,9 %	1.317
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Accesos limitados entre personal y público									
Sin dato	11	1,0 %	1	0,2 %	1	0,7 %	1	0,5 %	14
No	718	65,0 %	240	50,4 %	68	47,2 %	109	55,9 %	1.135
Sí	376	34,0 %	235	49,4 %	75	52,1 %	85	43,6 %	771
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Sistemas de vigilancia									
Sin dato	13	1,2 %	5	1,1 %	1	0,7 %	0	0,0 %	19
No	436	39,5 %	344	72,3 %	58	40,3 %	69	35,4 %	907
Sí	656	59,4 %	127	26,7 %	85	59,0 %	126	64,6 %	994
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Personal de seguridad									
Sin dato	8	0,7 %	4	0,8 %	0	0,0 %	0	0,0 %	12
No	707	64,0 %	289	60,7 %	97	67,4 %	67	34,4 %	1.160
Sí	390	35,3 %	183	38,4 %	47	32,6 %	128	65,6 %	748
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Forma de comunicar a los pacientes									
Sin dato	5	0,5 %	4	0,8 %	1	0,7 %	0	0,0 %	10
No	694	62,8 %	276	58,0 %	96	66,7 %	73	37,4 %	1.139
Si	406	36,7 %	196	41,2 %	47	32,6 %	122	62,6 %	771
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Abordaje de situaciones conflictivas									
Sin dato	8	0,7 %	1	0,2 %	0	0,0 %	1	0,5 %	10
No	774	70,0 %	317	66,6 %	104	72,2 %	133	68,2 %	1.328
Sí	323	29,2 %	158	33,2 %	40	27,8 %	61	31,3 %	582
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
El estilo de la Dirección Médica es									
Sin dato	78	7,1 %	37	7,8 %	8	5,6 %	21	10,8 %	144
Autoritario	116	10,5 %	141	29,6 %	31	21,5 %	67	34,4 %	355
Desorganizado	396	35,8 %	158	33,2 %	55	38,2 %	67	34,4 %	676
Participativo	515	46,6 %	140	29,4 %	50	34,7 %	40	20,5 %	745
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920

Tabla 3. Caracterización del lugar de trabajo de los médicos acerca del entorno de ejercicio de la profesión por país y total. Encuesta Iberoamericana sobre violencia externa (continuación página 12)

Se habló de violencia en las reuniones con jefes									
Sin dato	25	2,3 %	3	0,6 %	1	0,7 %	3	1,5 %	32
Alguna vez	448	40,5 %	168	35,3 %	45	31,3 %	75	38,5 %	736
No lo sé	150	13,6 %	65	13,7 %	19	13,2 %	23	11,8 %	257
No, nunca	352	31,9 %	231	48,5 %	67	46,5 %	83	42,6 %	733
Sí, frecuentemente	130	11,8 %	9	1,9 %	12	8,3 %	11	5,6 %	162
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920

al 72 % para la primera y del 6,1 % al 8,1 % para la segunda. El uso de redes sociales contra el accionar médico llegó al 12 %, con mayor frecuencia en Argentina y menor en España. La violencia no fue ejercida exclusivamente por un paciente o familiar: en el 26 % de los casos se registró la participación de un grupo de personas en la agresión contra el médico. Este porcentaje varió entre el 15 % y el 32 %.

Los horarios de ocurrencia se relacionaron con aquellos de mayor actividad con pacientes; más del 80 % de los episodios se produjeron durante la mañana o la tarde. Los consultorios y, luego, las salas de espera y de internación fueron los sitios donde se produjeron con mayor frecuencia los hechos de violencia. Las salas de urgencia, en cambio, presentaron una frecuencia muy baja como lugar de ocurrencia de hechos violentos. Cabe recordar que los pasillos son ubicaciones donde no hay asistencia a pacientes, pero sí encuentros entre pacientes, familiares y médicos. Sin embargo, realizar guardias activas se asoció con un riesgo 45 % mayor de experimentar un hecho de violencia respecto de no realizarlas (RR: 1,45; IC 95 %: 1,3–1,6).

Luego de producido el hecho de violencia, se interrogó sobre el accionar del médico, la presencia de secuelas tanto físicas como emocionales y si se había modificado el contacto con el paciente involucrado o, incluso, con cualquier paciente. En un 34 % de los casos, el paciente era conocido por el médico, es decir, existía una relación previa. En Paraguay y Uruguay, casi el 80 % de los agresores eran nuevos para el médico, es decir, no se trataba de pacientes conocidos. Argentina y España, en tanto, mostraron una mayor proporción de pacientes ya conocidos, entre el 37 % y el 38 %.

De estos 339 pacientes que ya eran conocidos, el 18 % requería atención de urgencia y, en el 75 % de estos casos, esta fue brindada. Con porcentajes similares en todos los países, el 80 % de los agresores no requería atención de urgencia. Entre el 16 % y el 33 % de estos

pacientes agresivos no fueron atendidos finalmente, mientras que entre el 67 % y el 84 % sí lo fueron. Es importante destacar que en el 20 % de los hechos de violencia otros colegas estuvieron involucrados. Solo el 20 % de los médicos pudo, luego del hecho, establecer un acercamiento con el paciente o sus familiares.

Salvo en España, donde el 58,5 % de los médicos conocía las vías judiciales luego de una agresión, en el resto de los países participantes esta proporción se ubicó entre el 32,4 % y el 43,9 %. Cerca del 60 % de los médicos agredidos retomó su tarea y su lugar de trabajo con normalidad; el resto se distribuyó entre quienes se sintieron “inseguros” (8 %) y “algo inseguros” (34 %). Los porcentajes fueron similares entre los países participantes (ver Tabla 4).

Los posibles desencadenantes del hecho de violencia se muestran en la tabla 5, con porcentajes calculados sobre los 1.005 médicos que sufrieron violencia.

Si consideramos el total de opiniones (2.111) de los 1.920 participantes, la demora en la atención ocupó el primer lugar, seguida de la mala comunicación con el paciente, mientras que el resto de las causas quedó en un segundo plano, entre ellas aspectos del propio paciente y de los recursos disponibles. Se observaron variaciones entre los médicos de los diferentes países. La demora en la atención explicó entre el 29 % y el 40 % de los problemas. La mala comunicación, en cambio, presentó valores muy similares, cercanos al 20 % en los cuatro países. El estado emocional del paciente rondó el 15 % a nivel global. La notificación de una defunción fue el condicionante menos reconocido, con un 6 % global para los cuatro países, pero fue escasamente valorada por los médicos de España y alcanzó un máximo del 8 % en Paraguay y Argentina. La ansiedad del paciente o de sus familiares alcanzó un 13 % como posible desencadenante de violencia (ver Tabla 5).

Tabla 4. Experiencia de violencia en el último año. Prevalencia por país

	PAÍS DE RESIDENCIA								
	ARGENTINA		ESPAÑA		PARAGUAY		URUGUAY		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Ha experimentado violencia el último año									
Sin dato	5	0,5 %	5	1,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10
Sí	484	43,8 %	303	63,7 %	69	47,9 %	149	76,4 %	1.005
No	616	55,7 %	168	35,3 %	75	52,1 %	46	23,6 %	905
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.910
Sufrió más de un episodio									
Sí	349	72,1 %	200	66,0 %	49	71,0 %	116	77,9 %	714
No	135	27,9 %	103	34,0 %	20	29,0 %	33	22,1 %	291
Total	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005
¿En qué ámbito laboral?									
Ambos	106	21,9 %	7	2,3 %	11	15,9 %	36	24,2 %	160
Privado	85	17,6 %	3	1,0 %	7	10,1 %	60	40,3 %	155
Público	293	60,5 %	287	94,7 %	50	72,5 %	53	35,6 %	683
Total	484	100,0 %	297	98,0 %	68	98,6 %	149	100,0 %	998
Ha experimentado violencia el último año									
Sin dato	3	0,6 %	1	0,3 %	1	1,4 %	0	0,0 %	5
Varones	203	41,9 %	52	17,2 %	27	39,1 %	24	16,1 %	306
Mujeres	278	57,4 %	250	82,7 %	41	59,4 %	125	83,9 %	694
Total	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005
Tipo de violencia experimentado*									
1	263	54,3 %	242	79,9 %	45	65,2 %	101	67,8 %	651
2	358	74,0 %	186	61,4 %	55	79,7 %	112	75,2 %	711
3	34	7,0 %	6	2,0 %	4	5,8 %	6	4,0 %	50
4	35	7,2 %	31	10,2 %	6	8,7 %	18	12,1 %	90
5	40	8,3 %	31	10,2 %	12	17,4 %	19	12,8 %	102
6	87	18,0 %	11	3,6 %	12	17,4 %	12	8,1 %	122
Conocía al agresor									
Sin dato	21	4,3 %	2	0,7 %	1	1,4 %	2	1,3 %	21
No	296	61,2 %	183	60,4 %	53	76,8 %	113	75,8 %	645
Sí	172	35,5 %	118	38,9 %	15	21,7 %	34	22,8 %	339
Total	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005
Requería atención de urgencia									
Sin dato	59	12,2 %	20	6,6 %	4	5,8 %	23	15,4 %	106
No	362	74,8 %	224	73,9 %	52	75,4 %	102	68,5 %	740
Sí	63	13,0 %	59	19,5 %	13	18,8 %	24	16,1 %	159
Total	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005

* 1-Verbal por parte del paciente. 2-Verbal por parte de familiares del paciente. 3- Física por parte de familiares del paciente. 4- Física por parte del paciente. 5- Acto de discriminación 6-Vía red social por parte de familiares del paciente.

Tabla 4. Experiencia de violencia en el último año. Prevalencia por país (continuación página 14)

Le fue brindada la atención									
Sin dato	21	4,3 %	6	2,0 %	2	2,9 %	9	6,0 %	38
No	105	21,7 %	98	32,3 %	16	23,2 %	22	14,8 %	241
Sí	358	74,0 %	199	65,7 %	51	73,9 %	118	79,2 %	726
Total	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005

Tabla 5. Distribución de las posibles causas que originaron los actos de violencia según los médicos

Causas del hecho	PAÍS DE RESIDENCIA									
	ARGENTINA		ESPAÑA		PARAGUAY		URUGUAY		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Demora o tiempo de espera en la atención al paciente o familiares	324	66,9 %	78	58,7 %	59	85,5 %	78	52,3 %	639	63,6 %
Mala comunicación o mal entendimiento de la información brindada al paciente y/o familiares	217	44,8 %	90	29,7 %	33	47,8 %	42	28,2 %	382	38,0 %
Ocasión de notificar un fallecimiento	97	20,0 %	4	1,3 %	12	17,4 %	11	7,4 %	124	12,3 %
Estado mental del agresor (alcoholizado, drogado, patología mental -bipolaridad/ esquizofrenia/psicosis/otras-)	171	35,3 %	95	31,4 %	17	24,6 %	39	26,2 %	322	32,0 %
Carencia de recursos materiales para resolver un problema	130	26,9 %	34	11,2 %	24	34,8 %	24	16,1 %	212	21,1 %
Ansiedad o miedo del paciente o familiar	148	30,6 %	65	21,5 %	27	39,1 %	40	26,8 %	280	27,9 %
Despersonalización de la atención que ocurre en los lugares de atención	83	7,1 %	38	12,5 %	11	15,9 %	20	13,4 %	152	15,1 %
Total que experimentaron violencia	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005	100,0 %

Secuelas de la experiencia de violencia

Más de la mitad de los médicos que sufrieron violencia no conocen las vías judiciales ni tampoco reportaron el evento. Es de destacar que en el 80 % de los casos tampoco se tomaron acciones relativas a los hechos de violencia y solo el 7 % de ellos inició acciones legales. En cuanto a las consecuencias para desempeñar la profesión, el 10 % debió suspender su tarea habitual en el lugar de trabajo. El 37 % asimismo modificó su forma habitual en la relación con los pacientes, reduciendo el contacto. Todas estas cuestiones varían de acuerdo al país participante, mostrando diferencias.

Discusión

La presente edición es la primera de la Encuesta Iberoamericana sobre violencia en el ejercicio de la profesión. Para Argentina, a través de FEMEBA, constituye la quinta edición, siendo la primera del año 2016. A lo largo de estos nueve años la problemática de la violencia no solo no se ha reducido, sino que, al comparar con relevamientos previos en Argentina, ha permanecido constante (FEMEBA, 2025). Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, las personas que trabajan en organizaciones de salud y de asistencia so-

cial son las más afectadas en todo el mundo (Vítolo, 2022). Al comparar con otros estudios, por ejemplo, la iniciativa de la OIT Spotlight (OIT, 2021), muy pocos profesionales denunciaron el hecho (22 % vs. 7 % en nuestro estudio) y que las trabajadoras mujeres (80 %) sufren más acoso verbal que los trabajadores hombres (77 %). La evidencia que, por caso, ha mostrado recientemente el reporte de la OIT es que mientras que el 83 % de quienes sufrieron alguna situación de violencia refieren haberla comentado con alguien en el trabajo, resultan las mujeres más que los hombres quienes comentan este tipo de violencias: 84,5 % en el caso de ellas y 76,8 % en el caso de ellos. Esto podría estar reflejando la mayor naturalización de este tipo de situaciones por parte de los hombres y la dificultad en buscar ayuda, tal vez debido a la reproducción de valores típicamente masculinos como la hombría. Sin embargo, a la hora de realizar denuncias, la cuestión cae abruptamente. Solo una de cada cinco personas realiza una denuncia formal al respecto. Esto trae aparejado el silencio, la invisibilización y la reproducción de una cultura laboral que no solo admite la violencia y el acoso, sino que la oculta. Asimismo, los ámbitos de atención donde se produjeron los hechos prácticamente no han variado, salvo por un aumento en el sector privado de atención de la salud en detrimento del sector público, pero esto resta de ser un dato relevante para el enfoque del problema.

Resulta esclarecedor que hay una asociación entre cómo se percibe el médico a sí mismo y en su relación con la profesión, sobre todo con el paciente, y el hecho de haber experimentado uno o más episodios de violencia durante el trato con pacientes y familiares. El trabajo nunca es neutral para la salud (Dejours, 1998). Si es un factor de riesgo o un factor protector dependerá de las condiciones bajo las cuales se desarrolle. En este sentido, los factores psicosociales pueden ser favorables o desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral y para la calidad de vida laboral del sujeto. Por ello se indagó acerca de la perspectiva luego del hecho (o, de los hechos) de violencia.

Está claro que la encuesta presenta una visión simplificada y basada en lo estadístico y que no puede nunca dirigir las políticas sobre el ejercicio de la medicina y la prevención de violencia. Sin embargo, aporta en tanto y en cuanto ofrece una oportunidad de expresión por parte del médico sobre la percepción acerca de las condiciones de trabajo y las perspectivas sobre del ejercicio de la práctica médica y cómo éstas influyen de alguna manera lo que luego su-

cede en la relación médico paciente, incluyendo a los familiares. Asimismo, según la perspectiva del propio médico, cuando reconoce que verdaderamente la violencia conforma ya un escenario habitual, los médicos tienen una prevalencia que duplica las chances de sufrir un episodio. Si bien la encuesta recoge datos retrospectivos, por lo cual los resultados deben ser tomados como tales, y no como pronósticos, esta arroja luz sobre cómo se siente el profesional. Comparando los grupos que experimentaron y los que no hechos de violencia, se observan diferencias en algunas características. Es importante señalar, a su vez, que la violencia y el acoso en el lugar de trabajo no solo afectan a las víctimas sino a la propia organización, ya que puede traer aparejado un aumento del ausentismo laboral, una mayor rotación del personal, costos de contratación, incorporación y formación, así como la desmotivación y la disminución de la productividad (Vítolo, 2022).

La perspectiva de género reflejó que las mujeres médicas sufrieron más episodios de violencia que los varones. Este resultado también es coincidente con que la misma carrera médica se encuentra en los últimos años en franca feminización (OIT, 2021). En términos coloquiales, no sólo la perspectiva del médico se asocia a la probabilidad de sufrir episodios de violencia, sino que la cuestión de género incrementa la misma. La perspectiva de géneros para analizar la violencia pone de relieve algunas relaciones de poder, probablemente relacionadas con la asignación de roles y comportamientos socio culturales que definen inequidades entre hombres y mujeres e impactan de manera diferencial sobre la vida y la salud de las personas.

Como señalaron Palma et al. (2018) en su estudio sobre violencia laboral en Chile, el riesgo de exposición a la violencia es particularmente alto en ocupaciones que implican la prestación de servicios a personas. Así, el sector salud se destaca por la naturaleza del trabajo como un facilitador importante para el surgimiento de violencia laboral. La encuesta reflejó, por una parte, que el problema de la violencia contra los médicos no ha sido reducido en los últimos años. Por otra parte, que las cuestiones relacionadas con la percepción de las condiciones de trabajo, de género, así como de horas de exposición a las consultas y de relación médico paciente, contribuyen a incrementar las probabilidades de riesgo. Esto estaría mostrando que, de proponer actividades que benefician al médico, el manejo de los conflictos, conocer las vías judiciales, contar con mesa de ayuda para vehiculizarlas

y saber de antemano que ciertas características en el ejercicio profesional ya conforman grupos de mayor riesgo, diseñaría un cuadro basado en el relevamiento, la medición de los resultados y la evidencia.

Tanto los profesionales que sufrieron episodios de violencia durante el último año como aquellos que no los experimentaron seleccionaron, de un listado acotado elaborado a partir de investigaciones previas, las causas que consideraban posibles desencadenantes de la violencia contra los médicos. Prácticamente todas las causas fueron seleccionadas con mayor frecuencia por los médicos que habían sufrido violencia que por aquellos que no habían tenido esa experiencia. Si bien resulta simplificador y reduccionista comparar la selección o no selección de una causa probable, los resultados muestran que el reconocimiento de estas causas fue más frecuente entre los médicos que habían experimentado hechos de violencia. Algunas evidencias sugieren la existencia de un círculo entre los riesgos psicosociales que conducen a la violencia y la generación, a su vez, de nuevos riesgos psicosociales (Vítolo, 2022).

La mayor exposición se observó entre los médicos que realizan guardias activas y, si bien es un hallazgo esperable, permite cuantificar cuánto mayor es el riesgo en comparación con quienes no realizan guardias. Son particularmente estos grupos los que tienen un contacto más asiduo y cotidiano con los pacientes y, también, los grupos ocupacionales más feminizados. Este riesgo 45 % mayor entre los médicos que realizan guardias activas puede ser útil para identificar poblaciones más expuestas y focalizar en ellas el entrenamiento para el manejo de situaciones conflictivas.

La Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires cuenta con un programa destinado a proporcionar al médico las herramientas que le permitan manejar estas situaciones de forma más orgánica, sistemática y que, sobre todo, conozca que no se encuentra solo sino respaldado por la institución. Hemos visto que muy pocos médicos, en relación al total que estuvo expuesto a la violencia, realizaron acciones concretas, tomaron contacto con la dirección del establecimiento e iniciaron acciones legales. Más aún, no reestablecieron la relación con el paciente. Estos puntos, entonces, reflejan debilidad en el sistema de salud en cuanto a la contención al profesional y representan, asimismo, una oportunidad de mejora.

El problema de abordar el hecho de violencia no termina en su reconstrucción ni en el análisis de sus posibles causas. Dentro de las consecuencias a nivel personal se han observado, y ampliamente documen-

tado, algunas relevantes para la salud mental, tales como: trastorno de estrés postraumático, uso de antidepresivos y ansiolíticos (Baby et al., 2014; Giorgi et al., 2013; Magnavita, 2014; De Puy et al., 2015). Asimismo, en España, el monitoreo que realiza el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (Organización Médica Colegial de España, 2024) ha puesto de manifiesto que menos de la mitad de las agresiones comunicadas a los colegios de médicos son denunciadas. Por ello, se enfatiza la necesidad de realizar la denuncia para lograr más condenas y frenar a los agresores reincidentes.

Las discrepancias con la atención médica constituyen la principal causa de las agresiones asistenciales en España y están presentes en 8 de cada 10 agresiones. Por su parte, el estudio de Climent-Rodríguez y colaboradores en España señala que existe una relación entre haber sufrido agresiones y el grado de compromiso laboral de los profesionales de enfermería, de ahí la necesidad de establecer políticas preventivas y de intervención eficaces para fomentar un adecuado clima laboral y abordar los episodios de violencia en sus etapas iniciales (Climent-Rodríguez et al., 2023).

A la luz de los resultados, se pueden establecer algunas recomendaciones. En primer lugar, las cuestiones relacionadas con la percepción de las condiciones de trabajo, el género, las horas de exposición a las consultas y la relación médico-paciente contribuyen a incrementar el riesgo. Promover actividades de capacitación en el manejo de conflictos, conocer las vías judiciales, contar con una mesa de ayuda para vehicularlas y reconocer que ciertas características del ejercicio profesional conforman grupos de mayor riesgo contribuirían a establecer un marco de mayor seguridad laboral. Estos puntos reflejan debilidades del sistema de salud en cuanto a la contención de los profesionales y, al mismo tiempo, representan oportunidades de mejora. Si en un futuro cercano las cifras que aquí se muestran mejoran y evidencian una reducción de la violencia, podremos considerar que se avanza en un camino adecuado, basado en la evidencia disponible.

Referencias bibliográficas

- Baby, M., Glue, P., & Carlyle, D. (2014). 'Violence is not part of our job': A thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 647–655. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.892552>
- Climent-Rodríguez, J. A., Navarro-Abal, Y., García-Iglesias, J. J., Vaca-Acosta, R. M., Ortega-Moreno, M., & Gómez-Salgado, J. (2023). Violencia en el trabajo y compromiso laboral en los profesionales de enfermería en España: Un estudio transversal. *Revista Española de Salud Pública*, 97, e202301003. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/83>

- Colegio Médico de Uruguay. Agresiones a integrantes de equipos de salud. Disponible en: <https://www.colegiomedico.org.uy/videos/agresiones-a-integrantes-de-equipos-de-salud-dr-carlos-rattin/>
- Dejours, C. (1998). De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En D. Dessors & M. Guiho-Bailly (Comps.), *Organización del trabajo y salud: De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo* (pp. 23–76). Lumen.
- De Puy, J., Romain-Glassey, N., Gut, M., Wild, P., Mangin, P., Danuser, B. (2015). Erratum to: Clinically assessed consequences of workplace physical violence. *Int Arch Occup Environ Health*, 88: 225. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263095498_Erratum_to_Clinically_assessed_consequences_of_workplace_physical_violence
- Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector: Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study: Synthesis report. *International Labour Organization*. Disponible en: <https://researchrepository.ilo.org/esplo-ro/outputs/encyclopediaEntry/Workplace-violence-in-the-health-sector/995218946202676/filesAndLinks?index=0>
- Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) (2025). Observatorio de Violencia Sanitaria. 2025. Disponible en: <http://www.femeba.org.ar/femebaHoy/notas/2286-observatorio-de-violencia-sanitaria.html>
- Giorgi, G., Mikayo, A., Arenas, A., Shoss, M., León-Pérez, J. (2013). Exploring Personal and Organizational Determinants of Workplace Bullying and its prevalence in a Japanese Sample. *Psychology of Violence*, 3(2): 185–97. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256772191_Exploring_Personal_and_Organizational_Determinants_of_Workplace_Bullying_and_Its_Prevalence_in_a_Japanese_Sample
- Magnavita, N. (2014). Workplace Violence and Occupational Stress in Healthcare Workers: A Chicken-and-Egg Situation Results of a 6-Year Follow-up Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5): 366–76 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261804059_Workplace_Violence_and_Occupational_Stress_in_Healthcare_Workers_A_Chicken-and-Egg_Situation-Results_of_a_6-Year_Follow-up_Study
- Occupational Safety and Health Administration. US Department of Labor. (2004). Disponible en: <https://sta.uwi.edu/ohse/documents/TheOSHAActofasamended.pdf>
- Occupational Safety and Health Administration. (2015). Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers (OSHA 3148-04R). U.S. Department of Labor. Disponible en: <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
- Organización Médica Colegial de España. *Observatorio Nacional de Agresiones Médicas*. 2024. Disponible en: <https://www.cgcom.es/observatorios/agresiones>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2021). *Diagnóstico sobre la violencia y el acoso en el sector salud 2021*. Iniciativa Spotlight. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_825047.pdf
- Palma A, Ansoleaga E, Ahumada M. (2018). Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. *Rev. méd. Chile*, 146(2). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000200213>
- Real Delor R. E., Ayala Saucedo, A. (2023). Maltrato a residentes de medicina del Paraguay en 2022 Estudio multicéntrico. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*, 30;80(2):112–118. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n2.404440>
- Stolovas, N., Tomasina, F., Pucci, F., Frantchez, V., Pinto, M. (2011). Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia, *Rev Med Urug*; 27: 21–29
- Vitolo, F. (2022). *Violencia contra el personal de salud*. Fundación Noble, Buenos Aires. <https://comunicacion.adecria.org.ar/wp-content/uploads/2021/02/Violencia-contra-el-personal-de-salud.pdf>