



**XII CONGRESO NACIONAL
DE
DERECHO SANITARIO**

20

**LA PERSPECTIVA MÉDICA SOBRE LA
PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES**

D. Antonio Díez Murciano
Presidente de la Coordinadora de Médicos de Hospitales



XII CONGRESO AEDS

Ponencia: La Perspectiva Médica sobre la Prevención de las Agresiones.

Mi agradecimiento al Comité Organizador y de forma muy especial a D. Ricardo de Lorenzo, Pte. de la AEDS por su amable y cariñosa invitación, reflejo de su amistad personal.

En un intento de que no se produzcan reiteraciones entre las distintas ponencias, voy a pretender delimitar mi intervención, lo más posible, a la realidad cotidiana, a lo que ocurre en el día a día en un Centro de Salud o en un Hospital, esas pequeñas cosas que, en relación al tema que nos ocupa, condiciona el desarrollo profesional y amarga la vida personal de muchos facultativos de este país. Analizaremos cuáles son los tipos más frecuentes de violencia, cuáles son las causas que más habitualmente pueden inducirla y, de entre éstas, cuáles son las que día a día, en un centro de salud o en un hospital, facilitan o causan dicha violencia, así como cuáles son las características más habituales de los agresores.

Una vez conocidas las causas, y dentro de la prevención de las agresiones, estudiaremos los parámetros y actitudes recomendadas para que no ocurra o no se culmine y, en caso de que la agresión se consume, los aspectos jurídicos y administrativos que permiten que no vuelva a ocurrir, bien porque no se produzca un nuevo encuentro entre el profesional y su agresor o bien porque la sanción sea tan ejemplarizante que disuada a la persona conflictiva a amenazar o agredir.

Finalmente, expondremos el decálogo que nuestra organización propuso, de forma pionera, hace casi tres años y algunas de las medidas puestas en vigor por un servicio de salud.

<>

Teniendo presente que *“lo trágico surge a partir de la acumulación de lo insignificante”* deberemos tener en cuenta que las agresiones que sufren los profesionales sanitarios son de una frecuencia y habitualidad aterradora. La agresividad está presente en la sociedad actual, pero es latente y patente en cualquier consultorio, sala de espera, antequirófano o urgencias. Si **antes** podíamos aseverar que **la angustia era la sensación predominante ahora podemos afirmar que la agresividad la supera.**

Los que vivimos día a día la asistencia sanitaria podemos estar de acuerdo tanto en la definición de la OIT, *“violencia es toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es*

amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”, como la de la OMS, que la define como “todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo,(...) con la implicación de que se amenaza explícita o implícitamente su seguridad, su bienestar y su salud”.

Pero, estas definiciones se basan esencialmente en las agresiones que tienen una repercusión mediática y alcanzan una publicidad significativa. Sin embargo, **los profesionales de la sanidad sufrimos una agresividad diaria y continua, fundamentalmente verbal, y que incide directamente en la propia estima, en el sentimiento de ridículo frente a otros compañeros, en la sensación de humillación ante los pacientes y familiares, en la dignidad personal y en la repercusión familiar incluso.**

Estamos seguros que las estadísticas que se manejan, - en EE.UU. 16 veces más riesgo de agresión al personal sanitario; en Inglaterra, un 48% de profesionales sufriendo incidentes; en Australia, un 62% de afectados de amenazas y en España, un 40% en los Servicios de Urgencias, un 28,6% en los Centros de Atención Primaria y un 13,7% en las salas hospitalarias -, son inferiores a la realidad, por cuanto la agresión verbal, el desprecio o la amenaza, más o menos velada, son mucho más frecuentes.

Podemos afirmar que la violencia forma parte del entorno de la actividad profesional habitual y diaria de cualquier médico, porque esta violencia puede ser de muy diversas formas:

- a) **Verbal:** palabras vejatorias, gritos, frases de menosprecio, insultos, amenazas, coacciones e injurias.
- b) **Física:** Empujones, escupitajos, patadas, puñetazos o cabezazos, bofetadas, arañazos, mordiscos, violaciones, puñaladas y disparos. También se incluye en este grupo la intimidación con amenazas físicas.
- c) **Psicológicas:** Las dos anteriores llevan implícita la agresión psicológica asociada, lo que constituye el “síndrome de estrés postraumático”, caracterizado por ansiedad, depresión e insomnio.
- d) **Daño a la propiedad:** robo, estropear el mobiliario y/o las instalaciones del centro y pertenencias del propio médico.

Pero, antes de proseguir, deberíamos plantearnos una pregunta, *¿En qué empresa cuando te efectúan un contrato te dan unas instrucciones para prevenir, evitar o minimizar unas agresiones que ineludiblemente te avisan que vas a sufrir?* Porque esto es lo que está ocurriendo en muchos centros sanitarios en los que, junto a Colegios y Sindicatos, se han elaborado unas “*recomendaciones ante situaciones de amenazas y agresiones*” o “*procedimientos de actuación ante una situación de agresión*”.

Atendiendo al título de nuestra intervención, consideramos que **la prevención supone uno de los aspectos más difíciles del problema.**

Protocolizar actuaciones después de una agresión es más fácil, dado que existen unos hechos concretos con unas connotaciones características que pueden tener su respuesta legal y administrativa. Prevenir es mucho más difícil porque el espectro causal puede ser extremadamente amplio y los desencadenantes absolutamente imprevistos.

Haciendo un breve resumen, podemos considerar como más habituales las siguientes causas, sin que el reconocer que se enumeren signifique en ningún caso que se está dando algún tipo de justificación a la actitud violenta,:

1.- Primero, y fundamental, las características del o los individuos, su falta de educación, su incapacidad de control y su falta de categoría personal: *La relación entre profesionales y usuarios en el ámbito sanitario es más estrecho, al tiempo que se está produciendo un cambio paulatino en esta relación sanitaria, de tal modo que el paciente/usuario se considera cada vez más cliente. Sin embargo, no han cambiado tanto los médicos como lo ha hecho la sociedad; es el "estado de bienestar" el que ha creado unas expectativas falsas al ofrecer prácticamente todo a cambio de casi nada. El descenso notorio del nivel educacional del usuario que acude vestido o desvestido de cualquier manera, a la hora que desea, con síntomas absolutamente leves o no relevantes y el convencimiento de poseer todos los derechos porque paga es algo cada vez más frecuente.*

2.- Falta de información institucional, de personal que satisfaga adecuada y puntualmente las preguntas y preocupaciones previsibles del usuario en atención al motivo de su visita al centro o consulta, así como deficiencia en el trato que el personal del centro facilita a los pacientes y a otros visitantes del centro: *A pesar de haberse creado oficinas de información al usuario o las gestorías de usuarios existen circunstancias que al depender de varios Servicios o Unidades se hace imposible coordinar y, por tanto, en algunas ocasiones es irrealizable una respuesta o una fecha concreta.*

3.- **Conflictos entre el personal del centro, que genera tensiones entre ellos y una hostilidad en el ambiente que puede ser percibida por el paciente: Son muy negativas las críticas entre profesionales con informaciones contradictorias y las opiniones despreciativas entre compañeros.** *Se trata de un problema mucho más frecuente e importante de lo que podría parecer; las rencillas, las discrepancias y los enfrentamientos entre profesionales de un Servicio, siempre que superan un límite pueden ser percibidos por los pacientes. La crítica de unos contra otros denosta o todos pero puede generar una reacción contra el profesional del que habla mal otro profesional al hacerlo, más o menos subliminalmente, culpable de sus dificultades.*

4.- **Condiciones de masificación e insuficiencia de recursos humanos y materiales:** *La masificación no sólo genera un ambiente hostil e irritante sino que permite la ocultación entre la masa y la ratificación de una autoridad, masculina o femenina delante de esa masa. La masificación es uno de los grandes problemas con los que cuentan todos los centros sanitarios. En algunos se aplica una política de puertas abiertas durante todo el día; la permisividad para*

entrar a cualquier hora del día o de la noche es total, la mayoría de las veces como una postura electoralista para no generar un rechazo ciudadano a un control imprescindible. Esta masificación que origina aglomeraciones en pasillos y habitaciones es el caldo de cultivo ideal para que el miserable y el cobarde, parapetado en la muchedumbre, amenace y agrede vergonzosamente con total impunidad a los profesionales. También es causa de rencillas y peleas entre los mismos visitantes. En nuestro ámbito los propios enfermos, en muchas ocasiones, piden la restricción del número de visitas que reciben. Últimamente, y a consecuencia de la masificación total, incluso nocturna, a las agresiones y amenazas se han añadido los robos.

5.- Sobrecarga de trabajo del médico y del resto de profesionales, burocratización excesiva e inestabilidad de la plantilla: Está demostrado que la sobrecarga y la falta de descanso del médico origina una disminución de sus facultades, en un 85%, y de problemas de índole clínico, un 27,2%. Este cansancio es más aparente en la Atención Primaria donde deben realizarse jornadas ininterrumpidas de 31 horas, ya que aún no se les autoriza a la libranza postguardia. Pero también hay que tener en cuenta que la acumulación de funciones, la precisión de realizar consultas muy continuadas o seguidas aunque sea en horario de mañana puede producir los mismos efectos.

6.- Cambios de médico sin haber sido solicitado ni haber informado previamente al ciudadano: Hay que hacer excepción de la inevitable jerarquización y el derecho a libranza postguardias. No debe permitirse la descoordinación entre los distintos médicos que deban estar relacionados con el paciente. El cambio de médico en Primaria es menos frecuente, salvo enfermedad o licencia, pero en Especializada es algo obligado, tanto por la jerarquización que condiciona cambios en los diversos destinos profesionales internos como en la necesidad de la libranza posterior a las guardias.

7.- Interrupción de las consultas, con la visita ya iniciada, con interferencias de personas ajenas, llamadas telefónicas, etc., susceptibles de ser interpretadas como una falta de atención y una relegación del enfermo: Si las llamadas a fijo y sobre un tema relacionado suponen un incordio, las reiteradas llamadas del móvil suponen una falta de respeto. La entrada y salida de muchas personas, sean sanitarias o no, alteran la necesaria concentración en la asistencia y hacen que el paciente se vea marginado. Esta es una cuestión que desgraciadamente se da con mucha más frecuencia de la debida; la intimidad es algo imprescindible para la relación médico paciente y, en especial en determinadas especialidades. Por ello debe evitarse la entrada de nadie en consulta y, por supuesto, limitar las llamadas de teléfono a lo mínimo imprescindible. Los móviles personales deben apagarse en todo caso.

8.- No atender las demandas del paciente sin razonarle los motivos: de organización, medios o recursos así como la negativa no justificada a peticiones de prestaciones sanitarias: pruebas, fármacos, certificados, etc. En la mayoría de las ocasiones el razonamiento o la argumentación de la negativa,

la explicación de la no incumbencia ni autorización del médico para tomar determinadas decisiones no evita la agresión contra quien tienen a mano, ya que, además, es alguien físico contra quien descargar su ira o su frustración, mientras que "la Administración" es un ente inconcreto contra el que no se atreven.

9.- Demora en la asistencia, pruebas, intervenciones, etc. sin un plan informativo que explique el motivo de la demora: *Se trata de una cuestión habitual que no ha solucionado la cita previa ni las campañas de primeras visitas; en general la situación se agrava ante la gran cantidad de publicidad engañosa y sectaria de las políticas de turno que inducen al usuario a entender que el estado de bienestar supone el logro de todo lo que ansíe.*

10.- Defectos en la información y la atención a situaciones de riesgo vital o de emergencia, especialmente en pacientes ingresados en urgencias, UVI o recién intervenidos. Si no se hace un tratamiento adecuado a las situaciones de muerte o duelo se agrava la situación: *Resulta evidente que en estas situaciones la sensibilidad personal y profesional debe estar exacerbada; no obstante, el concepto de muerte en la sociedad ha cambiado y de contemplarlo como algo inevitable se ha pasado a interpretarla como algo imputable, no sabiendo conjugar adecuadamente lo que es responsabilidad de lo que es culpabilidad. El médico responsable no tiene por qué ser culpable.*

De este decálogo podríamos resumir como imputables al médico exclusivamente: A.- **Las actitudes de intolerancia, prepotencia, insensibilidad o desatención hacia los enfermos, familiares y acompañantes.**

B.- **Las críticas entre compañeros con alusiones veladas a errores en diagnósticos o tratamientos.**

C.- **No "escuchar" ni "atender" al enfermo adecuadamente. Especial incidencia posee la reiteración de llamadas a los móviles con asuntos sin relación con la atención sanitaria.**

Como puede verse, estas tres causas tienen más relación con la falta de educación y modales que con una praxis inadecuada. En el resto de causas el médico, y los profesionales sanitarios en general, o son meros espectadores o son sufridores activos.

Aunque pueden quedar incluidas en algunas de las causas contenidas en el decálogo expuesto, quisiéramos resaltar, en nuestra intención de tocar tierra, algunos motivos que se han demostrado como causantes directos de violencia o, al menos, la han facilitado:

1.- **Respuesta a las reclamaciones de los usuarios:** en determinados ámbitos administrativos las respuestas a las reclamaciones de los usuarios, de muy diversa índole, se efectúan a través de cartas tipo en las que sistemáticamente, de una forma más o menos larvada, se culpa al profesional de la causa de la reclamación mientras la administración se ofrece para "subsana el error detectado". Con ello, se está haciendo culpable al profesional de la demanda sin que éste tenga conocimiento siquiera de la misma o se le permita opinar al respecto.

2.- **Cafeterías conjuntas:** la visión del médico o del profesional sanitario desayunando, tomando un café o una cerveza genera una reacción violenta en el familiar del paciente, aunque esté perfectamente tratado y asistido, y exige al personal que termine y acuda a la planta o al consultorio.

3.- **Entrega virtual del coste de la asistencia recibida:** en ocasiones ello se percibe como un insulto y origina una reacción agresiva para demostrar que "él ya paga bastante" como para que le recuerden lo que ha gastado.

4.- **Carteras de servicios irreales:** cuando de forma exclusivamente publicitaria se asegura la existencia de servicios que luego no pueden darse se genera una frustración que lleva a una actitud agresiva al sentirse engañado el usuario. La publicidad engañosa cotidiana de la Administración es causa habitual de generación de violencia.

5.- **Nefastas políticas de personal:** en donde los profesionales no son tenidos en cuenta y al que se le niegan todos los derechos a favor de engrosar los de los usuarios. No hay más que ver la cuantificación de los derechos de los usuarios frente a los de los profesionales.

6.- **Magnificación publicitaria de la agresión,** por la que el violento se transforma en protagonista y la agresión es publicitariamente rentable, poseyendo un eco en la sociedad al verse reflejado en los medios y creándose unas expectativas a favor del agresor, quien "conseguiría más cosas que el pacífico".

Queda claro, no obstante, que en la mayoría de las ocasiones la agresividad se desencadena contra la gente que no tiene ni responsabilidad ni culpabilidad alguna y, según los estudios efectuados, se colige que el agresor suele ser un individuo:

- a) Frustrado, ya sea por la enfermedad o por problemas personales, laborales, económicos, sociales, etc., pero todos ajenos a la persona agredida.
- b) Poco receptivo a cualquier tipo de explicación, que ya viene condicionado a reaccionar violentamente.
- c) Simulador de signos y síntomas para obtener algún beneficio ilegítimo: cobrar una pensión, conseguir una baja laboral, algún certificado o informe, etc.
- d) Con trastorno psiquiátrico: paranoico, antisocial, somatomorfo, psicótico, oligofrénico, senil y, en especial, **toxicómanos**. El toxicómano es uno de los graves problemas de la violencia en ámbitos sanitarios.

Nosotros creemos que, **en la mayoría de las ocasiones**, sin embargo, el agresor es un cobarde y un miserable.



¿Cómo prevenir una agresión? Una vez analizadas las causas que más frecuentemente generan agresividad veamos cómo prevenir una agresión. Para ello tendremos que abordar dos posibilidades:

- 1.- **Que no ocurra.**
- 2.- **Que no vuelva a ocurrir.**

1.- **Que no ocurra:** Para evitar que ocurra una agresión deberemos tener en cuenta una serie de parámetros y actitudes:

A.- Detección de indicadores de riesgo de conductas violentas por parte del enfermo o acompañante:

- Hablar con palabras groseras.
- Contracción labial que permita ver los dientes o contracción de los maseteros.
- Señalar descaradamente con el dedo o cerrar los puños.
- Tensión muscular, actitud generalizada de flexión y cambios de posturas frecuentes.
- Postura cefálica baja, barbilla hacia el pecho, colocación de postura de boxeador.
- Mirada fija, directa y prolongada. Se fija la mirada en el sitio de la agresión.

B.- Mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones:

+ Evitar caer en el terreno de la provocación para no incrementar la agresividad y caer en los insultos y gritos. *(En ocasiones, sin embargo, puede que la única solución sea responder con firmeza para contrarrestar la agresividad ya que el agresor siempre cuenta con que el médico más educado, más condicionado o más débil no actuará como él, no se defenderá o no responderá con la misma firmeza o violencia. En ocasiones, actuar de forma similar al agresor lo bloquea)*

- + Evitar mostrar un tono brusco y cortante, mostrándose con ánimo tranquilo.
- + Explicar las negativas a las expectativas de forma convincente y razonada.
- + Dejar hablar al paciente cuanto quiera para que libere sus frustraciones y su tensión interna.

+ Avisar a un compañero para que se integre en la conversación para intentar colaborar en la disminución de la tensión.

+ Reconocer las posibles deficiencias propias y de la organización, dándole la razón en lo que la tenga, haciéndose partícipe de los perjuicios de esa situación.

- + Manifestar los propios sentimientos al paciente.

C.- Si no es posible reconducir la situación y persiste la situación peligrosa:

Localizar una vía de huida

Buscar la interposición de la mesa u otro elemento mobiliario que se interponga entre el hipotético agresor pero que no bloquee la salida.

Utilizar los timbres de alarma si existen.

Salir de la sala: + El médico en peligro tiene el derecho legítimo a defenderse para repeler una agresión aplicando los medios de autodefensa que tenga a mano, siempre con la mínima fuerza necesaria” para rechazar o neutralizar el ataque de

forma "proporcional al daño que se pretende evitar", (*¿Qué ocurrirá después en la calle con los "colegas" del agresor?*)

+ Debe evitarse que esta "legítima defensa" se confunda con los supuestos de pelea mutuamente aceptada, por lo que se considera preferible la huida evitando la confrontación directa.

Reclamar la intervención de los cuerpos de seguridad, denunciando la agresión en el juzgado o en la comisaría más próxima.

2.- **Que no vuelva a ocurrir:** Una agresión no puede suponer un estímulo para nadie por el hecho de alcanzar notoriedad, ni ser gratuita. **La impunidad tras una agresión**, del tipo que sea, **es una invitación a nuevas agresiones.** Cada respuesta a una agresión debe significar una actuación ejemplarizante mediante el rechazo y el castigo adecuado al agresor.

Dos aspectos esenciales:

A.- Jurídico: Normalmente, las agresiones que se producen a médicos, al margen de lesiones graves u homicidios, se han residenciado en el juicio de faltas encuadrados en el título 1º, del libro 3º del Código Penal, a través de sus artículos 617 y siguientes: - Artículo 617. 1.- *El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro una lesión no definida como delito en este Código será castigado con la pena de arresto de 3 a 6 fines de semana o multa de 1 ó 2 meses.*

- Artículo 617.2.- *El que golpease o maltratase de obra a otro sin causarle lesión será castigado con la pena de arresto de 1 a 3 semanas o multa de 10 a 30 días.*

Además de esta pena, se produce la responsabilidad civil, o sea, la indemnización derivada de las lesiones o de la simple agresión que se ha producido y del daño moral, a través del artículo 110 del Código Penal.

Respecto al daño moral, es preciso hacer hincapié en él para obtener una justa valoración, ya que la jurisprudencia del Tribunal Supremo afirma que *"no cabe olvidar que cuando de indemnizar los daños morales se trata, los órganos judiciales no pueden disponer de una prueba que les permita cuantificar con criterios económicos la indemnización procedente por tratarse de magnitudes diversas y no homologables; de tal manera que en tales casos poco más se podrá hacer que destacar la gravedad de los hechos, su entidad real o potencial, la relevancia y repulsa social de los mismos, así como las circunstancias personales de los ofendidos"*.

La respuesta jurídica, por tanto, no podía seguir basándose exclusivamente en la tipificación que de estas infracciones efectúa el Código Penal, sobre todo por la consideración de falta, ya que al no ser delito precisa de la denuncia por parte de la persona agraviada, es decir, del profesional que tras ser agredido vuelve a encontrarse en el juzgado con su agresor y sus acompañantes. Pero, es que, además, las sanciones previstas se corresponden con penas leves.

Afortunadamente cada vez los tribunales se van pronunciando más en el sentido de considerar como delito la agresión a los profesionales de la

sanidad y últimamente se están repitiendo las consideraciones de delito de atentado por considerar al médico como un funcionario público que está ejecutando las funciones propias de su cargo, lo que tiene una importancia trascendental al conseguir pena de prisión.

Todo ello al margen de las indemnizaciones que pudieran corresponder por las lesiones producidas.

Recientemente, incluso, el insulto ha sido considerado como desacato, al aplicarse el artículo 634 del Código Penal que sanciona a *“los que faltaren el respeto y la consideración debida a la autoridad o a sus agentes o les desobedecieran levemente cuando ejerzan sus funciones”*, al considerar al médico *“autoridad pública”*. Ello hace que la falta se encuadre dentro de lo que el Código Penal recoge contra el orden público, por lo que la pena es mayor que la que considera el insulto como una falta contra las personas.

B.- Administrativo: Evitar que esa persona, y cuantas agredan a un profesional, vuelvan a ser atendidas, al menos, por ese facultativo.

Al margen de la responsabilidad penal en que puedan incurrir los pacientes que agredan a los médicos y demás profesionales sanitarios, si son asegurados de la Seguridad Social y atendidos por algún Servicio de Salud, podrían igualmente ser sancionados por la entidad gestora correspondiente ya que, además de los derechos que otorga la Ley General de Sanidad en su artículo 10, deben aceptar los deberes contenidos en el artículo 11, que los obliga a cumplir los principios generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como los específicos determinados por los servicios sanitarios.

El artículo 17.h) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco, correspondiente a los *Derechos Individuales*, afirma que *“el personal estatutario de los Servicios de Salud ostenta el derecho (...) a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones”*.

La Directiva Europea 93/104, posteriormente DE 2003/88/CEEE, de 4 de noviembre del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, en su artículo 12, afirma que *“los trabajadores (nocturnos y por turnos) disfrutarán de un nivel de protección en materia de seguridad y salud adaptado a la naturaleza de su trabajo, que garantice su integridad y la realización de su actividad principal; estos servicios o medios de protección deben estar disponibles en todo momento y ser equivalentes a los aplicables a los demás trabajadores”*.

Para el hecho concreto de impedir que el agresor vuelva a verse con su agredido, podemos basarnos en el artículo 5 d) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias en el que se expresa que *“el profesional puede ejercer el derecho de renunciar a prestar atención sanitaria ... sólo si ello no conlleva desatención”*. En nuestra opinión, con este

artículo puede interpretarse que se abre una doble vía: - por un lado, rechazo a atender a quien nos ha agredido o amenazado.

- por otro, renuncia a admitir a un paciente por el derecho a ejercer la libre elección del mismo. Si el paciente posee libre elección de médico ¿por qué no el médico de paciente?

No obstante, no debería perderse de vista el artículo 5 c) de la propia LOPS, no tanto por lo que contiene sino por lo que omite: *“los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado”*. ¿Y el derecho del médico a ser respetado por lo mismo y en la misma forma?

También puede invocarse el artículo 17 del Código Deontológico: *“salvo en aquellos casos de urgencia, el médico puede negarse a prestar asistencia y a continuar prestándola si está convencido de que no existe la indispensable relación de confianza entre él y su paciente. El intento o la agresión constituye una circunstancia que legitima la decisión del médico de suspender temporal o definitivamente la relación actual y futura”*.

La única limitación a esta facultad del médico de suspender la relación radica en el caso en que este médico fuera el único disponible para atender una circunstancia de urgencia asistencial de esa persona, pero la solicitud de asistencia programada o simplemente espontánea puede ser rechazada legítimamente por el profesional.

Y, por último, reiterar una cuestión de lógica, si el paciente tiene derecho a la libre elección de médico ¿por qué el médico no tiene derecho a la libre elección de paciente, o rechazo en este caso, de producirse una agresión o la simple conflictividad?

Finalmente no debería olvidarse que en caso de agresión a alguno de sus trabajadores el director del centro es responsable del incumplimiento del deber de proteger adecuadamente al personal que allí trabaja y, en determinados supuestos, de la falta de previsión ante la existencia de posibles situaciones de riesgo de los profesionales.



Teniendo en cuenta estas y otras consideraciones, la Asociación Profesional de Facultativos del Hospital “Punta Europa” de Algeciras, incluida en la Coordinadora de Médicos de Hospitales, propuso hace más de dos años, de forma pionera, un **Decálogo contra las agresiones**, en el que, ante el incremento de agresiones a los profesionales sanitarios y la multiplicidad de propuestas procedentes de diversas entidades, se concreta la sistemática que, en nuestra opinión, debía ponerse en marcha, tanto para un **tratamiento preventivo** como para la **actuación inmediata**, una vez producida una agresión de cualquier tipo e intensidad:

1.- **Consideración de la agresión a los profesionales sanitarios**, desde el punto de vista laboral, **como accidente o enfermedad profesional**: para ello, deberán ser tratadas de acuerdo a esta definición, tanto en su vertiente profesional, laboral y retributiva.

2.- **Aprobación en Mesa Sectorial de un procedimiento por el cual la Administración actúe y denuncie como empresa a todo agresor, verbal o físico**: debe finalizar la pasividad de determinados Servicios de Salud y evitarse que el propio profesional agredido tenga, además, que hacerse cargo de los trámites y personarse en los juzgados para presentar la denuncia. *(De todas formas, aunque de forma automática el centro denuncie al agresor no se puede evitar que el agredido tenga que encontrarse con su agresor y su entorno).*

3.- **Publicación de un manual, elaborado por especialistas, psicólogos y psiquiatras**, en donde se recojan pautas de actuación ante la violencia, al tiempo que se dictan cursos y se desarrollan talleres sobre el tema para todos los trabajadores: la Administración debería hacerse cargo de esta preparación como una formación continuada más.

4.- **Identificación previa para detectar la posibilidad de asistencia a los pacientes conflictivos**: debe existir un registro de personas que tengan constatados sus antecedentes de agresores para evitar su acceso al mismo profesional al que agredieron o prever cualquier tipo de conflicto.

5.- **Establecimiento del proceso asistencial a desarrollar para que un profesional no tenga que continuar atendiendo a un paciente o a un familiar que previamente le ha agredido, insultado o amenazado**: las Gestorías de Usuarios deben tener articulado un procedimiento de detección, primero, y cambio de profesional automático, después, a fin de evitar reencuentros desagradables con su agresor.

6.- **Redacción de unos protocolos unitarios de actuación jurídica tras agresiones, análogos en cada autonomía, y ejecutados por especialistas en derecho penal**: con ello se agilizará el proceso, se evitará la presencia del agredido y se facilitará la labor del denunciante, que debería ser experto en Derecho Penal, para reforzar la consideración de delito de la agresión.

7.- **Elaboración de cartelería donde se recuerde a los usuarios la obligación y el deber de tratar al personal con respeto y educación al tiempo que se exponen las consideraciones jurídicas de la agresión y las penas imponibles**: al igual que los profesionales debemos tratar con respeto y educación a los usuarios, debemos exigir ser tratados de la misma forma y la Administración debe hacer una campaña, que al ser institucional debe ser mejor acogida, sobre el derecho a la protección al honor, el prestigio y la dignidad del profesional.

8.- **Confirmación de las denuncias presentadas por los usuarios contra los profesionales, recabando obligadamente la opinión de éstos y redactando una respuesta que no implique la consideración subliminal de culpabilidad del profesional**: siempre que exista una denuncia de un usuario debe recabarse la opinión del profesional implicado antes de que la Administración responda a aquél

y evitarse fórmulas de complacencia que inculpan al profesional. No debe olvidarse, tampoco, que el Estatuto Marco, en su artículo 74.2.f) concede a cada profesional, en caso de procedimiento disciplinario, el derecho a ser "asesorado y asistido por sus representantes sindicales".

9.- **Refuerzo del personal de seguridad en las zonas y los momentos en que se presuma mayor conflictividad:** se trata de una simple medida disuasoria que puede tener utilidad en algunos puntos concretos y situaciones puntuales pero no ante una masificación de actuaciones profesionales simultáneas.

10.- **Paralización durante un tiempo determinado, una jornada laboral o veinticuatro horas, de las actividades del Centro o Servicio al que pertenezca el profesional agredido u otra forma de conflicto:** sería la última medida y consecuencia de una agresión consumada. Supondría la necesidad de respuesta al fracaso o no aplicación de los puntos anteriores.

Como consecuencia de las demandas de los profesionales y de los Colegios, la Administración ha respondido de forma dispar, tanto en sus propuestas como en el desarrollo de las mismas. Dentro de las respuestas de los distintos Servicios de Salud, expondremos los dos aspectos del problema, basándonos en las medidas propuestas por el SAS:

I.- **Actuación del profesional (del SAS) ante una situación de agresión**:"

- Paso1: Situación de Agresión: Ante una situación de agresión en la que el profesional perciba un posible riesgo, el primer paso es solicitar ayuda del vigilante de seguridad, en el caso de que el Centro o Servicio cuente con este personal. De no ser así, el profesional solicitará la presencia de un/a compañero/a que le ayude a acabar con la situación de violencia. En caso de que la situación de violencia/agresión persista se pasará al
- Paso 2.- Alertar a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad: Bien sea la Policía Local, Nacional o Guardia Civil y se les solicitará que se personen en el Centro/Servicio para acabar con esta situación.
- Paso 3.- Comunicar el incidente al responsable del Centro: Una vez terminada la situación de agresión, bien porque desista la actitud del presunto agresor, bien por la actuación del propio profesional, compañero o miembros de las Fuerzas de Seguridad del Estado, **(bien porque el profesional haya sido agredido)**, se pasará inmediatamente a notificar el hecho al responsable del Centro, Gerente de Área, Director Gerente de Hospital, Director de Distrito o Director de CRTS, quien en función de la gravedad de los hechos se personará en el Centro (si estuviera ausente) o atenderá al profesional agredido por vía telefónica.
- Paso 4.- Traslado al Servicio de Medicina Preventiva/Urgencias: En donde se actuará a dos niveles: 1º.- Valoración de lesiones: si existen lesiones se emitirá el correspondiente Parte de Lesiones.

2º.- Hoja de Registro de agresiones: independientemente de que existan agresiones o no los profesionales de

estos Servicios cumplimentarán junto al profesional agredido la Hoja de Registro de Agresiones, que será remitida a la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. Desde la UPRL, el primer día hábil después de la notificación de la agresión, solicitarán del agredido la información necesaria para cumplimentar el Registro Informatizado de Agresiones, paso previo a la realización de un Mapa de Riesgo.

- Paso 5.- Denuncia por parte del profesional ante el órgano competente: Juzgado, Guardia Civil, etc.

II.- Actuación del Responsable del Centro ante la notificación de una situación de agresión: tendrá, en primer lugar, que valorar la gravedad del hecho acaecido a partir de la cual decidirá si personarse en el Centro o atender directamente al profesional agredido por vía telefónica. Luego seguirá los siguientes pasos:

- Paso 1.- Ofrecimiento de apoyo psicológico: Primero lamentará el hecho y luego ofrecerá apoyo psicológico al profesional, quien podrá aceptarlo o rechazarlo.
- Paso 2.- Ofrecimiento de asesoramiento jurídico: en especial si el profesional decide denunciar el hecho ocurrido.
- Paso 3.- Manifiesto de repulsa: denunciando la situación de violencia y lamentando el daño físico y/o psicológico que haya podido sufrir el profesional en el desempeño de su labor.
- Paso 4.- Denuncia por parte del responsable del Centro ante el órgano competente: tendrá que personarse en el Juzgado correspondiente e interponer una denuncia contra el sujeto o sujetos que han producido la agresión.

<>

En suma, los profesionales de la Sanidad estamos hartos de tener que soportar las continuas vejaciones, insultos, amenazas y agresiones de pacientes y familiares, ante la pasividad culpable de la propia Administración, sin olvidar las denuncias injustificadas. Los profesionales no tenemos porqué seguir soportando ataques por causas ajenas a nuestra responsabilidad, ya que la mayoría de las reclamaciones se refieren a carencias imputables a los gestores, - escasez de personal, ausencia de sustituciones, limitación de medios, etc. -, o bien a la ausencia de elementales normas de educación, solidaridad o convivencia del propio usuario.

Por 1.069 euros al mes y 14 euros por hora de guardia no se nos puede exigir, además, a los médicos que seamos héroes o mártires.

<>

Referencias documentales:

1.- *"Procedimiento de prevención y actuación ante situaciones de violencia"*.- Instituto Catalán de la Salud.

2.- *"Guía para prevenir y gestionar la violencia en el lugar de trabajo contra los médicos"*.- Colegio de Médicos de Barcelona.- Cuadernos de la Buena Praxis nº 17.

3.- *"Procedimiento de actuación ante una situación de agresión en el Servicio Andaluz de Salud"*.- S.A.S.

4.- *"Plan PERSEO de prevención, protección y respuestas frente a la violencia en los centros sanitarios"*.- SESCAM.

5.- *"Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia"*.- Dirección General de RR.HH. del SMS.

6.- *"Convenio de colaboración para combatir las agresiones y ayudar al médico enfermo"*.- Colegio de Médicos y Consejería de Salud de La Rioja.

7.- *"Curso: Aspectos Jurídicos de la relación Médico – Paciente.- Sesiones Clínico – Jurídicas.- Agresiones y conflictos con pacientes"*.- Alfonso Codón.- Diario Médico.- 4 de junio, 2004.

8.- *"Herramientas efectivas para frenar actitudes violentas en los servicios sanitarios"*.- Juanjo Sánchez.- El Médico.- Informes.- 24-27 de diciembre, 2004.

Antonio Díez Murciano
Coordinadora de Médicos de Hospitales