



**A**gresiones  
2009

**Autores:**

Dr. Juan José Rodríguez Sendín. *Presidente CGCOM*

Dr. Manuel Muñoz García de la Pastora. *Presidente COM Avila*

Dr. José Alberto Bercerra Bercerra. *Secretario Badajoz*

Dr. Cesáreo García Poyatos. *Presidente COM Córdoba*

Dr. José Manuel Bendaña Jacome. *Secretario COM Ourense*

Dr. Isidro Lago Barreiro. *Vicepresidente COM Pontevedra*

Dr. José Antonio Monrabal Sanz. *Secretario COM Valencia*

**Edita:**

**Organización Médica Colegial de España**

**Diseño, maquetación, impresión y encuadernación:**

www.idea**grafica**profesional.com

**Depósito Legal:**

PO-128-2010

# Prólogo

El fenómeno de las agresiones a médicos ha venido ocupando en los últimos tiempos una creciente actualidad. Se alude a muchos factores como desencadenantes de esos episodios: el exceso de burocracia, la presión asistencial que impide dedicar a cada paciente el tiempo de consulta que sería necesario, la expectativa de unos resultados de salud que nunca pueden garantizarse o la exigencia de unas prestaciones a las que no se puede atender, serían algunos de ellos.

Es evidente, por tanto, que la resolución de este problema no puede abordarse desde una única perspectiva, sino que debe nacer de un acuerdo entre las organizaciones profesionales médicas y las Administraciones sanitarias, junto con el respaldo jurídico necesario.

La agresión -sea física o verbal- atenta contra el principio básico en que se sustenta el acto médico y que no es otro que la confianza en la relación médico-paciente, sin la cual es imposible desarrollar la actividad asistencial a la que los ciudadanos, precisamente, tienen derecho.

Si queremos un sistema sanitario de calidad es imprescindible recuperar un espacio con garantías para el ejercicio profesional y esto es algo que podemos lograr a través de un actuación coordinada tal como la Organización Médica Colegial ha venido manifestando reiteradamente y sobre la cual ha aportado sus propuestas.

Fruto de este trabajo es el presente documento. En él se recogen no sólo aspectos básicos para reconocer el problema, como son su origen, evolución y terminología, sino también unas recomendaciones claras hacia todos los agentes implicados (médicos, Colegios, responsables de Centros Sanitarios y usuarios) y unos modelos a seguir para la realización de la entrevista clínica y para el registro y tramitación ágil de cualquier incidente de este tipo que pudiera surgir. Una guía práctica que todos los profesionales de la medicina deben conocer.

Pero más allá de la labor ejemplarizante que cabe esperar de las sanciones a los agresores, es importante que entre todos demos a conocer al ciudadano la verdadera situación en la que trabajan los médicos que les atienden y conozcan los problemas a los que se enfrentan cada día en el ejercicio de su profesión.

**Juan José Rodríguez Sendín**

*Presidente Consejo General de Colegio Oficiales de Médicos*



# Agresiones 2009

# Introducción

Aun cuando no disponemos de estadísticas que a nivel nacional reflejen la dimensión real de este problema, las agresiones a los profesionales sanitarios cada vez son más frecuentes. Un estudio publicado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona informa de que una tercera parte de sus médicos colegiados han sufrido algún tipo de agresividad por parte de los enfermos o de sus familiares, a lo largo de su trayectoria profesional. El simple hecho de proporcionar una información diferente a la que el paciente, o su familia, quiere escuchar; la negativa a certificar una baja o a prescribir un determinado medicamento, pueden ser el desencadenante de una conducta agresiva.

Sólo con una sólida relación médico-enfermo puede realizarse una atención de calidad, lo que es imposible cuando se produce una ruptura violenta de la misma, que repercutirá sobre el servicio sanitario generando intranquilidad y desconfianza en el resto de los pacientes. En fin, genera dificultades y provoca respuestas indeseadas que progresivamente configuraran numerosos círculos viciosos concatenados en torno a diferentes situaciones y pacientes lo que deteriora el servicio público.

Como al final suele actuarse cuando las situaciones son insostenibles e irreversibles, es necesario repasar aquellos otros elementos del servicio sanitario que se pueden resentir o desaparecer. Y así se deteriora la calidad intrínseca de la atención, cuando se afectan las buenas prácticas y la orientación de las actuaciones profesionales o cuando se instala una medicina defensiva en suma mala praxis. También pueden deteriorarse la confortabilidad del servicio, el ambiente clínico, es decir el derecho a ser respetado y tratado como persona y las garantías de protección a la salud sin otros riesgos. Se puede perjudicar el derecho a ser informado y el participar en un ambiente sanitario tranquilo donde todas las fuerzas están dedicadas a hacer el bien ante una necesidad.

Pero también puede verse afectado el compromiso y participación profesional y ciudadana, entendida en el sentido más amplio, en la descentralización de la toma de decisiones de carácter colectivo y en aquellos aspectos donde puedan verse afectados los resultados sobre las personas. Las respuestas de ocultar, disimular, sobrevivir en un ambiente hostil es contrario a la transparencia clínica con búsqueda y reconocimiento de errores o revisión sistemática de la variabilidad de la práctica clínica en los diferentes ámbitos y niveles de actuación para encontrarlos. Pero también se afecta la cercanía y fácil acceso a los servicios y profesionales con una relación de confianza alterada que harán difícil avanzar en corresponsabilidad entre ciudadanos, profesionales, gestores y políticos.

Por todo ello las conductas violentas, aunque no lleguen a la agresión física, no deben permitirse en ningún caso, puesto que rompen algo tan básico como el vínculo de confianza que siempre debe existir en la relación médico-paciente, fundamental para la consecución de los objetivos de la relación clínica. Además, esa conducta agresiva -si no es sancionada como se merece- puede influir en que el médico ceda ante el paciente cayendo en el pacto de silencio lo que es inaceptable pues constituye una mala praxis de la medicina y un perjuicio para la sostenibilidad del SNS.

Qué duda cabe que la presión asistencial y la falta de tiempo y recursos para atender debidamente a los pacientes, está en el centro de todo. Cada uno de los médicos debería tener tiempo suficiente para poder ofrecer explicaciones adecuadas a sus pacientes y así lo hemos reclamado desde el Consejo General de Colegios de Médicos. Nuestra Comisión Central de Deontología, ha elaborado este mismo año una declaración sobre tiempos mínimos en consulta, por la que se exige a las Autoridades sanitarias a dotar a los profesionales de los recursos necesarios para que puedan ofrecer a cada paciente un "tiempo mínimo decente" que les permita hacer una entrevista clínica y una exploración física en condiciones dignas, y que debería fijarlo el médico en función de las necesidades individuales de cada paciente.

Estamos a tiempo de atajar este problema, antes de que adquiera tintes más preocupantes y por ello resultan muy alentadoras algunas sentencias judiciales, como la dictaminada el pasado mes de abril por la Audiencia Provincial de Zamora a petición del Colegio de Médicos de aquella ciudad. Según la cual se dictamina que las agresiones a médicos de la sanidad pública sean enjuiciadas como delito de atentado a la autoridad (con penas de prisión) y no como simples faltas que acarrearían solo penas de multa como sucedía hasta ahora. Es esta una resolución de gran importancia y trascendencia porque marca un criterio que, como se ha demostrado, ya se ha comenzado a aplicar en otros casos similares en distintos lugares de nuestra geografía y que ayudará de manera efectiva a frenar la escalada de agresiones a los médicos en el ejercicio de su profesión.

Ante este nuevo escenario es obligado recordar a todos los profesionales sanitarios la necesidad de denunciar estos hechos y ponerlos en conocimiento de su Colegio, junto con los elementos de prueba y testigos que pueda aportar como base para la acusación. Por lo que se refiere a las Administraciones Sanitarias, estas deben poner todas las medidas a su alcance para prevenir estas situaciones. La solución a este problema no está en una sola actuación, sino en un conjunto global de agentes y medidas dando a todas ellas el respaldo jurídico necesario.

Por otra parte es preciso evitar el alarmismo ya que en ocasiones y en especial ante los casos excepcionales es mayor la repercusión mediática que se les da que la magnitud del problema. Se trata, en definitiva, de un fenómeno que, aun siendo minoritario, cada día va en aumento. Por lo cual si queremos un sistema sanitario de calidad es imprescindible recuperar un espacio con garantías para el ejercicio de los profesionales y ahora estamos a tiempo si se aplican las medidas de prevención y detección necesarias.



**Agresiones 2009**

# Terminología

## \_ Definición del problema

Incidente violento en el lugar de trabajo. Es cualquier acto que conlleve abuso verbal, físico, amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio cometidos por un paciente, su familiar o acompañante, contra un profesional médico en el ejercicio de su función y causando un daño físico o psicológico.

Existen distintas denominaciones de agresión, la más comúnmente admitida, es la que la Real Academia Española de la Lengua recoge y contempla en sus acepciones como "acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño" o "acto contrario al derecho de otra persona".

O en el ordenamiento jurídico penal, se recoge que "las lesiones se configuran como el menoscabo de la integridad corporal, o su salud física o mental".

La Organización Internacional del Trabajo considera que violencia en el ejercicio de cualquier actividad profesional o como consecuencia directa de la misma 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 ámbito sanitario, la Organización Mundial de la Salud, la define la violencia en el lugar del trabajo 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 y esta puede ser la más significativa porque pertenece a este ámbito mas específicamente.

La propia Real Academia Española de la Lengua recoge como sinónimos de agresión, los términos acorralamiento, atraco, provocación, embestida, acometida, ataque, asalto e incluso atentado.

La mayoría de las definiciones recogen sucintamente la descripción de las situaciones que se vienen produciendo a diario por parte de los pacientes o sus familiares hacia los médicos, y desde la agresión verbal, que encuadra, gritos, insultos, amenazas, frases de menosprecio, palabras vejatorias, coacciones e injurias, hasta las agresiones físicas que aunque de más relevancia mediática no son mas importantes, donde golpes, patadas, intimidaciones con armas blancas o de fuego, e incluso secuestros, están dentro de la cotidianeidad.

El Código Penal sanciona en sus diferentes artículos, una serie de conductas punibles, las cuales pueden encuadrarse en las situaciones de violencia o en los distintos incidentes que pueden sufrir los médicos durante el ejercicio de su profesión o como consecuencia de ésta y es por ello que en la idea de que su conocimiento es importante se enumeran a continuación y se pormenorizan, así como el artículo del Código Penal que la recoge:

>. **Abusos Sexuales:**

Acción de realizar actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, sin violencia o intimidación y sin que, medie consentimiento (Art. 181 del Código Penal).

>. **Acoso Sexual:**

Acción de solicitar favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, aprovechándose de una situación de superioridad en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, de manera continuada o habitual y que provoque a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante (Art. 184 del Código Penal).

>. **Acusación y denuncias falsas:**

Acción de imputar a alguna persona, con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad, hechos que de ser ciertos, constituirían infracción penal, si esta imputación se hiciera ante funcionario judicial (Art. 456 del Código Penal).

>. **Agresión Sexual:**

Atentado contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación (Arts. 178 y 179 del Código Penal).

>. **Alteración de orden público:**

Acción realizada por un grupo de personas con el fin de atentar contra la paz pública, alterar el orden público causando lesiones a las personas, produciendo daños en las propiedades, obstaculizando las vías públicas o los accesos a las mismas de manera peligrosa para los que por ellas circulan, o invadiendo instalaciones o edificios (Art. 557 del Código Penal).

>. **Amenazas:**

Acción de intimidar a alguien con el anuncio de causarle a él, a su familia o a personas con las que esté íntimamente vinculado, un mal que constituya delito de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad mora, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico (Arts. 169 y 620 del Código Penal).

>. **Atentado contra autoridad o funcionario público:**

Acción de acometer a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o emplear la fuerza contra ellos, intimidarlos gravemente o hacerles resistencia activa grave, cuando se hallen ejecutando las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas.

Se considera funcionario público el que por disposición inmediata de la Ley o por elección o por nombramiento de autoridad competente participe en el ejercicio de funciones públicas. (Art. 550 del Código Penal).

>. **Calumnia:**

Imputación de un delito realizada con conocimiento de su falsedad y temerario desprecio hacia la verdad (Art. 205 del Código Penal).

Constituye una modalidad específica de la calumnia, caracterizada por la condición de los sujetos ante los que se pronuncia o a quien se dirige la falsa imputación-funcionario judicial o administrativo que tenga el deber de proceder a su averiguación.

>. **Coacción:**

Acción de impedir a otro con violencia hacer lo que la ley no prohíbe o le compeliere a efectuar lo que no quiere, sea justo o injusto, sin estar legítimamente autorizado (Arts. 172 y 620 del Código Penal).

>. **Daños:**

Acción de causar daños, de forma deliberada en la propiedad ajena (Arts. 263 y 625 del Código Penal).

>. **Extorsión:**

Acción de obligar a otro con violencia o intimidación, a realizar u omitir un acto o negocio jurídico en perjuicio de su patrimonio o del de un tercero, con ánimo de lucrarse (Art. 243 del Código Penal).

>. **Hurto:**

Acción consistente en tomar con ánimo de lucro, bienes contra la voluntad de su dueño, sin que concurren las circunstancias que caracterizan el delito de robo (Art. 234 y 623 del Código Penal).

>. **Injuria:**

Acción o expresión que lesiona la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación (Arts. 208 y 620 del Código Penal).

>. **Lesiones:**

Acción que consiste en causar a otro un daño que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental (Arts. 147, 620 y 621 del Código Penal).

>. **Robo:**

Acción de apoderarse con ánimo de lucro de bienes ajenos, empleándose con violencia o intimidación sobre las personas, o fuerza en las cosas (Art. 237 del Código Penal).

Estos tipos de violencia pueden tener un carácter LEVE, GRAVE o MUY GRAVE y de ello se deriva la calificación PENAL o CIVIL.

Sin embargo debemos reseñar la importancia de la agresión psicológica asociada que sufren a posteriori los médicos agredidos y que quizás es la parte menos llamativa, pero la que produce más secuelas asociadas tras la agresión. En este punto es donde se debe incidir directamente, con ayudas psicológicas del propio servicio sanitario, que al igual que repara los daños a su propiedad material en instalaciones del centro o establecimiento sanitario, donde los agredidos desarrollan su labor asistencial, deberá reparar el capital mas importante del que disponen los sistemas sanitarios, que son sus médicos.

Y todo esto, ocurre en los momentos en que el médico está ejerciendo una profesión que se caracteriza por la ayuda constante y desinteresada hacia los pacientes y por la defensa de su salud y por tanto de sus intereses, resultando paradójico que los antónimos de agresión, sean exactamente ayuda y defensa, según recoge la Real Academia Española de la Lengua, y esta paradoja nos debe hacer recapacitar profundamente a todos.

**a**

**Agresiones 2009**

# AGRESIONES: ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Las agresiones a los profesionales de los servicios sanitarios, por usuarios o sus familiares y acompañantes, es otra de las manifestaciones de una intolerancia creciente. Y no sólo en nuestro medio si no también en países de nuestro entorno. Por ejemplo, en el National Health Service inglés, en 2006, el 11% de los profesionales de hospitales y el 6% de los de atención primaria referían haber sufrido una agresión física y el 26% y 21%, respectivamente, manifestaron haberse sentido intimidados o acosados por pacientes o sus acompañantes.

En una Orden publicada por la Consejería de Salud y Consumo de la Comunidad de Madrid, se señala que una encuesta realizada en el seno de la Unión Europea indicaba que, el 4 por 100 de los trabajadores aseguraba haber sido víctima alguna vez de violencia física real por parte de clientes y usuarios, y muchos otros empleados decían haber sufrido amenazas e insultos por parte de aquéllos.

Las situaciones de violencia se han ido extendiendo desde las empresas de bienes hasta las organizaciones públicas del sector servicios, siendo precisamente las profesiones relacionadas con este sector, tal y como indica la Organización Internacional del Trabajo, las que presentan un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia debido al estrecho contacto con usuarios y clientes.

Las acciones violentas de los usuarios del sistema sanitario, o de sus familiares y acompañantes, sobre los profesionales en el lugar de trabajo van en aumento en todos los países industrializados en los últimos años, llegando a representar un motivo de gran preocupación para los profesionales sanitarios.

Se desconoce las verdaderas causas del incremento de agresiones a personal sanitario, no obstante, de las distintas publicaciones consultadas, puede deducirse que los principales motivos de agresión son:

- Situaciones de angustia por parte del agresor ante una falta de "información" sobre la situación de un familiar grave (urgencias de hospital).
- Situaciones en las que el agresor ve frustradas sus esperanzas de alcanzar un beneficio directo o indirecto (recetas, bajas, etc.) y en las que entiende que una negativa por parte del médico es un atentado a sus "derechos consolidados".
- "Demoras" en la ATENCIÓN "URGENTE" tanto en hospital como en atención primaria.
- Retraso en los plazos para pruebas complementarias.
- Desconfianza ante la actuación de los Médicos.
- Etc.



**P**

Agresiones2009

# PROCEDIMIENTOS

La frecuencia que en el ejercicio de sus tareas sanitarias, los profesionales médicos son objeto de malos tratos o agresiones físicas por parte de pacientes y de familiares, aconseja establecer unas sencillas normas de la conducta a seguir para acreditar la agresión, de manera que ocasionalmente puedan exigirse ante los Tribunales de Justicia o ante otro organismo competente las correspondientes responsabilidades de orden administrativo, civil, penal o de cualquier otra índole.

Las actuaciones que se enumeran tienen por objeto amparar al médico agredido, protegiendo sus intereses y ordenar adecuadamente la intervención de las partes implicadas.

## \_ Para el agredido

### 1. Situación de agresión

Ante un posible riesgo de agresión el primer paso del profesional ha de ser tener prevista una salida del escenario (disponer la consulta para que el posible agresor no quede entre la salida y nosotros) y 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 compañero u otra persona cercana que le ayude a terminar o salir de la situación de violencia.

### 2. Alertar a fuerzas y cuerpos de seguridad.

Como se ha indicado anteriormente, en el caso de que a pesar de los intentos de disuadir al agresor, la situación de violencia o agresión persista, se procederá a avisar a las fuerzas y cuerpos de seguridad.

### **3. Traslado al Servicio de Salud Laboral y/o Urgencias.**

Para valoración de las lesiones tanto físicas como psíquicas y solicitar el correspondiente informe lo más detallado posible en cuanto a las lesiones sufridas y en cuanto al tratamiento pautado.

### **4. Recabar toda la información posible.**

Sobre el agresor, la situación y los testigos. Siempre será interesante poder contar con imágenes del daño, aunque sea con el teléfono móvil

### **5. Comunicar el incidente al Colegio de Médicos y al responsable del Centro.**

Rellenar el Registro de Agresiones del Colegio.

Tanto uno como otro iniciarán los procedimientos propios de cada institución.

### **6. Denuncia ante el órgano competente.**

El último paso será la denuncia de los hechos ante la Fiscalía, el Juzgado, la Guardia Civil o la Policía. En este punto ha de hacerse notar que muchas de las Fiscalías autonómicas tienen instrucciones para tipificar la agresión a médicos en el ejercicio de sus funciones como atentado. Por ello siempre que sea posible sería la primera elección para la denuncia, seguida del Juzgado de Guardia y como tercera opción la Policía o la Guardia Civil. Debe evitarse la denuncia en más de una de las instancias mencionadas para evitar duplicidades en la tramitación.

### **7. Suspender la relación médico-paciente.**

Solicitar al centro de trabajo el cambio del paciente y/o familiares a otro centro. Si ello no fuera posible, efectuar el cambio de adscripción a otro médico.

## Para los Colegios

Tanto los Colegios como la OMC promoverán acuerdos con las Administraciones Sanitarias, tanto publicas como privadas, y Jurídicas estableciendo convenios para que los procedimientos en los que estas intervengan se realicen con la mayor celeridad.

**1. Contactar con el agredido.**

Rellenar con él las hojas de Registro en el momento que sea posible y acordar las medidas a tomar, manteniéndole informado de las actuaciones en todo momento.

**2. Asesoramiento médico y psicológico.**

Activación del Programa PAIME si fuera necesario.

**3. Asesoramiento jurídico.**

Activar las acciones administrativas, civiles y/o penales.

**4. Cumplimentación del registro de agresiones y comunicación a la OMC.**

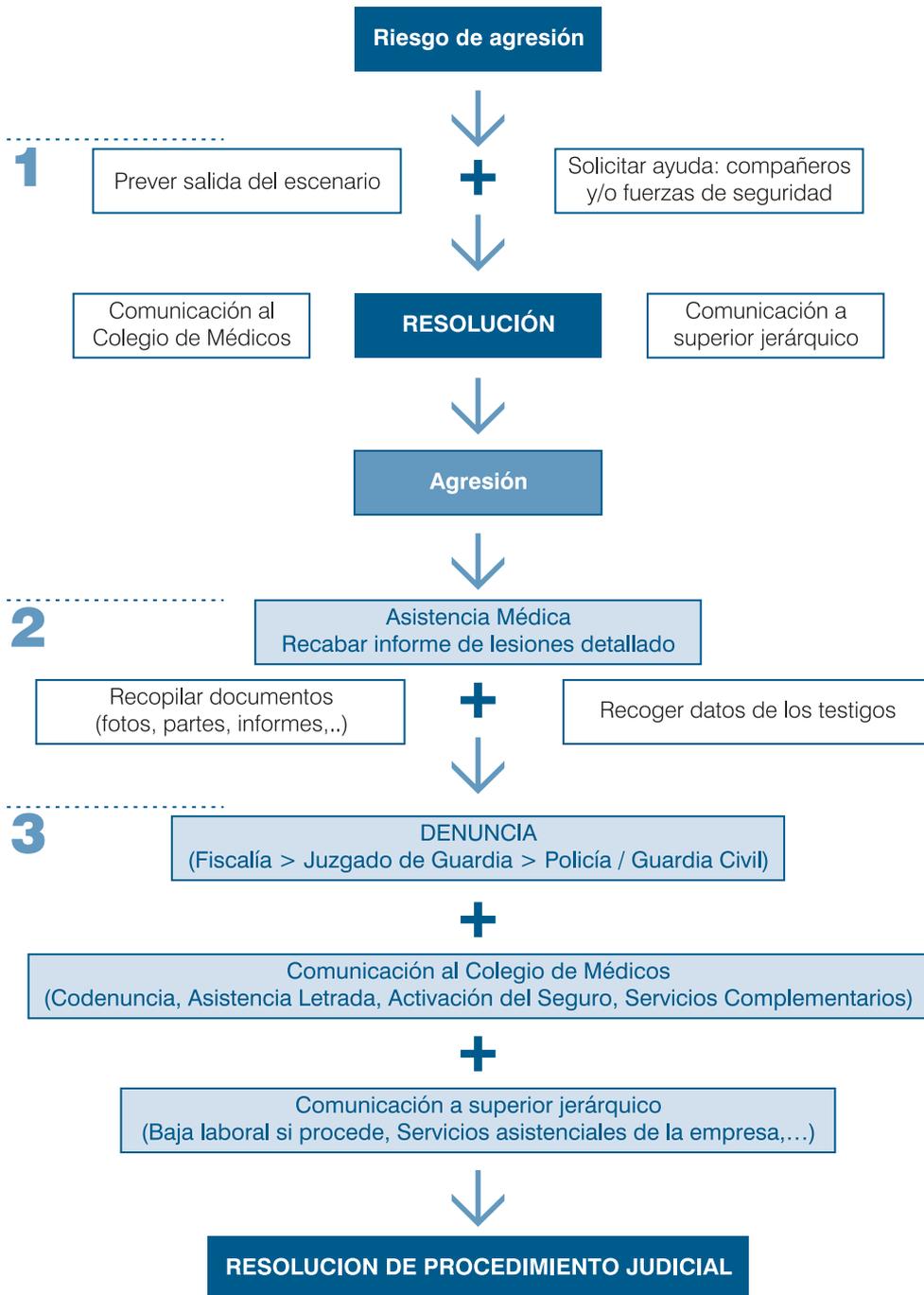
**5. Análisis de los datos.**

Creación de un Observatorio de Agresiones.

Del estudio estadístico se obtendrán datos que derivaran en acciones concretas según las características de la agresión y del lugar donde se producen.

### GUIA RAPIDA ANTE UNA AGRESION

(Física, verbal, amenazas, bienes,...)





**R**

**Agresiones 2009**

# RECOMENDACIONES

## — A los médicos:

- >. Adquirir la formación adecuada en estrategias de comunicación, con el usuario para poder establecer una relación empática, incluso en situaciones de incumplimiento de expectativas para el usuario y poder informarle, de a dónde debe derivar sus quejas, que no dependen del médico, sino de la organización del sistema asistencial.
- >. Adquirir formación específica para reconocer situaciones de riesgo de agresión, y adelantarse a los acontecimientos mediante estrategias adecuadas.
- >. Solicitar intervención de terceros, tanto para diluir la posible respuesta agresiva, así como para una eventual contención e incluso para intervención como testigos del hecho violento.
- >. Poner en conocimiento de los responsables del centro laboral, tanto a nivel gerencial como a los responsables de seguridad e higiene en el trabajo, de aquellos aspectos deficitarios (inexistencia de personal de seguridad, estancias sin segunda salida,...), así como de situaciones de riesgo.
- >. No tolerar ningún acto violento, ya que de una situación parcialmente controlada puede pasarse a una totalmente incontrolada.
- >. Recoger documentalmente cualquier resultado del acto violento: informes médicos de asistencia a lesiones, fotografías (incluso con el móvil), nombres e identificación de testigos del acto violento, identificación del agresor y de sus acompañantes.

- >. Comunicación a los responsables del centro de trabajo del hecho violento.
- >. Comunicación a su colegio del hecho violento para iniciar los procedimientos establecidos.
- >. De acuerdo con los servicios de apoyo colegial, presentar denuncia por orden preferente ante la Fiscalía, Juzgado de Guardia, Policía o Guardia Civil, evitando la duplicidad documental.
- >. Para reforzar la seguridad del agredido, será de obligado cumplimiento que en la denuncia, se asigne como domicilio de este, la dirección oficial de su Colegio de Médico, y no, su dirección particular.

## A los Colegios de médicos:

- >. Establecer planes de formación específicos, para mejorar las estrategias de comunicación entre médico y usuario.
- >. Establecer planes de formación específicos para manejar situaciones de riesgo (consulta difícil).
- >. Designar un equipo o persona responsable, para asumir las actuaciones de apoyo al médico agredido.
- >. Informar a los responsables de centros e instituciones sanitarias de las situaciones de riesgo, servicios de apoyo que pueda mejorar la respuesta ante el hecho violento en cada centro de trabajo.
- >. Aplicar el protocolo de actuaciones ante la aparición del hecho violento.

- >. Difundir entre los colegiados esta guía por todos los medios disponibles.
- >. Cumplimentar el registro de agresiones para documentar la evolución del problema y elaborar un mapa de la situación y de las zonas de riesgos. Ver Anexo.
- >. Realizar un seguro de asistencia a agresiones que reúnan unos requisitos mínimos, según aparece en el anexo nº 3.
- >. Constituirse en acusador particular único o como codenunciante, siempre de acuerdo con el médico agredido.
- >. Colaborar con las fiscalías y la judicatura para unificar criterios a la hora de tratar las agresiones a médicos como delito de atentado a funcionario público.
- >. Mantener informado en cada momento al colegiado agredido, de los trámites realizados, así como de la situación en que se encuentra la denuncia.

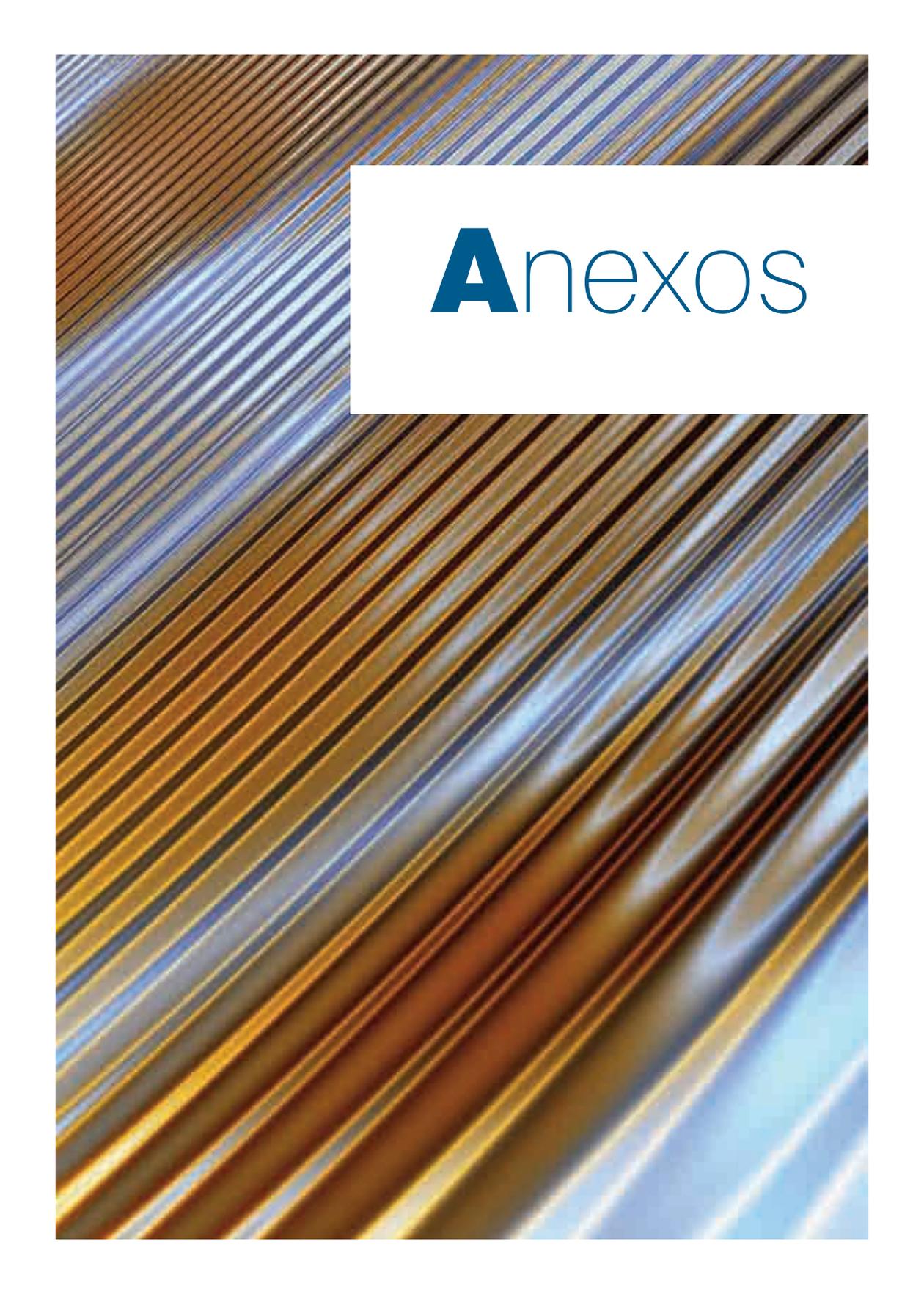
## A los responsables del Centro Sanitario

- >. Establecer planes de formación específicos, para mejorar la comunicación entre el médico y el paciente.
- >. Establecer planes de formación específicos, para aprender a manejar situaciones de riesgo.
- >. Evaluar situaciones de riesgo, servicios de apoyo y cualquier otro aspecto que pueda disminuirlo y mejorar la respuesta ante el hecho violento.

- >. Establecer planes de seguridad que incluyan, medidas preventivas y medidas ejecutivas ante el hecho violento.
- >. Elaborar un protocolo de actuaciones ante la aparición del hecho violento.
- >. Informar al usuario de los cauces de respuesta adecuados, ante una eventual vulneración de sus derechos.
- >. Colaborar con las Fiscalías y Judicatura para unificar criterios, a la hora de tratar las agresiones a médicos como delito de atentado a funcionario público.
- >. Mantener informado en cada momento al colegiado agredido, de los trámites realizados, así como de la situación en que se encuentra la denuncia.

## Al usuario

- >. Conocer sus derechos y también sus deberes, con respecto al uso del sistema sanitario.
- >. Respetar a sus médicos, además de las instalaciones sanitarias.
- >. Informarse de cuales son los cauces de respuesta adecuados ante una vulneración de sus derechos, tanto en los centros asistenciales como ante las Comisiones de Ética y Deontología de los Colegios de Médicos.



**A**nexos

**A**nexo



**A**gresiones**2009**

# ANEXO I

## Abordaje de situaciones difíciles

### ENTREVISTA CLÍNICA

Un sistema sanitario cada vez mas complejo y un paciente cada vez más informado, mas autónomo y mas exigente han hecho que la relación médico paciente, en permanente evolución, haya experimentado un cambio en los últimos años al que ni uno ni otro han sabido adaptarse.

Las pequeñas frustraciones de la vida diaria se acumulan y los mecanismos de adaptación a las situaciones originadas fallan. La hostilidad de los usuarios hacia un sistema sanitario que no cumple sus expectativas es dirigida hacia la figura del médico al que perciben como el culpable de un sistema socio-sanitario que no siempre es justo, médico que estableciendo unas prioridades intenta poner un poco de orden en todo ese desbarajuste e incomprensión.

La agresividad en pacientes no psiquiátricos casi siempre denota ansiedad, por ello un gran porcentaje de las denuncias formuladas contra los médicos se evitarían si la relación médico-paciente se hiciera con un correcto manejo de la comunicación entre ambos. A pesar de ello, es muy difícil evitar la aparición de situaciones de violencia en la consulta, hay que aprender a prevenir la agresión, saber percibirla incluso cuando aún sólo se manifiesta de manera encubierta. Para ello, el grado de experiencia del propio médico es decisivo.

## — Algunas consideraciones entorno a la entrevista

Una entrevista clínica tiene dos objetivos:

- en primer lugar obtener una información suficiente que permita al médico formular una hipótesis y plantear una solución para el problema que trae al paciente
- en segundo lugar es que la propia dinámica de la entrevista, como proceso interpersonal que es, conlleve efectos terapéuticos para el paciente, generados por la capacidad para establecer un vínculo de confianza con el medico.

Uno de los posibles errores de esta fase es sobrestimar nuestra capacidad de entender la situación; por ejemplo, creándonos una rápida impresión sobre el paciente y dirigiendo la entrevista hacia la confirmación del prediagnostico realizado ó lo que es peor ofreciendo una respuesta precipitada.

El paciente nos expone quejas, es decir la elaboración individual de sus sufrimientos. La demanda del paciente y lo que espera de nosotros se irá definiendo mediante la utilización de preguntas abiertas, que permitan una gama amplia de matices y posibiliten al paciente poner palabras a los afectos y emociones relacionados con sus síntomas.

Definir un problema resoluble es fundamental, por ello es importante la negociación con el paciente. No debemos convertir en síntoma lo que sólo es un problema, ni en enfermedad lo que solo es una posibilidad estadística que denominamos riesgo. La negociación de la definición del problema puede ser determinante para la evolución del mismo.

## — Encuentros difíciles y desencuentros que crisan

Pacientes con expectativas diferentes sobre la atención que recibe ó aquellos que desean obtener algo de forma ilícita, enfermos psiquiátricos con alteraciones del comportamiento ó con tendencia a la agresividad, pueden reaccionar con violencia. Pero también aquellos que consideran que presionando y agrediendo a los médicos pueden obtener algún beneficio. En general el agresor espera más de lo que realmente se le está ofertando y cree que puede obtenerlo de esa manera, agrediendo.

Un paciente violento que también suele serlo con la familia, en el trabajo, en la vida cotidiana; puede considerar la consulta como el lugar mas apropiado para manifestar buena parte de sus insatisfacciones, aunque alguna de ellas no tengan relación con el Sistema Sanitario, para lo cual puede valer cualquier justificación.

Los profesionales bien entrenados en habilidades de comunicación, y con experiencia en su aplicación son mas efectivos, evitan problemas y disminuyen significativamente la violencia en las consultas al permitir una mejor detección y gestión de las situaciones difíciles. En cualquier caso, la actitud de ponernos por debajo del paciente (de one-down), educar y renegociar con el paciente esas expectativas, abrirá vías para una relación más terapéutica. Es aconsejable no invadir el espacio del paciente manteniendo la distancia acostumbrada sin levantarse, escuchar atentamente y reconocer los signos que indican amenaza inminente de violencia.

## — Violencia en la relación médico-paciente

El paciente que presenta agresividad puede provocar en el médico inexperto una respuesta simétrica. Es norma ineludible no responder a la agresividad con agresividad.

Hay que considerar que el paciente pueda tener razón, aunque solo sea como táctica, ello ayuda a diferir la situación y a buscar la estrategia más adecuada.

Surge la violencia en consulta en determinadas situaciones:

- Cuando se obtienen respuestas negativas del médico a las pretensiones o expectativas del paciente.
- Cuando se personalizan en el médico las frustraciones del paciente.
- En el marco de una reclamación de responsabilidades o solicitud de explicaciones.
- Por manejo inadecuado de la relación médico-paciente.

## Indicadores de riesgo de conducta violenta

Si las situaciones de conflicto y de riesgo de agresión no se reconocen no es posible reconducirlas y actuar anticipadamente.

El médico debe saber observar la comunicación no verbal del individuo, como son los cambios del tono de voz, la actitud contenida, la situación de sus manos, la mirada fija sin parpadeo, con fijación de la cabeza, palidez, sudoración, inquietud motora, repetición de frases... En esas condiciones, la agresión física puede surgir en cualquier momento, por lo que se han de tomar siempre las medidas preventivas necesarias para que no suceda. Lo que debe incluir el tener prevista una salida de escape físico de la situación.

## — Manejo del paciente o familiar agresivo

Cuando un paciente no tiene razón, no debe dársele o al menos no puede salir de la consulta con la sensación de que se le ha dado. Siempre que sea posible, se le debe de transmitir el mensaje de que, en todo caso, consideramos su petición pero que nuestra conducta no se modificará por su agresividad, ha de comprender con toda claridad que ese tipo de conductas son estériles.

El médico debe, en todo caso, evitar el choque con el paciente, estar en actitud de escuchar, no mostrar temor en ningún momento, mantenerse relajado pero al mismo tiempo razonando y acotando las reacciones del paciente. Pueden emplearse en ese sentido, dos técnicas:

- La empatía, que es la capacidad para comprender emociones o sentimientos de otra persona. Es una prevención eficaz de situaciones enojosas y es posible emplearla incluso cuando éstas se producen. No significa en absoluto aceptar la agresividad del paciente.
- El señalamiento, que consiste en hacer evidente al consultante su actitud o conducta incorrectas.

Del empleo simultáneo de estas técnicas, junto con el autocontrol del propio médico, dependerá su habilidad para no responder con agresividad a la agresividad que recibe.

El médico debe saber dirigirse al paciente con serenidad, más como protector que en plan autoritario, sin provocar y sabiendo escuchar, porque el paciente suele responder a un contacto interpersonal no provocativo.

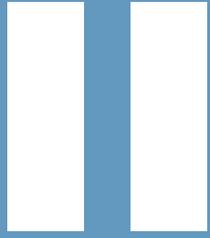
## Qué hacer ante un paciente agresivo

- Mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones.
- Conversar con corrección, en un tono afable y profesional.
- En el caso de que la tensión del paciente aumente de forma incontrolable, será necesario reorientar la conversación.
- Liberar la tensión emocional del paciente.
- Avisar a un compañero para que se integre a la entrevista con el fin de que contribuya a solucionar el motivo de la tensión.
- Reconocer las posibles deficiencias del Sistema y las nuestras.
- Manifestar los propios sentimientos al paciente.
- Y si, a pesar de todo lo anterior, ha sido imposible reconducir la situación y evitar la escalada de violencia y persiste la situación potencialmente peligrosa, se recomienda:
  - Dar por finalizada la visita.
  - Preparar la salida de la sala en el caso de que el agresor lo quiera impedir.
  - Reclamar la intervención de los cuerpos de seguridad, si los hay, o de otros, y denunciar la agresión en el juzgado de guardia o en la comisaría de Policía más próxima.

## — Qué no hacer ante un paciente agresivo

- Infravalorar la agresividad presente, por juzgarla comprensible dentro de la biografía del sujeto.
- No aplicar las medidas necesarias para su control por pensar, erróneamente, que el que avisa no tiene realmente intención de llevar a cabo sus amenazas, tanto cuando es en forma heteroagresiva (homicidios anunciados), como autoagresiva (ideas suicidas verbalizadas).
- No se justifica, en ningún caso, el nihilismo terapéutico basado en que el que es así seguirá siendo así, ni desentenderse del caso.

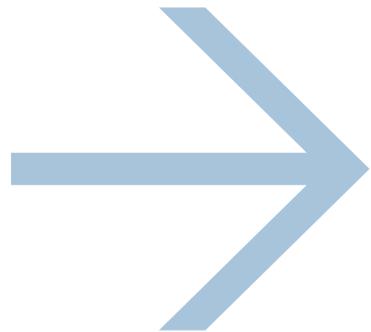
**A**nexo



**A**gresiones2009

# ANEXO II

## Registro de agresiones a médicos



EXPEDIENTE Nº ..... Fecha .. / .. / ..

## DATOS DEL COLEGIADO

Nombre: ..... Apellidos: .....  
D.N.I.: ..... Colegio: .....  
No Colegiado: ..... Sexo (H o M): ..... Fecha de Nacimiento: .. / .. / ..

## DIRECCIÓN DE TRABAJO

Centro: .....  
Calle: ..... Teléfono: .....  
Correo Electrónico: ..... @ .....  
CP: ..... Población: .....

## DIRECCIÓN DE CONTACTO

Calle: ..... Teléfono: .....  
Correo Electrónico: ..... @ ..... Móvil: .....  
CP: ..... Población: .....

## RELATO DE LOS HECHOS Y TESTIGOS

## TESTIGOS

1. Nombre ..... DNI .....
2. Nombre ..... DNI .....
3. Nombre ..... DNI .....
4. Nombre ..... DNI .....

**DATOS DE LA AGRESIÓN**

Fecha y Hora de los hechos: .....

Tipo de agresión:      Insultos            Amenazas        
                                  Difamaciones            Física        
                                  Otro     

Centro donde ocurre: .....   
 1. Centro de Salud    2. Hospital    3. C.E.P.    4. Otros: .....

Lugar: .....   
 1. Consulta    2. Pasillo    3. Sala de Urgencias    4. Visita Domiciliaria  
 5. Fuera del Centro (calle, establecimientos públicos y/o privados)  
 6. Urgencias fuera del Centro    7. Otros: .....

Tipología del agresor: .....   
 1. Paciente programado      2. Paciente no programado  
 3. Usuario del Centro      4. Familiar

Antecedentes del agresor: .....   
 1. Paciente con antecedentes de toxicomanías.      2. Paciente con antecedentes psiquiátricos.  
 3. Paciente con enfermedad orgánica.      4. Otros: .....

Causas: .....   
 1. No recetar medicamento propuesto por el propio paciente.    2. Tiempo en ser atendido.  
 3. Discrepancias en la atención medica.      4. Discrepancias personales.  
 5. Malestar por el funcionamiento interno del Centro.      6. En relación con la incapacidad laboral.  
 7. Emitir informes médicos no acordes con sus exigencias.    8. Otros: .....

Intervienen las Fuerzas de Seguridad .....   
 1. No    2. Policía Nacional    3. Guardia Civil    4. Policía Local    5. Seguridad Privada

¿Se ha presentado denuncia?          1. Si. 2. No. 3. No sabe

¿Has sufrido agresiones previas?          1. Si. 2. No.

Numero de agresiones:

Lugar

¿Por el mismo agresor?

   1. Centro. 2. Otro.

¿Se tiene constancia de anteriores agresiones en el Centro?          1. Si. 2. No.

¿Fueron denunciadas?

   1. Si. 2. No. 3. No sabe

¿Se tiene constancia de posteriores agresiones en el Centro?          1. Si. 2. No.

¿Por parte del mismo agresor?

   1. Si. 2. No.

¿Fueron denunciadas?

   1. Si. 2. No. 3. No sabe

¿Se ha identificado al agresor?          1. Si. 2. No.

Nombre: .....

Nº SS: .....

¿Sigues atendiendo profesionalmente al agresor?          1. Si. 2. No.

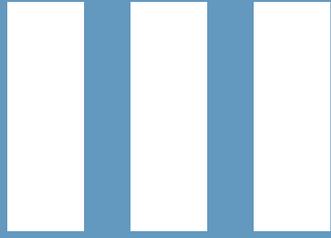
¿Se han tomado medidas para atajar futuras agresiones?          1. Si. 2. No.

Especificar: .....





**A**nexo



**A**gresiones 2009

# ANEXO III

## Condiciones mínimas recomendadas para un seguro de defensa y protección por agresión

El objeto del seguro ha de ser el daño, corporal, o psíquico que sufra el médico como consecuencia de una agresión u ofensa incluyendo (humillaciones, insultos, herir dignidad profesional...) con palabras, escritos, o hechos en el ámbito de su ejercicio profesional por parte de pacientes, familiares, o cualquier persona inducida.

Este seguro debe cubrir unas garantías básicas:

- >. Protección Jurídica por Agresión, que incluya la defensa penal, libre elección de abogados, fianzas, reclamación de daños corporales reclamación de daños materiales (bienes y enseres personales).
- >. Debe incluir igualmente el fallecimiento por agresión con un capital mínimo por asegurado.
- >. La invalidez permanente por agresión con capital mínimo asegurado.

- >. Incapacidad Temporal por agresión con indemnización diaria por baja laboral con un mínimo y un máximo por día.
- >. Estas indemnizaciones y capitales serían compatibles y/o acumulables a otras pólizas de accidentes en el caso de que la agresión o la amenaza, provoque el fallecimiento, invalidez permanente o una incapacidad temporal.