

DOCUMENTO MARCO
PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA
HACIA LOS FACULTATIVOS.

(Resumen)

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los actos violentos que sufren los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones constituyen un problema multifactorial que precisa de un abordaje multisectorial en el que intervengan todos los interlocutores sociosanitarios para mantener y mejorar la calidad asistencial dentro de un ambiente óptimo de respeto y empatía entre trabajadores y usuarios de la sanidad.

La situación de incremento paulatino de la violencia, el actual marco asistencial de masificación progresiva y escasez de recursos humanos, la impunidad jurídica que hasta la fecha han gozado los agresores, así como la dejadez de las administraciones públicas en estos episodios y en general en materia de seguridad y salud en el trabajo, hacen necesario promover actuaciones encaminadas a garantizar un entorno de trabajo seguro para nuestros facultativos, denunciando las deficiencias que favorecen y perpetúan estos deplorables hechos que sin duda perjudican seriamente tanto a la salud psíquica y física de los profesionales como a la relación clínica con los pacientes que necesita de una total confianza y respeto mutuos entre los actores que la protagonizan: el médico y su paciente.

Por todo ello la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos CESH ha elaborado el presente documento, para contribuir a la desaparición de la violencia en el entorno laboral de los facultativos.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Definición y magnitud del problema

La definición genérica de violencia en el lugar de trabajo, según la OMS, se refiere a *“todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio particular y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícitamente o implícitamente su seguridad, bienestar o salud”*: en resumen, abuso verbal o físico, amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio, ataques físicos intencionados, amenazas verbales o con un arma ofensiva, coacción o ataque sexual cometido por cualquier persona (paciente o familiar) contra un profesional en el cumplimiento de su ejercicio profesional, y causándole un daño físico o psicológico.

Las profesiones relacionadas con el sector servicios, tal y como indica la OIT, son las que presentan un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia debido al estrecho contacto con usuarios y clientes. La relación entre profesionales y usuarios del sector sanitario conlleva un importante componente emocional (dolor, muerte, sufrimiento, incertidumbre...) que puede generar situaciones de riesgo al provocar una percepción de falta de información, o de mala calidad asistencial. La demanda de atención urgente agrava la situación de riesgo por el estrés que provoca la misma urgencia.

Una reciente encuesta de la Unión Europea indica que el 4 por 100 de los trabajadores asegura haber sido víctima alguna vez de violencia física real por parte de clientes y usuarios, y muchos otros empleados dicen haber sufrido amenazas e insultos por parte de aquellos.

Según la OIT, el 25% de la violencia en el trabajo se produce en el sector sanitario. Se calcula que hasta el 50 % de facultativos ha recibido amenazas, el 4% ha sido agredido físicamente, y que un 4% tiene al final problemas psíquicos. Además uno de cada 25 pacientes de Atención Primaria son potencialmente violentos, pudiéndose presentar amenazas en una de cada 500 consultas. Estos datos necesitan ser actualizados dado que existe una gran proporción de incidentes violentos sumergidos que el profesional no denuncia por miedo al agresor, temor a posibles represalias por parte de la empresa o miedo a ser criticado. Sucede en ocasiones que el profesional no presta atención a las amenazas o abusos verbales al asumirlas como parte integrante del trabajo (*“gajes del oficio”*).

Factores de riesgo de sufrir un episodio de violencia en el trabajo

Una gran mayoría de estas agresiones están relacionadas con situaciones en las que se dirime un beneficio económico o administrativo directo o indirecto (recetas de determinados medicamentos, peticiones ilícitas de Incapacidad Temporal, prestaciones o pensiones por invalidez, etc.), habiendo existido una histórica dejadez y apatía por parte de las administraciones públicas en el control y persecución de estos comportamientos fraudulentos en la utilización de las prestaciones.

Algunos de los problemas de fondo son la elevada presión asistencial que sufre el sistema sanitario, y una pérdida de respeto y prestigio del médico por parte de la sociedad. Además las expectativas de los pacientes no siempre son posibles de cumplir en la forma y tiempo deseados; las necesidades son cada vez mayores, pero tanto las prestaciones del sistema sanitario como las posibilidades reales de actuación de los profesionales son limitadas. Los retrasos en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, listas de espera y, en especial, todo lo relativo a la asistencia domiciliaria son también causa de agresiones. Muchas de estas circunstancias escapan al control del médico, ya que dependen del funcionamiento y gestión de estructuras asistenciales complejas. Estos hechos unidos a los cambios producidos en la relación médico-paciente y al alarmante clima de violencia civil podrían orientar el por qué de esta penosa realidad.

La reciente Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica explicita los derechos y, en menor medida, los deberes de los pacientes; entre ellos se encuentra el hacer un uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el Sistema Sanitario en un ambiente mutuo de confianza, cordialidad, confidencialidad y respeto.

- Los principales causantes de los episodios violentos son los pacientes y/o sus familiares.
- Los lugares de mayor riesgo son las salas de psiquiatría, urgencias, salas de espera o geriatría, siendo mayor el riesgo en las horas de mayor actividad e interacción con los pacientes.
- Los motivos que suscitan una amenaza o agresión son variados: denegación de un servicio solicitado, actuación contra el deseo del paciente, esperas prolongadas, falta de información, etc.

FACORES DE RIESGO DE SUFRIR UN EPISODIO VIOLENTO

- Trabajar sólo. Escasez de personal. Trabajar en lugares aislados o alejados.
- Estilos de gestión rígidos, autoritarios; presiones para aumentar la productividad
- Masificación en salas de espera o en malas condiciones, mal diseño ambiental. Exceso de confluencia de público, familias alteradas en las salas de espera.
- Esperas prolongadas para ser atendidos.
- Errores (en citaciones, diagnósticos o terapéuticos)
- Falta de entrenamiento en detectar y abordar al agresor.
- Ausencia de medidas de seguridad.
- Movimientos no restringidos de público en las consultas.
- Pasillos o salas solitarios o poco iluminados.
- Trabajo con enfermos mentales o consumidores de alcohol y/o drogas. Disponibilidad de drogas en el centro.
- Atención en domicilio, pisos tutelados, albergues, atención a detenidos, inspección médica.
- Traslados de pacientes.
- Trabajar en zonas socialmente conflictivas

Indefensión de los facultativos. Secuelas de los episodios violentos

Los profesionales con frecuencia refieren sentirse indefensos, por diferentes motivos:

- En la mayoría de los centros asistenciales no existe servicio de seguridad con guardias jurados ni sistemas de alarma.
- La mayoría de las Direcciones de los centros sanitarios suelen inhibirse cuando un médico resulta agraviado, injuriado o lesionado, no ofreciéndole apoyo ni información adecuada sobre qué hacer, ni estableciendo medidas adecuadas para garantizar su seguridad personal.
- Cuando se producen agresiones, el médico percibe en ocasiones la neutralidad de la Administración como signo de una prevalencia del derecho a la salud del paciente sobre el derecho a la salud y a la vida del médico, cuando ambos deben ser iguales (y de rango superior el derecho a la vida).
- Existe un gran desconocimiento por parte del médico sobre qué hacer en las situaciones mencionadas.

Los episodios de violencia suponen un gran impacto emocional sobre el personal facultativo. Se trata de actos contra la dignidad y la integridad moral y atenta por tanto a los derechos fundamentales de la declaración universal de derechos humanos, siendo éste un bien jurídico que debe ser especialmente protegido. Además de la muerte o posibles lesiones físicas, existen otras secuelas de prevalencia no evaluada como el estrés postraumático, ansiedad, síndrome de "burn-out", aumento del distress en el entorno laboral, actuación profesional condicionada por miedo a su seguridad o la de su familia, incapacidad laboral temporal o permanente, abuso de alcohol y/o drogas, cambio o pérdida del puesto de trabajo y otros trastornos. Estas secuelas provocan un deterioro de la relación médico-paciente y comprometen la integridad psíquica del médico pudiendo, en casos graves, llegar a incapacitarle para el desempeño de su trabajo. En ocasiones el profesional se siente prejuzgado en su profesionalidad, originando sentimientos de humillación, vergüenza, culpa...

SECUELAS EN EL FACULTATIVO

- Estrés laboral crónico
- Disminución del rendimiento laboral
- Síndrome de hostigamiento
- Respuesta de reacción -> Boicot
- Síndrome de estrés postraumático
- Neurosis de ansiedad
- Síndrome depresivo
- Secuelas físicas

Perfil del potencial agresor

En esquema, los **tipos de potenciales agresores** en los Centros Sanitarios o en los domicilios de los pacientes suelen responder a uno de estos tres patrones:

- Ciudadanos entre cuyos rasgos de personalidad más significativos destacan un control de impulsos deficitario, baja resistencia a la frustración o cierto perfil de agresividad.
- Ciudadanos que persiguen un beneficio personal fraudulento a través de la asistencia sanitaria (recetas, bajas laborales, etcétera) y que para conseguir sus objetivos presionan, amenazan e incluso llegan a agredir al profesional.
- Ciudadanos cuyas expectativas en torno a la atención que el Sistema Sanitario Público puede brindarles son superiores, o incluso distintas, a las que éste puede ofrecerles en un momento determinado, y reaccionan agresivamente ante esta situación

MARCO NORMATIVO

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales recoge en su artículo 14: **los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo**. El citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales. Este deber de protección constituye igualmente un deber de las administraciones públicas respecto del personal a su servicio. Además es preciso recordar lo establecido en el artículo 17.h) del **Estatuto Marco** del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, aprobado mediante la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, en el que se dispone que el citado personal 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 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad así como la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Estatuto Marco y Ley de Cohesión y Calidad recogen no sólo los derechos, sino también los deberes de los ciudadanos entre los que se encuentra, como deber individual de cada ciudadano, el mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro, así como al personal que preste servicios en los mismos.

Las agresiones en el marco jurídico del derecho penal.

Conforme con nuestro Código Penal, se consideran delitos o faltas las acciones u omisiones dolosas (con intencionalidad) o imprudentes penadas por la ley. Al amparo de esta definición, la agresión sólo resultará penalmente perseguible cuando el comportamiento agresivo cometido contra otro se encuentre expresamente descrito (tipificado) como constitutivo de delito o falta.

PLAN MARCO PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA HACIA LOS FACULTATIVOS

Elementos básicos del plan:

1. Comprometer a la Administración en asegurar un entorno laboral seguro para los facultativos, debiendo adoptar una política de no violencia en el sentido de hacer explícito que no se permitirán actos de violencia, intimidación o daño a los trabajadores, asegurando una persecución enérgica de las conductas violentas y los agresores.
2. Sensibilizar, informar y formar a los facultativos, animándoles a denunciar los incidentes y a proponer estrategias y actividades para reducir o eliminar los riesgos.
3. Recuperar la imagen social de los facultativos.
4. La prevención es posible y necesaria. La violencia no es inherente al ejercicio de la profesión médica. Muchos actos violentos se pueden prevenir o cuando menos minimizar el riesgo. Los programas preventivos precisan por igual la sensibilización, implicación y compromiso de los gestores y de los propios facultativos
5. Analizar la seguridad de los centros sanitarios. Registrar y documentar las agresiones y elaboración de mapas de riesgo. Denunciar las deficiencias organizativas y de seguridad.

Objetivo general del plan marco CESH

- Velar por la seguridad de los facultativos en sus lugares de trabajo, desarrollando una estrategia integral para prevenir y actuar de forma eficaz ante las situaciones de tensión y conflicto entre los facultativos y los pacientes y usuarios, así como las agresiones y actos de violencia contra los profesionales, tanto en los Centros Sanitarios como en los domicilios de los pacientes y en la atención urgente.

Objetivos específicos del plan marco CESH

- Desarrollar una cultura de prevención de situaciones potencialmente peligrosas para mejorar las actitudes y conocimientos necesarios para abordar este problema
- Conseguir que la seguridad física y la salud emocional de los facultativos sea un objetivo básico de gestión, asegurando el mismo nivel de compromiso con la seguridad y salud de usuarios y de profesionales.
- Denunciar las deficiencias del sistema sanitario que favorecen los episodios violentos. Adecuar las plantillas y recursos a las necesidades reales de la población
- Denunciar la pasividad de las administraciones sanitarias para la prevención y erradicación definitiva de estos incidentes
- Instar a las administraciones sanitarias en su deber de luchar contra el fraude en el uso de las prestaciones sanitarias.
- Exigir el establecimiento de la normativa legal precisa que obligue al desarrollo e implantación de Planes de Prevención y Atención frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en todos los Centros e Instituciones Sanitarias así como en la asistencia domiciliaria y de urgencias.
- Exigir a las distintas administraciones públicas el asesoramiento legal, la defensa jurídica por expertos penalistas y la asistencia sanitaria y psicológica que precisen aquellos facultativos que hayan sido objeto de cualquier tipo de violencia, siendo la Administración la que persiga de oficio a los agresores, para evitar la personalización del conflicto en uno de sus trabajadores.
- Exigir medidas concretas de seguridad (pasiva y activa) para los facultativos, participando en la fase de diseño de Centros Seguros.
- Conseguir la calificación de **ATENTADO** para que estos delitos sean perseguidos de oficio
- Conseguir que todos estos incidentes tengan la consideración de **ACCIDENTE LABORAL**
- Desarrollar normativas específicas que permitan la movilidad voluntaria de los facultativos agredidos mediante la adscripción temporal a otro centro de trabajo.
- Exigir la contratación de un seguro que cubra los daños que puedan sufrir los facultativos por agresiones derivadas del desempeño de sus funciones.

Actividades:

1. Creación del **Observatorio CESH sobre violencia al facultativo**

- Para el impulso, desarrollo, seguimiento y evaluación de los Planes de Prevención y Atención, y de las medidas que en aplicación de los mismos se pongan en marcha, así como la vigilancia del cumplimiento presupuestario asignado a tales planes.
- Para el estudio de la incidencia de los episodios violentos creando un sistema de denuncia y registro ágil y accesible, así como favorecer el seguimiento en la recuperación total del facultativo
- Para realizar mapas de riesgo, señalando zonas o situaciones en las que será necesario extremar las medidas de seguridad

2. Desarrollo de **Campañas de sensibilización** a facultativos, administraciones públicas y ciudadanos: Tolerancia cero a la violencia en las consultas

3. **Formación** a los facultativos en técnicas y habilidades de comunicación y manejo de situaciones violentas, así como facilitar una guía de actuación a los facultativos

4. Participación activa en la **elaboración de los planes** de prevención y actuación frente a agresiones en las diferentes Comunidades Autónomas, controlando la financiación e implantación de los mismos.

5. Elaboración de la **Guía de Actuación** ante los episodios de violencia frente a los facultativos

Guía de actuación ante un episodio de violencia

¿Qué debe hacer el facultativo ante una agresión?

Ante la violencia verbal: Ésta puede ser leve (discusiones con gritos, grandes ademanes, golpes en la mesa o lanzamiento de objetos contra las instalaciones), intermedia (insultos o injurias) o grave (amenazas, coacción o intento de chantaje).

Qué NO hacer en ningún caso: Responder a las agresiones verbales, insultar, encararse, desafiar o agredir al agresor.

Qué hacer SIEMPRE:

- Si es posible, intentar controlar la situación mediante el diálogo.
- Si no se consigue controlar la situación, avisar a otros trabajadores del centro y/o al Servicio de Seguridad para que se personen inmediatamente en el área de conflicto.
- Establecer una adecuada distancia de seguridad, situándose si es posible en el umbral de la puerta, con ésta abierta y siempre de cara al agresor.
- Si lo anterior no es posible, emprender la huida.
- El médico debe interrumpir la consulta o actividad asistencial (salvo presencia de pacientes con urgencia vital) hasta que el paciente haya sido reducido por el personal de seguridad o abandonado las dependencias asistenciales, con el objeto de proteger la integridad física propia y de los pacientes que se hallen en espera.

Ante la violencia física: Esta forma de violencia tiene, afortunadamente, carácter excepcional. Puede ser leve (agarrones o pellizcos en tórax o extremidades), intermedia (empujones, palmetazos), o grave (agarrones o pellizcos en cara, abdomen o genitales, intento de derribo, golpes con las extremidades u objetos contundentes, exhibición o uso de arma blanca o arma de fuego, lanzamiento de objetos incendiarios, líquidos inflamables, corrosivos, objetos explosivos, etc.)

Qué NO hacer en ningún caso:

- Permanecer en la estancia si la huida resulta posible.
- Responder a la agresión de forma no proporcionada y con objetivo que sobrepase la neutralización de la agresión.

Qué hacer SIEMPRE:

- Intentar establecer una adecuada distancia de seguridad, ganando la puerta o salida y emprender la huida de inmediato.
- Avisar a otros trabajadores del centro y/o al Servicio de Seguridad y/o a la Policía para que se personen inmediatamente en el área de conflicto.
- Si la huida no es posible y la agresión inevitable, hacer uso de los elementos de defensa que, de forma proporcionada a la agresión, permita el ordenamiento legal. Las medidas de defensa propia deberán tener como único objetivo neutralizar la acción del agresor y permitir la huida, sin perseguir la comisión de daños específicos al agresor.

Medidas posteriores

- Una vez se ha producido la situación de violencia, el médico, desde el punto de vista legal y deontológico (artículo 5.1d de la LOPS y artículo 9.1 del Código Deontológico) está legitimado para **romper la relación médico-paciente**, salvo caso de urgencia vital del agresor, al haberse quebrado la necesaria confianza del paciente en su asistencia.
- Se debe reflejar en la historia clínica todo lo sucedido.
- Solicitar la emisión de un **parte de lesiones tanto físicas como psicológicas**

- El médico debe evaluar inmediatamente su integridad anímica y psíquica, poniéndose en manos de otro facultativo cuando perciba que sus facultades no están indemnes, conforme señala el artículo 19.2 del Código Deontológico Médico.
- El médico debe personarse, en cuanto sea posible, en la Comisaría de Policía o Cuartel de Guardia Civil que corresponda para **cursar la denuncia**, así como iniciar eventualmente acciones legales contra el agresor.
- Los delitos y faltas contra el orden público (atentado contra la autoridad o empleado público, alteración del orden público) deberán ser denunciados por el representante del servicio de salud correspondiente.

Si hay acoso o persecución: En ocasiones, el facultativo percibe riesgo físico durante sus desplazamientos dentro del centro, en las inmediaciones del centro o fuera del centro, debido a acoso o persecución por parte de un posible o pasado agresor. En estos casos el médico podrá rechazar la asistencia de un paciente, particularmente cuando aprecie que la asistencia a dicho paciente acarrea un riesgo para su seguridad personal (cuando han existido ya amenazas concretas de que va a causarle algún mal).

Qué hacer SIEMPRE:

- Comunicar la situación a la dirección del Centro, y si es continua en el tiempo, poner en conocimiento de la Policía y de la Justicia, mediante la oportuna denuncia, la actitud de acoso y persecución por parte del agresor.
- Asegurar la confidencialidad de los datos personales de que dispone la Dirección del Centro y/o el Servicio de Personal.
- Evitar cualquier comunicación o relación profesional o personal con el agresor. Se pondrá especial cuidado en no encararse, discutir, amenazar, provocar o atacar al agresor. No introducirse en la misma habitación o ascensor, ni dar la espalda al agresor. Debe intentarse mantener una distancia de seguridad de, al menos, 15 metros. Si éste disminuye la distancia o adopta actitud amenazadora, se aconseja encerrarse en una dependencia y avisar a la Policía.
- En casos graves, podrá solicitar que el Servicio de Seguridad del centro le acompañe durante sus desplazamientos dentro y fuera del centro. Y si esto no es posible, circular acompañado por, al menos, otra persona.
- No aparcar el vehículo en las proximidades del centro.
- En casos graves, intentar variar los horarios, medios de transporte, salidas e itinerarios de ida y venida al centro, evitar los trayectos por lugares despoblados, con mala iluminación o por donde resulte fácil la emboscada, etc.

Los trámites legales

El perjudicado podrá reclamar la responsabilidad civil derivada de delito o falta ante la jurisdicción penal de manera conjunta a la acción penal o bien, reclamarla de manera independiente ante los tribunales civiles. En el caso de injurias o calumnias, el Código Civil dispone que el plazo para ejercer la acción civil prescribirá en un año en los supuestos en que se exija responsabilidad civil por injuria o calumnia y por las obligaciones civiles derivadas de la culpa o negligencia. El cómputo del plazo empezará a contar desde el momento en que el agraviado tuvo conocimiento del hecho del que se deriva la obligación de indemnizar. En el caso de lesiones, el plazo de un año comenzará a contar desde el momento que se conozca el alcance de las mismas y sus secuelas.

Pauta de actuación en casos de violencia

1.- Solicitud de auxilio: Ante una situación de riesgo de agresión, el trabajador afectado hará uso de los sistemas de seguridad y aviso a su alcance (timbres, alarmas, localizadores personales, etc) con el fin de dar a conocer su situación. Solicitará ayuda a un compañero y/o al vigilante de seguridad y en función de la gravedad de la agresión se alertará a las fuerzas y cuerpos de seguridad externos como policía local, guardia civil, etc.

2.- Asistencia médica y documentación de lesiones: La asistencia sanitaria al médico víctima del episodio violento se realizará en el servicio de urgencias del centro de salud, hospital o mutua de referencia del trabajador, cumplimentándose el informe médico y el parte de lesiones al juzgado.

PARTE DE LESIONES: todas las víctimas de estos tipos de violencia sufren un **cuadro de estrés agudo**, de mayor o menor intensidad, en el momento del ataque. no se puede determinar a priori cuál de ellas desarrollará un síndrome de estrés post-traumático (uno de los diagnósticos de peor pronóstico en psiquiatría), por lo que la valoración inicial del cuadro debe implicar un pronóstico reservado. además deben recibir una valoración por una unidad de salud mental que evaluará las posibles secuelas. está indicado recomendar ansiolíticos de rescate e hipnóticos, dado que los trastornos del sueño y la ansiedad en los primeros días son muy frecuentes. por todo lo anterior, es imprescindible que en el parte de lesiones, que se ha de realizar lo más pronto posible tras la agresión, se incluyan:

- las lesiones psicológicas agudas (además de las físicas)
- de pronóstico reservado
- con indicación del tratamiento médico prescrito y
- necesidad de una segunda valoración y tratamiento en la unidad de salud mental (o en los servicios que se creen de forma específica).

Las lesiones de estas características tiene que ser consideradas como DELITO y no como simple falta. El documento más importante para su valoración es el parte de lesiones, que además permite fijar los días que ha tardado en curar el agredido.

3.- Comunicación del incidente o agresión: El trabajador o un compañero, en caso de que aquél no pueda realizarlo, deberá comunicar el incidente o agresión a su superior jerárquico, con el fin de adoptar las medidas oportunas. Este a su vez lo comunicará al Director del Servicio Provincial, Director General, Responsable del Centro, Director Médico y/o Gerente del Sector, quién cumplimentará el manifiesto de rechazo para dar cumplimiento a lo establecido en el Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal e informará al trabajador de las acciones legales y administrativas a desarrollar.

4.- Valoración del incidente o agresión por la Unidad Básica de Prevención o Unidad Central de Prevención: El trabajador acudirá lo antes posible a la Unidad Básica de Prevención o Unidad Central de Prevención de referencia, adjuntando la hoja de recogida de datos del incidente o agresión realizada por su superior jerárquico y el informe de asistencia médica, en el caso de haberla precisado. La Unidad Básica o la Unidad Central de Prevención cumplimentarán los datos del accidente/incidente y actuarán según el procedimiento de declaración e investigación de accidente establecido.

En caso de ser necesaria la incapacidad laboral se tramitará como accidente laboral.

5.- Apoyo psicológico: El impacto de un incidente violento es muy variable, dependiendo de la naturaleza y gravedad del incidente y de quién haya sido el sujeto pasivo del mismo. En cualquier caso, las situaciones de violencia generan una serie de consecuencias sobre el trabajador y sobre la plantilla que es preciso tratar. Las consecuencias pueden manifestarse en sentimientos de cólera o ira, en una desconfianza general frente a personas extrañas, en ataques de pánico y

ansiedad, conectados al miedo de que el evento violento pueda volver a producirse. Se pueden dar sentimientos de indefensión, aislamiento, vulnerabilidad y culpabilidad. Y asociado a todos ellos, se suele producir sintomatología física asociada a estrés (trastornos de sueño, del apetito, etc.). Todo ello puede afectar no sólo a la vida laboral sino personal. Por ello es importante dar una respuesta rápida y profesional que permita ayudar a recobrase del evento traumático. Este apoyo ha de ser a corto plazo, lo más inmediatamente posible al acontecimiento de violencia, y a medio-largo plazo.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA URGENTE: Los episodios de violencia en los centros y servicios sanitarios afectan psicológicamente al 100% de los agredidos; pero además suponen una agresión indirecta al resto de profesionales y al propio equipo y su dinámica de trabajo. Por ello, es necesario e imprescindible que las Gerencias cuenten con un **equipo de asistencia psicológica urgente**, que preste apoyo, asesoramiento y tratamiento tanto al profesional agraviado como al equipo o unidad donde se han producido los hechos. La atención se realizará a la mayor brevedad posible, siempre dentro de las 48 horas siguientes a la agresión, e incluirá medidas preventivas de las secuelas y de soporte emocional del profesional y del equipo que favorezcan estrategias de afrontamiento adecuadas y respuestas adaptativas correctas de todos los implicados.

En el caso de que el trabajador precise apoyo psicológico a medio-largo plazo será remitido a su centro de salud mental de referencia desde la propia Unidad Básica de Prevención o Unidad Central de Prevención con una hoja de colaboración específica para la valoración de estos casos.

6.- Apoyo jurídico: El responsable del centro donde ha ocurrido la agresión, la comunicará a la Dirección General de Servicios Jurídicos, en cumplimiento del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, independientemente de la denuncia que haya interpuesto el profesional afectado. El trabajador afectado acudirán, remitido por el responsable del centro, a dichos servicios jurídicos aportando la denuncia presentada ante la policía y el registro del incidente/accidente. Deberá valorarse la asistencia jurídica en el momento de la denuncia por parte de los servicios jurídicos. Se emitirá un manifiesto de rechazo de agresión por parte del responsable dirigido al presunto agresor y al trabajador agredido.

7.- Registro de incidentes y agresiones: La Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales cumplimentará la Hoja de Registro de Agresiones en su propia base de datos y remitirá una copia vía Fax o por correo electrónico a la Secretaría General Técnica. De forma anual cada Unidad Básica de Prevención analizará los índices estadísticos correspondientes a los datos de incidentes y/o agresiones de su ámbito de referencia. Así mismo, la Unidad Central de Prevención realizará una Memoria Anual de Violencia en el Trabajo de los casos ocurridos y de las medidas adoptadas. Todos los casos se registrarán en la base de datos de agresiones creada a tal fin.

¿Qué deben exigir los facultativos a la Administración?

Los médicos deberán exigir a la Dirección por escrito que adopte las medidas necesarias para garantizar la Seguridad en su trabajo, como por ejemplo:

- El desarrollo de un protocolo de actuación para pacientes y familiares violentos y/o cuya asistencia haya sido rechazada por, al menos, un facultativo, con el objeto de garantizar simultáneamente el derecho a asistencia sanitaria de todo ciudadano con el derecho a la seguridad y a la vida del personal facultativo.
- Confidencialidad o anonimato de datos sobre turnos, residencia, teléfonos y datos familiares, para evitar fugas de información en los Servicios de Personal o Dirección del Centro.
- Servicio de Seguridad en todos los centros de Atención Primaria y Especializada.
- Instalación de teléfono e interfono en todas las dependencias donde se desarrolle actividad asistencial. Sistema de filtro de llamadas entrantes que inquieren sobre la presencia o actividad de facultativos.

- Implantación de sistemas de alarma en todas las consultas y dependencias médicas: estas alarmas deben tener el botón de activación camuflado en lugares de fácil acceso, botones de activación alternativos en distintos lugares de la dependencia, producir una señal sonora de alta intensidad y luminosa que se detecte en pasillos y dependencias próximas y conectar automáticamente con el Servicio de Seguridad con un sistema de localización preciso. Valorar la necesidad de instalar cámaras de vídeo.
- Sistemas de alarmas móviles para el personal de urgencias y emergencias
- Entradas y salidas diferenciadas y con identificación automatizada de acceso: para el personal sanitario y para los pacientes y visitantes.
- Implantación de arcos detectores de metales en las entradas del personal a los centros hospitalarios, al igual que en la mayoría de los edificios públicos
- Identificación visual y previa por el Servicio de Seguridad de pacientes o familiares violentos, con el objeto de que sean acompañados por los guardias jurados durante sus desplazamientos por el centro.
- Campañas de concienciación a los ciudadanos, explicando que en caso de agresión la Dirección del centro interpondrá la correspondiente denuncia.
- Exigir que la Administración persiga de oficio a los agresores, para evitar la personalización del conflicto en uno de sus trabajadores.
- Exigir la contratación de un seguro que cubra los daños que puedan sufrir los facultativos por agresiones derivadas del desempeño de sus funciones.

CONCLUSIONES: LA BÚSQUEDA DE REMEDIOS Y MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Respecto a las administraciones públicas, es necesario resolver las carencias del sistema sanitario que generan frustración y violencia en los usuarios: masificación, falta de personal, listas de espera... además de promover un entorno de respeto en el que la violencia sea intolerable y perseguida de forma rotunda y eficaz. En todos los centros y servicios deben existir planes de actuación y prevención de la violencia adaptados a las necesidades y peculiaridades propias, pero con unos elementos comunes indispensables

Con referencia a nuestro sistema penal, habría que estudiar la posibilidad de que estos asaltos se consideren agresiones a la autoridad ya que "el facultativo es un funcionario y representa la autoridad sanitaria. Si se considerase así, se podría juzgar al atacante por algo más que un juicio de faltas". Por este camino, habría que conseguir que las agresiones que sufren los médicos, cada vez más numerosas, se consideren como **delito de atentado** y no como simple falta, que sólo llevan aparejada una sanción económica. El aumento de las agresiones es alarmante y habría que exigir un cambio en la legislación vigente y más mano dura en los fallos judiciales.

Es imprescindible que el médico notifique la agresión, porque el primer paso para poner fin a este fenómeno es conseguir que todos los médicos que han sufrido algún tipo de agresión, ya sea verbal o física, comuniquen de forma inmediata el suceso. Se deben poner las medidas pertinentes para que **la denuncia la interponga la Dirección del Centro** y se pueda salvar la intimidad del agredido.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) NTP 489: **Violencia en el lugar de trabajo.**
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. **La violencia en el trabajo.** FACTS 24.
- Sánchez Caro J, Abellán F. **Derechos del médico en la relación clínica.** Fundación Salud 2000, Madrid 2006.

- OMC. **Agresiones en el ejercicio de la profesión.** Conclusiones de la asamblea de 11 de Octubre de 2003.
- **COMB. Guía para prevenir y gestionar la violencia en el lugar de trabajo contra los médicos.** Quaderns de la bona praxi nº 17, Setembre 2004.
- Sánchez J. **Herramientas efectivas para frenar actitudes violentas en los servicios sanitarios.** El médico, 07-01-2005.
- Costa Alcaraz AM^a, Almendro Padilla C, López Torres EL. **Violencia en la consulta.** Módulo 18 del programa de formación continuada 2005-2006 de El Médico Interactivo. (disponible en www.elmedicointeractivo.com)
- García L. **El maltrato en el sistema sanitario.** Informe de El médico Interactivo, Junio 2005 (nº 1435)
- Moreno Jiménez et al. **Análisis de la violencia del paciente en atención primaria.** Aten Primaria 2005; 36(3): 152-8.
- Mas Garriga et al. **Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa.** Aten Primaria 2003; 31(4): 214-221.
- Agreda J, Yanguas E. **El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo.** Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 2001; 24(2): 65-72.
- Munárriz Ferrandis M. **Manejo del paciente violento.** FMC 1997; 4(1): 75-83.
- Blay Pueyo C. **Actuación ante los pacientes de trato difícil.** FMC 1996; 3(4): 243-250.
- Orte Socías C. **El abuso verbal.** FMC 2006; 13(10): 574-86.
- Meulmeester F. **¡Qué impertinente eres! Cómo tratar el comportamiento difícil en personas necesitadas de cuidados.** Katelani, Barcelona 2002.

Planes Autonómicos:

- ORDEN 212/2004, de 4 de marzo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas y se crea la comisión central de seguimiento. **B.O.C.M. Núm. 63 , lunes 15 de Marzo de 2004** .
- Plan de prevención y atención de agresiones para los profesionales del sistema sanitario público de **Andalucía. 2004**
- Plan de Prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de **Murcia, Julio 2005.**
- Plan de prevención, atención y actuación ante agresiones sufridas por los trabajadores de los centros e instituciones del **ib-salut. 2006**
- Plan de prevención de las agresiones a los trabajadores del **Servicio Canario de la Salud. 2006**
- Plan Director de seguridad corporativa y de protección del patrimonio del **SESCAM (Plan Perseo). 2006**
- Plan de prevención contra la violencia en el lugar de trabajo. Gobierno de **Aragón, Mayo 2006.**
- Plan Integral de Seguridad del Personal de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de **Castilla y León, Junio 2006.**
- Plan para la prevención de la violencia laboral en el Servicio Gallego de Salud. **SERGAS, Noviembre de 2006.**
- Estrategias para paliar las agresiones a todos los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura. **SSPEExtremadura, 2006.**