

AGRESIONES CONTRA MÉDICOS Y PRACTICANTES

MANUAL (*)

FRENTE AGRESIONES A PROFESIONALES DE LA SALUD

ABORDAJE DE SITUACIONES DIFÍCILES: ENTREVISTA CLÍNICA

Un sistema sanitario cada vez más complejo y un paciente cada vez más informado, más autónomo y más 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 incompreensión.

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 en torno 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 médico.

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 pre-diagnóstico realizado ó lo que es peor ofreciendo una respuesta precipitada.

(*) Aprobado el 11.02.2009 por la Comisión Interinstitucional para la Violencia en Salud, integrada por: Academia Nacional de Medicina, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Legal, Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior, Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicas, Sociedad de Neurología del Uruguay y Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

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 exasperan

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 más 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.

La 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.

RECOMENDACIONES A MÉDICOS Y PRACTICANTES

- 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, 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 de aquellos aspectos deficitarios (inexistencia de personal de seguridad, consultorios 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 celular), 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 gremial respectiva del hecho violento para iniciar los procedimientos establecidos y completar el formulario de denuncia ante esta Comisión.

- Presentación de la denuncia correspondiente.

- 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 agremiación, y no su dirección particular.

MARCO DE REFERENCIA

La Organización Mundial de la Salud se ha ocupado, desde 2002 del tema, estableciendo: "Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, el sector de la atención de salud corre un riesgo grave. La violencia en este sector puede ser casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo. (Nordin, H., 1995) En conjunto puede afectar a más de la mitad de los trabajadores de salud. Este dato indica claramente que la violencia laboral es demasiado elevada y que hay que actuar urgentemente".

Aun cuando no disponemos de estadísticas que a nivel nacional reflejen, en Uruguay, la dimensión real de este problema, las agresiones a los profesionales sanitarios cada vez son más frecuentes. Un estudio realizado por la Jornada Nacional de Residentes Médicos de 2007, informa de que el 70% de los Residentes sufrieron algún tipo de agresión por parte de los enfermos o de sus familiares, a lo largo de su ejercicio (tirones de cabello, insultos, empujones, golpes de puño o puntapiés). 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 Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

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 las organizaciones de profesionales médicos del País.

Es necesario actuar para reformular políticas 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.

En España, por ejemplo, se ha legislado 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 de la salud la necesidad de denunciar estos hechos y ponerlos en conocimiento de su Organización gremial, 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.

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"**.

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.¹

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 más importantes, donde golpes, patadas, intimidaciones con armas blancas o de fuego, e incluso secuestros, están dentro de la cotidianidad.

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 sicológica 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 sicológicas 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.

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.

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.

¹ <http://www.smu.org.uy/sindicales/comunicados/violencialab-oms02.pdf> ;
http://www.femi.com.uy/archivos_v/WVguidelinesSP.pdf

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, exámenes, autorizaciones, 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 o en llamados domiciliarios.
- Retraso en los plazos para pruebas complementarias.
- Desconfianza ante la actuación de los Médicos.
- Etc.

* * *