

## EL PROBLEMA DE LAS AGRESIONES AL MÉDICO

Desde hace mucho tiempo, los médicos vienen sufriendo en el ejercicio de su profesión ataques y presiones de todo tipo, pero entre los que sin duda destacan, por su gravedad y frecuencia, los actos de violencia que, obviamente, generan o pueden llegar a generar situaciones de ansiedad, de estrés emocional y en muchas ocasiones del hoy tan en boga, “síndrome del quemado” o *burnout*.

Y son también múltiples y variadas las razones que se han argumentado desde todos los sectores relacionados con la sanidad para tratar de encontrar un origen, y consiguientemente una explicación, al aumento de tales conductas agresivas contra los médicos. A saber; Presión asistencial, que evidentemente existe y no vamos a descubrir aquí, impenitente falta de medios tanto humanos como materiales que incide definitivamente en la prestación y en la organización de los servicios, etc.,.

Y se da igualmente la circunstancia de que el médico ha pasado de constituir tradicionalmente una figura respetada y valorada por el conjunto de la sociedad, a convertirse en numerosas ocasiones en el blanco de las iras y de la llamémosla, “insatisfacción” del paciente, o más ampliamente incluso, insatisfacción de la sociedad en su conjunto con el sistema sanitario. Se identifica por ello al médico, individualmente considerado, como el máximo responsable de las carencias y deficiencias del sistema, y de la imposibilidad de conseguir el resultado deseado por el paciente, en tiempo y en forma.

Además, en la actualidad, la relación entre el médico y el paciente está basada, o más bien está inclinada, hacia el reconocimiento de una serie de derechos de los usuarios de la sanidad, particularmente determinados en la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, cuando sin embargo, dicha relación clínica es precisamente eso, una relación, y en consecuencia, generadora de derechos y obligaciones por las partes que la constituyen.

La carga y la presión que estas y otras circunstancias están generando en el médico, tienen obviamente una consecuencia inmediata, a corto, medio y desde luego largo plazo, en su forma y manera de trabajar. Es lógico que cuando una sólo persona, en este caso el médico, ha de asumir todas sus obligaciones laborales como cualquier otro trabajador, y además soportar las agresiones de pacientes, familiares o personas vinculadas a ellos, e incluso en algunas ocasiones de personal procedente de su propio entorno de trabajo, acabe por sentirse sólo, quemado y en buena lógica, desmotivado para ejercer una profesión tan vocacional como la Medicina.

En consecuencia, como todo esto no constituye un problema aislado, ni siquiera una situación dependiente de un momento coyuntural en el que por equis circunstancias, un sólo médico o un grupo más o menos amplio de médicos son objeto de agresiones cuando desarrollan su profesión o en un

momento anterior o posterior, pero siempre a consecuencia de la misma, resulta perentorio la adopción de medidas cuanto menos de protección, con el fin primordial de atajar en tiempo real esta dinámica, poniendo los medios que garanticen la seguridad del médico.

Y en este sentido, es urgente reconocer también al médico una serie de derechos en el marco de la relación clínica. Por ejemplo, la Presidenta del Colegio, Dra. Juliana Fariña, lleva tiempo planteando la posibilidad de que el médico pueda también rechazar, motivadamente desde luego, prestar asistencia a un paciente violento o que haya demostrado su agresividad. Es cierto que el paciente ya cuenta con el derecho de cambiar de médico, reconocido incluso en el Código de Ética y Deontología Médica (artículo 7), sin necesidad de tener que probar falta, negligencia, problema o conflicto alguno con aquél. Pero, ¿qué ocurre con el médico que día sí y día también, debe tratar con el paciente que le ha agredido en otras ocasiones o que lo hace sistemáticamente en su consulta?.

El propio Código Ético, en su artículo 9, señala que el médico podrá derivar a un paciente a otro colega, de llegar al convencimiento de no existir la necesaria confianza en el marco de la relación clínica. ¿Acaso no ha dejado de existir tal confianza en situaciones de agresión aisladas, y desde luego, continuas?.

Lógicamente, reconocer tal derecho al médico resultaría complicado teniendo en cuenta el riesgo de la llamada desatención, es decir, la acusación de abandonar su puesto, negarse a prestar asistencia sanitaria o en los casos más graves, incluso responsabilizar de un delito de omisión del deber de socorro. Y también obviamente, en determinados ámbitos, como ocurre sobre todo en el medio rural, donde la falta de medios en ocasiones llega al punto de ser el médico personalmente el que utilice sus propios medios privados (por ejemplo, el coche) para tratar de salvar las deficiencias del sistema, reconocer tal derecho resulta casi inaplicable, por los riesgos mencionados. Si el médico, a veces el único, de tal o cual localidad, hiciese uso de tal derecho debido a las agresiones sufridas por un determinado paciente, éste quedaría sin atención, y aunque ello debe llamar al sentido común del verdadero y único responsable de dicha situación que no es otro que el agresor, también es cierto que se colocaría al médico en una situación de riesgo por la exigencia de responsabilidad.

Por estas razones, las Administraciones deben tomar conciencia del problema y arbitrar los medios necesarios para que también el médico pueda ejercer los derechos que le corresponden en la relación clínica, y entre otros, poder llegar a aplicar la posibilidad que la Presidenta del Colegio plantea, con base en el *artículo 5 letra d) de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias*, sin que ello conlleve desatención para el paciente, pero sin que tampoco suponga un riesgo para el médico por las posibles reclamaciones.

De cualquier forma, debe comenzarse por recordar la obligación de cumplir con los mandatos legales que a todos nos incumbe. Así por ejemplo, el **artículo 17.h) del Estatuto Marco**, ley 55/2003, señala que "...e/

*personal estatutario de los servicios de salud ostenta el derecho...a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones". Y en este mismo sentido se manifiesta la **Directiva Europea 93/104, posteriormente 2003/88/CE de 4 de noviembre** del Parlamento Europeo, que indicaba en su artículo 12, si bien referido a los trabajadores nocturnos y por turnos, que éstos ".....disfrutarán de un nivel de protección en materia de seguridad y salud adaptado a la naturaleza de su trabajo que garantice su integridad y la realización de su actividad principal; estos servicios o medios de protección deben estar disponibles en todo momento y ser equivalentes a los aplicables a los demás trabajadores".*

Pero incluso textos legales no precisamente recientes, hacían ya alusión al tema y así, en el **artículo 11 de la Ley General de Sanidad de 1986**, se imponían ya como obligaciones a los ciudadanos, las de cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias, así como responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario. O la propia **Ley 12/2001 de 21 de diciembre de ordenación sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid**, en su artículo 30, apartado 5, determina igualmente como un deber de los ciudadanos, el mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro, así como al personal que preste sus servicios en el mismo.

Fruto del carácter insostenible de la situación, la Comunidad de Madrid dictó la **Orden 212/2004 de 4 de marzo de líneas generales sobre la elaboración de planes de prevención ante situaciones conflictivas**, según la cual, los Planes de Prevención y Atención en los Centros e Instituciones Sanitarias Públicas, que habrán de elaborar las Gerencias de aquéllos contando, eso sí, con la participación de los profesionales del mismo, estarán dirigidos precisamente a la prevención de situaciones de conflicto y tensión entre los profesionales sanitarios y los pacientes y usuarios de la sanidad pública, y particularmente las agresiones contra aquéllos. Se han creado los grupos de trabajo pertinentes y se encuentra, de conformidad con lo manifestado por la propia Comunidad de Madrid, en fase de desarrollo de tales directrices. Lo cierto es que de cualquier forma, tales trabajos deben agilizarse, porque aunque resultó evidentemente positivo que se haya aprobado dicho texto, ya han transcurrido más de dos años desde la aprobación de la Orden.

Al margen del compromiso de las autoridades sanitarias con el problema, es también necesario, y me atrevo a decir que casi imprescindible, el convencimiento del legislador. Es evidente que el sistema de penas asignadas a los comportamientos agresivos, existente en nuestro actual Código Penal de 1995, no cumple satisfactoriamente con el componente de reproche, de castigo, y subsiguientemente de intimidación y freno a futuros comportamientos de violencia contra el médico que deben tener también las penas. Efectivamente, la orientación político criminal del Código Penal está fundamentada sobre todo en los valores de resocialización, reinserción y rehabilitación sociales del penado, y de ahí que en términos generales pueda decirse que las penas existentes en el texto de 1995, son más reducidas y benévolas

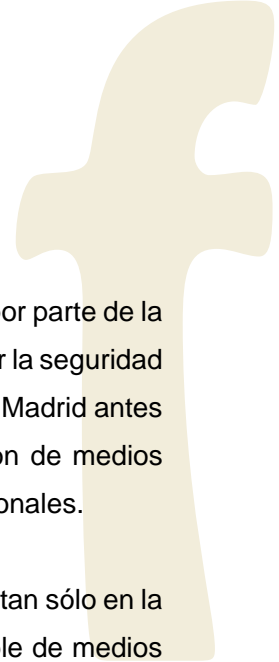
que las previstas en el anterior Código de 1973, y que si bien es cierto que en un momento histórico determinado como el de su entrada en vigor, tal reducción pudo ser positiva, buscando nuevos elementos de tratamiento punitivo al delincuente con el objetivo primordial de obtener una reeducación del mismo y por lo tanto, un menor peligro para la sociedad, también lo es que cada vez con más frecuencia, muchos sectores de la propia sociedad, y en este caso el sanitario, reclaman más y mayor dureza en las penas a imponer por determinados comportamientos delictivos.

También las autoridades judiciales deben manifestar mayor sensibilidad con la realidad diaria del médico y con las enormes dificultades, en ocasiones insalvables, para desarrollar su profesión. Y naturalmente, ser conscientes del peligro que para el ejercicio de la medicina, supone atender a pacientes o familiares violentos que atentan no sólo contra la integridad del propio médico, sino también en ocasiones contra el resto de pacientes o las instalaciones sanitarias.

Afortunadamente, se van recogiendo por parte de aquéllas, las peticiones provenientes del sector sanitario, en el sentido de calificar las agresiones contra los médicos como delito de atentado, con lo que se gana, no sólo un aumento considerable en la imposición de penas, teniendo en cuenta el carácter de autoridad que el médico ostenta cuando ejerce su profesión, sino que además, el agresor condenado, tendría a partir de ese momento antecedentes penales, lo que sin duda contribuye también a crear una idea de auténtico reproche y de castigo en forma de consecuencias graves para aquél.

Igualmente y desde mi punto de vista, es importante solicitar la consiguiente medida de alejamiento en los procesos por agresiones contra los médicos. Tal medida, si fuera decretada por el Juez, serviría para prohibir al agresor aproximarse al médico, a sus familiares o a cualesquiera otras personas que determine el Juez. O incluso puede llegar a prohibirse la posibilidad de comunicarse con ellas. Cosa distinta obviamente, es la existencia de medios policiales suficientes para hacer cumplir con tal medida, pero al menos, el médico contará con una decisión judicial que le ampare a la hora de seguir desarrollando su profesión.

Resultaría de gran utilidad, en otro orden de consideraciones, volver a dignificar la figura del médico, es decir, acercarla satisfactoriamente al ciudadano. Y cuando digo acercarla, no me refiero a campañas edulcoradas sobre la actividad que el médico desarrolla, sino también a los múltiples problemas con que diariamente se encuentra para el ejercicio de su profesión; A lo difícil que resulta hoy en día acceder a una plaza laboral en condiciones; A la tremenda falta de medios humanos y materiales; A los horarios que sufren, a las guardias, etc.,. Es decir, que el ciudadano tenga un conocimiento real y directo de lo que supone ejercer la medicina, con sus aspectos positivos y negativos, para saber enjuiciar más objetivamente la labor de los médicos, y no responsabilizarlos sistemáticamente de problemas que nada tienen que ver con una práctica correcta y adecuada en todo momento a la *lex artis*.



Y en último lugar, y por obvio que parezca no deja de ser una realidad que debe cumplirse por parte de la Administración, deben adoptarse las medidas de seguridad suficientes como para garantizar la seguridad de los médicos en los centros sanitarios. En concreto, la propio Orden de la Comunidad de Madrid antes citada, en su artículo 1.1.4, indica que en las salas de espera se procurará la instalación de medios audiovisuales para la difusión de mensajes referidos, entre otros, al trato debido a sus profesionales.

La existencia de este tipo de medios, si bien es un primer paso, no debe ni puede quedarse tan sólo en la adopción de dicha medida, sino que lo que debe existir es un elenco lo más amplio posible de medios inmediatos de respuesta y de seguridad frente a las agresiones (medios audiovisuales, sistemas de alarma, etc.), constituyendo paralelamente, un freno y una intimidación a aquéllas personas violentas que suelen abusar de una sensación de cierta privacidad en la comisión de las agresiones, y en consecuencia, de cierta impunidad.

De cualquier forma, si desgraciadamente se ha producido la agresión, el médico debe acudir lo antes posible al servicio de urgencias o incluso a otro compañero del centro, a fin de que le examinen y valoren las posibles lesiones físicas y/o psíquicas padecidas a consecuencia del ataque, exponiendo las mismas en el consabido parte de lesiones, documento éste absolutamente esencial en los procesos por agresiones y que constituye, junto con los posibles testigos, los dos elementos de prueba en los que puede y debe basarse la acusación.

E igualmente necesario, resulta el seguimiento del curso de la lesión, a fin de determinar si ello es posible, el momento de la sanidad de aquélla, puesto que tal momento es el tenido en cuenta a efectos de calcular las posibles indemnizaciones y sobre todo, las responsabilidades civiles que pudieran derivarse de la agresión.

En conclusión, entiendo que la visión y las posibles soluciones al problema de las agresiones a los médicos, deben partir de una atención global o integral, es decir, anímica y de apoyo individualizado al médico que ha pasado por una situación de violencia o que las sufre a menudo por un lado, y naturalmente por el otro, de forma legal, aportándole los medios necesarios para reaccionar frente al agresor. Y todo ello debe estudiarse satisfactoriamente por todas las administraciones e instituciones implicadas en este grave problema, para que el mismo pueda quedar zanjado definitivamente de la forma más urgente posible.

Fdo: Sergio Montiel García  
Letrado Asesor Fundación ICOMEM