

**PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS
AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA
SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA**



Servicio
Murciano
de Salud

Murcia, 2005



INDICE

1. Introducción
2. Alcance
3. Objetivos
4. Prevención de las Agresiones
 - 4.1. Medidas de Prevención y Control de las Condiciones que pueden propiciar situaciones conflictivas
 - 4.2. Medidas de Seguridad para la Prevención de las Agresiones
 - 4.3. Recomendaciones para el manejo del paciente conflictivo
5. Procedimiento de Actuación ante Incidentes
6. Asesoramiento sobre Actuaciones Legales
7. Comisión de Seguimiento
8. Anexos
 - a) Anexo I : Mapa de Centros en riesgo
 - b) Anexo II : Diagrama de Actuación
 - c) Anexo III: Registro de Agresiones.
 - d) Anexo IV: Tipificación Penal de las Situaciones Conflictivas
 - e) Anexo V: Personas que interponen la Denuncia



PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA

PREÁMBULO

Una reciente encuesta de la Unión Europea indica que el 4 % 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.

Las situaciones de violencia se han ido extendiendo desde las empresas que manejan bienes de alto valor (bancos y farmacias) a organizaciones públicas relacionadas con el sector servicios.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios, por el estrecho contacto que mantienen con usuarios y clientes tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los ciudadanos. Y define violencia laboral como "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma".

Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, los empleados pueden sufrir consecuencias diversas dependiendo de la agresión y de las características personales de cada víctima. Así, los efectos pueden ir desde la desmotivación y la pérdida de satisfacción profesional hasta el estrés y la presencia de daños físicos o psíquicos.

La Comisión Europea, a través de una Directiva, obliga a la prevención de la violencia en el trabajo y hace responsables a los empresarios de velar para que los trabajadores no sufran daños en el medio laboral. No hay que olvidar la Directiva Marco 89/391/CEE de Aplicación de Medidas para promover la Seguridad y la Salud de los trabajadores.

En nuestro país es de obligada referencia la Ley 31/1995, de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales, en su art.14.2 dice "el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia en el trabajo como "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 y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud". Y esta misma organización informa que casi un 25 por ciento de todos los incidentes de violencia en el trabajo se producen en el sector sanitario.



En nuestro país son cada vez más frecuentes las situaciones de violencia en el trabajo dentro del medio sanitario. Aunque no contamos con datos estadísticos precisos sobre agresiones a personal de los Centros Sanitarios a nivel nacional, sí tenemos una aproximación en el caso de Murcia, y en concreto, en el de los médicos, pues una encuesta reciente elaborada por el órgano colegial de los facultativos, arroja una serie de datos sobre este fenómeno, aunque en el estudio se valoran variables un tanto genéricas (no se profundiza en las posibles causas, motivaciones...) El Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) destaca que casi un tercio de los médicos ha sufrido situaciones violentas en algún momento de su ejercicio laboral. Los médicos de Atención Primaria de Jaén reconocían que el 58 por ciento se habían enfrentado a situaciones de violencia o agresividad.

En un estudio realizado por el sindicato SATSE a través de su portal de internet, se refleja que 8 de cada 10 profesionales de enfermería han sido agredidos física o verbalmente en sus centros de trabajo. De ellos, el 62,64% afirma haber sido agredido verbalmente, un 34,45% han sido agredidos tanto física como verbalmente y un 2,8% solo físicamente.

Todo ello ha originado que desde Administraciones Sanitarias de diversas Comunidades Autónomas y Colegios Profesionales se inicien Protocolos y Jornadas de Trabajo para abordar este problema emergente.

1. INTRODUCCION

Para valorar la proliferación de actos violentos en el ámbito sanitario, se debe abordar el entorno sociológico en el que se mueven los profesionales (expectativas de infalibilidad por parte de algunos sectores de población, ser los destinatarios de las insatisfacciones de los ciudadanos,...) y en el de la propia sociedad con una pérdida progresiva de valores y que utiliza la violencia como método para resolver conflictos.

La relación médico-paciente ha sufrido un cambio importante en los últimos años. De la relación casi paterno-filial de mediados del siglo XX se ha pasado a una situación de exigencia, exigencia de ser atendido (de forma rápida, personalizada, etc.) y exigencia de ser curado (*restitutio ad integrum*) de cualquier mal o dolencia.

Los avances médicos y la tecnificación dan una imagen de omnipotencia a la Medicina. Las secuelas y la muerte no son entendidas como un proceso evolutivo de la enfermedad, sino más bien de algún fallo en la atención sanitaria.

Todo ello genera disconformidad en el usuario del sistema sanitario, disconformidad hacia la Administración, que se personaliza muchas veces en los trabajadores sanitarios.

Las relaciones entre profesionales sanitarios y pacientes o sus acompañantes pueden adquirir en algunos casos un clima de agresividad en correlación y acumulación de malentendidos, resentimientos, miedos, etc. que deberían ser detectados y desactivados antes de que pudieran originar una agresión. También debería detectarse a las personas con algún trastorno psiquiátrico o de adicción, o de relación social marginal, que requieran de un tratamiento y vigilancia reforzados.



Los trabajadores sanitarios han de exigir que su lugar de trabajo sea seguro, tanto por su derecho a protegerse contra las agresiones como porque afecta a la dignidad del profesional, al prestigio de la propia organización sanitaria y amenaza la eficacia y la propia seguridad de los ciudadanos, que pueden verse perjudicados por una atención sanitaria alterada por el impacto emocional que causa un entorno violento. También se debe contemplar la adecuación de las plantillas a las necesidades asistenciales.

Por otro lado, está comprobado que se genera una mayor agresividad en situaciones de masificación de servicios, en los que toda persona quiere o espera una atención rápida, eficaz y desde luego puntual. Por ello, los Servicios de Urgencia han sido la diana de las situaciones más tensas y conflictivas entre ciudadanos y profesionales, pero esto mismo se ha ido extendiendo a lugares tradicionalmente pacíficos como los Centros de Salud, Consultas Externas de Especializada, antesala de quirófanos, UCI, Servicios de Atención al Usuario, etc. También se observa que las agresiones se producen en mayor número de casos hacia la mujeres.

En un momento en que el desarrollo legislativo nacional y autonómico en materia de derechos de los ciudadanos es una realidad, no podemos olvidar que para que estos derechos sean efectivos, se requiere la colaboración activa de todos los profesionales, por su doble vertiente de ciudadanos y técnicos de los servicios de salud.

Esta percepción ya sentida desde hace algún tiempo por médicos, enfermeros y resto de personal de estos servicios, ha condicionado que las Autoridades Sanitarias de diversas Comunidades Autónomas tomen conciencia del problema, adopten iniciativas para su estudio y pongan en marcha los planes de prevención y de actuación correspondientes, apoyados en todo momento por las Organizaciones Sindicales y los Colegios Profesionales.

La Consejería de Sanidad de la CA de Murcia a través de la Gerencia del Servicio Murciano de Salud ha encargado a un grupo de expertos la elaboración del presente Plan de Actuación.

Este grupo ha tenido acceso a los siguientes trabajos ya elaborados:

- Hay varias Comunidades Autónomas que ya han diseñado un Plan de Actuación con un fin similar. De estas destacan las efectuadas en las Comunidades Autónomas de Madrid y de Andalucía. En la última a iniciativa de los Colegios de Enfermería y de Médicos de Córdoba. Hay también que mencionar el plan elaborado por el Colegio de Médicos de Barcelona.
- En la Generalitat Valenciana se ha firmado en el mes de febrero de 2004 un Convenio de Colaboración entre la misma y los Colegios Oficiales de Médicos de Valencia, Alicante y Castellón para la defensa de los profesionales en el ejercicio de su profesión aunque el enfoque del mismo va más allá de las agresiones físicas o verbales y entra en el terreno de la defensa ante las crecientes demandas y la judicialización continua de su labor asistencial.



En todos ellos se ha trabajado esquematizando los tipos potenciales de agresores en los centros sanitarios o en los domicilios de los pacientes, que suelen responder a uno de estos tres perfiles:

1. Ciudadanos entre cuyos rasgos caracterológicos más significativos destaca cierto perfil de agresividad: usuarios con actitudes delictivas, y pacientes con trastornos psiquiátricos o alteraciones del comportamiento, que presionan o agreden para obtener de forma ilícita lo deseado.
2. Ciudadanos poco receptivos a las explicaciones y/o simuladores, con actitudes que persiguen un beneficio personal fraudulento a través de la asistencia sanitaria (recetas, bajas laborales, remisión a un especialista, solicitud de un análisis o prueba de diagnóstico, certificados o informes médicos de interés personal, etc)
3. Ciudadanos frustrados, cuyas expectativas en torno a la atención que el Sistema Sanitario Público puede brindarles son superiores o distintas a las que éste puede ofrecerle en un determinado momento, y reaccionan con conductas agresivas ante la no satisfacción.

Por último, animar a todos los colectivos implicados a que presten su colaboración a este Plan de Actuación, a través de aportaciones, sugerencias y modificaciones que mejoren la eficacia y aceptación entre todos los profesionales sanitarios.

2. ALCANCE

Este Plan abordará las situaciones conflictivas y de violencia de una forma integral en todos los centros y servicios sanitarios de la Región de Murcia.

3. OBJETIVOS

- DISMINUIR LAS POSIBILIDADES DE CONFLICTO ENTRE LOS USUARIOS Y EL SISTEMA SANITARIO.
- TRANSMITIR RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN CASO DE INCIDENTES.
- GENERAR SEGURIDAD Y CONFIANZA EN EL PERSONAL DEL SISTEMA SANITARIO CON APOYO ADMINISTRATIVO Y JURÍDICO.
- MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA SI EL AMBIENTE LABORAL ESTÁ PRESIDIDO POR UN CLIMA DE RESPETO MUTUO Y BUENA COMUNICACIÓN.



4. PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES

4.1. Medidas de Prevención y Control de las Condiciones que pueden propiciar situaciones conflictivas.

Sería necesario propiciar un entorno laboral agradable, sereno y organizado tanto para los ciudadanos que acuden demandando asistencia como para los profesionales que la prestan. Así, hay que hacerse varias preguntas que ayuden a conocer las condiciones idóneas que se requieren en los centros sanitarios:

I - ¿QUÉ EXPECTATIVAS TIENEN LOS PACIENTES SOBRE LOS SERVICIOS A RECIBIR DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD?

Lo primero sería incrementar por parte de la Institución los esfuerzos para informar a la población, cuáles son estos servicios y qué pueden esperar de la organización sanitaria:

A. Mensajes claros que informen al ciudadano sobre:

- Derechos y Deberes de los ciudadanos (Ley 41/2002): Derecho a la información y derecho a consentir. Deber de respeto hacia los profesionales y respeto a las instituciones. Difundir que la institución sanitaria demandará al usuario que no respete las normas establecidas en cada centro o al personal que presta servicio en el mismo.
- Procedimiento que debe seguir el usuario para acceder a los centros sanitarios.
- **Conocimiento por parte del ciudadano de las prestaciones a que tiene derecho (Catálogo de Prestaciones o R. Decreto de 1.995):** Disponer en cada centro / Unidad de Gestoría, de información actualizada acerca de dichas prestaciones (será responsabilidad del Gerente disponer la periodicidad de esta actualización para todo el personal de ese centro.
- Hay que establecer normas sobre puntos de información en los centros sanitarios: Esquema gráfico en el Centro de Salud de los circuitos a seguir en los dos niveles de asistencia, en cuanto a las pruebas y determinaciones diagnósticas que se tenga que realizar el usuario. **Mejorar los requisitos burocráticos, gestionando todo en el mismo punto, evitando colas múltiples.**
- Rotular nítida y claramente las consultas para que el ciudadano distinga las que corresponden a su Médico, Enfermera o Coordinador del Centro.



- Identificación en el ámbito hospitalario de los profesionales (tarjeta de identificación con diversos colores según la categoría profesional o batas y pijamas diferentes) que evite la confusión entre los usuarios y familiares.
- Y al mismo tiempo introducir una herramienta con proyección de futuro como es el **monitor de televisión de circuito cerrado** (no emisión de programas televisivos) que mediante grabaciones actualizadas, informe al ciudadano, usuario o paciente en la sala de espera, sobre todo lo anterior, y además introducir medidas de autocuidado, consejos de hábitos saludables, campaña antitabaco, campañas de vacunación, información sanitaria de interés sobre costes sanitarios en fármacos y aprovechamiento de recursos en los centros sanitarios, etc.

B. Asistencia Sanitaria

- Personal adecuadamente entrenado que satisfaga las preguntas y preocupaciones de los usuarios que acuden al centro sanitario. En los Planes de Formación Continuada se debe contemplar la instrucción de los trabajadores sobre habilidades generales en la comunicación con los pacientes.
- Las Gerencias deben establecer circuitos de organización interna, transmitiendo a través de los responsables (Coordinador, Jefe de Servicio, Supervisor de Enfermería, Personal administrativo, etc.) la información sobre prestaciones, circuitos para los pacientes, etc., previamente establecidos por las Direcciones y corroborados por los trabajadores del centro en cuestión.
- En los casos de pacientes ingresados o en urgencias, se debe fijar el lugar y la periodicidad de la información que se debe transmitir a dichos pacientes o a sus familiares. **Informar sobre el proceso clínico del paciente siguiendo las indicaciones que contempla la Ley 41/2002.**
- Personal sanitario como agentes de salud y educadores de la población: Aprovechamiento por parte de los profesionales de cualquier consulta, entrevista, etc., para realizar Educación y Promoción de la Salud.
- Detectar y tratar problemas en el propio personal sanitario: mobbing, enfermedades mentales o de dependencias, mala praxis, actitudes de intolerancia, insensibilidad o agresividad de forma reiterada ante los pacientes, etc...mediante circuitos establecidos con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, las comisiones deontológicas, las Gerencias y la Dirección General de Recursos Humanos.



II - ¿ SON MEJORABLES LOS TIEMPOS DE ESPERA?

Acceso a las citas, entrada en consultas, atención en urgencias, etc., para lo cual es útil implantar mejoras organizativas como:

- Formación de los profesionales en Habilidades de Comunicación con el paciente así como en Agendas de Calidad.
- Mejorar el acceso telefónico del usuario utilizando los avances tecnológicos y/o mejoras organizativas.
- En los Centros de Salud, los pacientes *sin cita y urgentes* deben ser valorados según la organización del centro, con colaboración de todos los estamentos del mismo, para garantizar su correcta atención con la mínima repercusión en las consultas.
- Asimismo, se tenderá a optimizar el tiempo de consultas, evitando con la colaboración de todo el equipo, las interrupciones que se producen durante la atención sanitaria, seleccionando únicamente las necesarias.
- Educar a la población para que si no pueden acudir a las citas de pruebas diagnósticas complementarias o de las consultas de especializada, lo comuniquen al teléfono correspondiente, para aprovechamiento óptimo de esos recursos.
- Mejorar los cauces de comunicación entre Atención Primaria y Especializada estableciendo circuitos protocolizados de derivación.
- Respuesta ágil y eficaz ante las reclamaciones.

4.2. Medidas de Seguridad para la Prevención de las Agresiones

A. EN EL CENTRO SANITARIO:

1. Medios de seguridad pasiva en centros sanitarios con elevada conflictividad

- Implantación de dispositivos de alarma interna de incidencias en los lugares de trabajo donde se desarrolle actividad asistencial, como pudieran ser teléfonos, interfonos o sistemas fijos (timbres de activación camuflados) en las mesas, con



desvío a un panel receptor de avisos, con señal sonora de alta intensidad y luminosa que se detecte en pasillos y dependencias próximas y, en su caso conectados automáticamente con el servicio de seguridad del centro (si lo hubiera)

- Videocámaras con grabación en espacios comunes de acuerdo con la legalidad vigente, comunicándose a los usuarios mediante carteles. En determinados casos se debe contemplar la posibilidad de instalar web-cam en aquellos ordenadores de las áreas de recepción y unidad de gestoría que las condiciones técnicas lo permitan (su coste es menor que el primero)
- Implantación de arcos detectores de metales en las entradas a los centros sanitarios que tengan vigilante de seguridad.
- Cristales irrompibles en Servicios que atiendan a pacientes psiquiátricos en fases agudas.
- Sistemas de comunicación directa con la Dirección del centro y con la Policía.
- Sistema de filtro de llamadas.

2. Medios de seguridad activa

- Las Gerencias de Atención Primaria, 061 y Especializada facilitarán los cauces fluidos de comunicación con las Fuerzas de Orden Público, para fomentar actuaciones conjuntas en materia de prevención de agresiones. Una actividad preliminar sería la organización de unas jornadas o cursos de forma conjunta para colaborar en la prevención de situaciones conflictivas con los ciudadanos.
- Las Gerencias tomarán las medidas necesarias tendentes a preservar la confidencialidad de los datos personales de los trabajadores.
- En el caso de ciudadanos con "*comportamientos previos inadecuados*" se recomienda que la atención se realice con el acompañamiento de otro profesional sanitario, se llame a seguridad o se reciba con la puerta abierta.
- Vigilante de Seguridad
 - Colaboración con las Fuerzas de Orden Público.
 - *En Ruta*: de forma periódica para centros sanitarios con incidencia de conflictividad puntual. Si los incidentes superan las posibilidades de atención de los vigilantes en ruta, la empresa de seguridad contratada reorganizará a su personal para cubrir las incidencias extraordinarias.



- *Guardia Permanente:* en los centros hospitalarios y también en aquellos otros centros sanitarios con conflictividad elevada.
- *En función del riesgo, la siniestralidad, la presión asistencial y la exposición en Servicios de Urgencia periféricos y aislados habrá que determinar dónde se hace necesario contratar servicio permanente o rotatorio de seguridad. Según la disponibilidad de recursos, en una segunda fase, se valorará la contratación de servicios de seguridad en todos estos Centros.*

3. Actuaciones del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS.

Dentro de sus competencias llevará a cabo las siguientes actividades:

En la Evaluación de Riesgos de cada centro quedará constancia de las medidas de seguridad que tiene el centro ante situaciones conflictivas.

Comprobación de que el personal sanitario conoce y tiene en su centro/servicio el Protocolo de actuación ante agresiones, y que utilizan las hojas de registro y comunicación de incidentes.

Recomendará a las distintas Gerencias la adopción de actuaciones preventivas ante las agresiones.

Efectuará el seguimiento de las posibles repercusiones sobre la salud de los trabajadores ante estos eventos.

Adaptación de puesto laboral o reubicación si fuera necesario, siguiendo el procedimiento que tiene el SPRL del SMS.

Información y formación continuada mediante cursos en comunicación emocional, desarrollo de habilidades ante conflictos y prevención de riesgos psicosociales.

El Centro y el Equipo ha de estar preparado y entrenado de forma colectiva para responder ante situaciones conflictivas. Se recomienda que cada Centro o Servicio tenga diseñado un Protocolo de Actuación Interno ante situaciones conflictivas y/o violentas.



B. EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE

En las visitas domiciliarias el personal sanitario tiene que enfrentarse a un entorno desconocido con un grado mayor de indefensión que en su propia consulta. Es importante la prevención de las agresiones en la atención domiciliaria y para ello:

- Se recomienda que en el caso de pacientes con comportamiento previo inadecuado o enfermos conflictivos, la atención se realice con el acompañamiento de otro profesional sanitario.
- Las Gerencias fomentarán la colaboración y la comunicación con las Fuerzas de Orden Público para la contención de los enfermos agresivos en su domicilio y su posterior traslado en los medios de transporte adecuados.
- Desde la Consejería de Sanidad se promoverá el acuerdo marco con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, para su posterior desarrollo específico por Áreas, cuyo objetivo será la protección de los profesionales en la atención domiciliaria.
- En cada Gerencia se evaluará, junto con los profesionales de la Zona de Salud correspondiente, la efectividad de poner a su disposición un teléfono móvil, específicamente habilitado para su utilización en la atención domiciliaria.
- Se establecerá un procedimiento de alerta para los casos en que existan fundadas sospechas de riesgo, por comportamientos previos, que garantice el servicio a los pacientes y la seguridad de los profesionales.
- Cuando el motivo de la agresividad del paciente tenga su origen en una *enfermedad mental*, el personal sanitario tendrá la posibilidad, en caso de urgencia (Art. 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil) de *internamiento del paciente no voluntario por razón de trastorno psíquico*. *El responsable del centro, deberá poner en conocimiento de la autoridad judicial, en el plazo de 24 horas, la urgencia del caso y la justificación de la medida.*



4.3. Recomendaciones para el manejo del paciente conflictivo y/o irritado.

Manejo de la persona violenta

Lo ideal es prevenir que aparezca la situación conflictiva adoptando las medidas que pueden contribuir a ello:

- Facilitar al ciudadano el acceso a la información que precise, siendo esta clara y concreta, para evitar interpretaciones erróneas y posibilitando que exista adecuación entre las expectativas del usuario y los servicios que realmente se le pueden prestar.
- Establecer en los centros las condiciones ambientales adecuadas.
- Formación de todo el personal en habilidades de comunicación.
- Atención a actitudes de los propios profesionales que pueden generar reacciones violentas en el usuario.

Una vez que la situación se presenta, lo ideal sería la detección desde el acceso al centro de las personas (pacientes, familiares) potencialmente generadoras de violencia, como pueden ser aquellas con trastornos adictivos, psiquiátricos y/o problemática social y en esto puede colaborar todo el personal.

¿Cómo detectarlo?

La información que nos puede alertar ante la aparición de este tipo de situaciones la vamos a recibir de la persona a través tanto del lenguaje verbal, como no verbal, siendo este el que nos va a dar la información más fiable, por lo que debemos estar especialmente atentos a este tipo de comunicación.

L. Verbal: tono alto, insultos, palabras groseras, ... Contenido del discurso: coaccionante, solicitudes poco razonables o sin sentido, ...

L. No Verbal: contracción de músculos de la cara (labios, maseteros), tensión muscular, apretar los puños, señalar con el dedo. Cambios de postura rápidos y sin finalidad concreta. Cabeza en flexión, mirada directa, fija, mantener el contacto ocular de forma prolongada. Conducta destructiva con los objetos.

Pueden existir casos de incongruencia entre lo verbal, utilizando un lenguaje "excesivamente" calmado, correcto, incluso halagador (atención a la ironía) y lo expresado a nivel no verbal, debiendo prestar atención a este último.

Se ha de tener en cuenta que la comunicación es bidireccional y el profesional capta, pero también transmite información a su interlocutor mediante los dos tipos de lenguaje.

Por ello el profesional ha de estar preparado para saber captar, pero también para transmitir las señales verbales y no verbales adecuadas ante este tipo de situaciones:



¿Cómo actuar?

- Mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones, lo que conlleva el control de los sentimientos negativos que se pueden generar en una situación conflictiva, así como intentar mantener el control y no entrar en provocaciones que pueden llevar a situaciones de gran agresividad.
- Mantener la conversación en tono afable y profesional, el tono frío y cortante puede aumentar la conflictividad.
- Intentar explicar con detalle y lenguaje asequible para el interlocutor, las razones por las que no se pueden cumplir sus expectativas.
- El trato con el paciente debe transmitir firmeza, pero evitando la prepotencia.

Si pese a lo anterior la tensión aumenta, se debe reorientar la conversación:

- Intentar reconducir al paciente hacia el estado de ánimo más tranquilo del médico, para lo que se precisan habilidades de comunicación.
- Facilitar el liberar la tensión emocional del paciente: permitirle hablar para que explique sus sentimientos, dudas, expectativas no cumplidas,..., manteniendo por parte del profesional la escucha activa.
- Reconocer y admitir las posibles deficiencias propias y/o de la organización, lo que puede hacer que disminuya la tensión emocional del paciente y poder reconducir la situación.
- Intentar encontrar puntos comunes, señalando aquello en lo que estamos de acuerdo con él.
- Posibilitar la intervención de otro profesional que pueda colaborar a solucionar el motivo que ha generado la tensión.
- Manifestar los propios sentimientos al paciente, sobre todo cuando hay dificultades para controlar las propias emociones. Se puede hablar de los sentimientos de tristeza, malestar que ha generado el incidente. Con esto se puede conseguir en ocasiones que reflexione y pueda darse cuenta de las posibles consecuencias de su conducta.
- Aunque se puede optar por denunciarlo puede no ser prudente hablar de esta cuestión.

Es importante evitar transmitir las siguientes señales:

Verbales:

- Estilos de comunicación que generen hostilidad: desinterés, frialdad, menosprecio, impaciencia, ...
- Evitar usar amenazas, coacciones, insultos.
- Evitar quitar importancia a las quejas o las críticas.
- Evitar transmitir información que no sea real y/o proponer acuerdos que no se puedan cumplir.



No verbales:

- Evitar señales que se puedan valorar como de desafío, hostilidad, amenaza (ponerse en pie en oposición frontal, cruzar los brazos, señalar con el dedo, ...).
- Evitar el contacto físico y el exceso de proximidad: así estamos lejos del alcance del otro y no se invade su espacio personal.
- Evitar el contacto ocular prolongado (puede interpretarse como agresivo y desafiante).
- Evitar movimientos rápidos y evitar dar la espalda.

Si la violencia persiste:

- Dar por finalizada la entrevista (no conviene prolongarla demasiado).
- Localizar una forma de huida, detectando los elementos del mobiliario que puedan dificultar la salida.
- Usar, si se tiene el timbre de alarma.
- Preparar la salida y salir.

Si el agresor quiere impedir la salida:

- Si el agresor no está armado, intentar protegerse con los elementos del mobiliario para ponerse lejos del alcance del ataque. Si no es posible se tiene el derecho legítimo de defenderse, y repeler la agresión utilizando los medios de autodefensa que tenga a mano, siempre con la "mínima fuerza necesaria" para rechazar o neutralizar el ataque y "proporcional al daño que se pretende evitar".
- Siempre es preferible la huida ante la situación potencialmente peligrosa, como solución más segura y evitar, si es posible, la confrontación física directa.
- Si el agresor tiene un arma blanca o de fuego, es preciso evitar el impulso de usarla, para lo cual hay que seguir sus indicaciones hasta que se pueda evaluar racionalmente la posibilidad de defensa efectiva.
- Solicitar la intervención de los cuerpos de seguridad y denunciar la agresión.

En el caso de personas afectadas de trastorno mental o similares, es conveniente prestar atención especial para detectar la posible peligrosidad inminente del sujeto y su nivel de contención.

Si la peligrosidad es elevada debe evitarse la atención por parte de un único profesional sanitario, solicitando la presencia de otro compañero.

La violencia puede generarse también por parte de cualquiera de los profesionales que atienden al paciente: personal de recepción, enfermería, médicos...

Atención a la presencia de patología en los propios profesionales (trastornos mentales, adicciones, ...), que pueden llevar a generar y/o dificultar la resolución de situaciones conflictivas.



5. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE INCIDENTES (SITUACIÓN DE RIESGO O AGRESIÓN) - Ver Diagrama en Anexo II -

- 1º. Ante una situación potencialmente peligrosa, donde haya violencia o sea previsible su aparición, el profesional afectado debe iniciar la salida de la sala o consulta y solicitar la ayuda del vigilante de seguridad, si lo hay, y en su defecto de los compañeros, o si la gravedad lo requiere a ser posible del responsable del centro o servicio (que se identificará y dará instrucciones concretas a los que estén provocando el incidente)
- 2º. A continuación, si pese a la ayuda del vigilante o compañero del centro persiste la situación violenta, se avisará a las Fuerzas del Orden Público, que actuarán en consecuencia, pudiendo levantar atestado, recoger pruebas y si procede detener al violento. Es conveniente no tocar los objetos de la sala, siempre que sea posible, para que la policía o el juez puedan hacerse idea cabal del incidente.
- 3º. Cuando haya agresión siempre se deberá emitir el correspondiente parte de lesiones, a ser posible por la Mutua de Accidentes Laborales, que cursará la baja médica si lo estima pertinente e iniciará el tratamiento médico y/o apoyo psicológico necesario para la recuperación del profesional agredido.
- 4º. El incidente o agresión se deberá comunicar siempre al responsable del Centro, rellenando el Documento de Registro de Comunicación Interna de Incidentes (Anexo III), el responsable del centro o servicio enviará una copia a la Gerencia y otra al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Murciano de Salud.
- 5º. Dependiendo de la gravedad de los hechos, el responsable del Centro podrá iniciar el contacto con la Gerencia telefónicamente para la toma de medidas y actuaciones inmediatas si así fuera preciso.
- 6º. La Gerencia pasará el incidente a la Unidad de Atención al Usuario, que se pondrá en contacto con el presunto agresor para conocer su versión de los hechos.
- 7º. La Gerencia y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales ofrecerán apoyo psicológico y jurídico cuando sea preciso. En caso de que se valore necesario hará público manifiesto de repulsa de esa situación violenta.



8º. El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales llevará un Registro de Agresiones en una base de datos, para mantener un **mapa de riesgo de agresiones** dinámico y actualizado, con la finalidad de adoptar las medidas necesarias para prevenirlos.

6. ASesorAMIENTO SOBRE ACTUACIONES LEGALES

6.1 Asesoramiento sobre actuaciones legales.

El agredido debe ser asesorado por el Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud, o por los asesores jurídicos que presten servicio en el centro sanitario o Gerencia a que pertenezca, que le informarán de la posibilidad de interponer denuncia penal contra el agresor y de las consecuencias que conllevaría su actuación. Asimismo deberá ser informado de la posibilidad de ser resarcido mediante la vía civil y administrativa.

De todo delito o falta nace acción penal para el castigo del culpable, y puede nacer también acción civil para la restitución de la cosa, la reparación del daño y la indemnización de perjuicios causados por el hecho punible.

Excepto las lesiones y los malos tratos de obra, el resto de infracciones, cuando por su gravedad no son constitutivos de delito, sólo se pueden perseguir mediante denuncia de la persona agraviada, es decir, del profesional víctima de la actuación violenta.

En el caso de faltas perseguibles a instancia de la persona agraviada, tales como las amenazas, coacciones, injurias y lesiones imprudentes, el perdón del ofendido extingue la acción penal o la pena impuesta.

Las actuaciones que se realicen tras la agresión pueden ser de tres tipos:



a) **Actuaciones judiciales:**

- **Penales:** persiguen la imposición de pena al agresor y el reintegro económico mediante indemnización.
- **Civiles:** persiguen el reintegro económico.
- **Laborales:**
 - o Tramitación de baja laboral por incapacidad temporal por accidente de trabajo si corresponde.
 - o Implicación de la empresa.
 - o Adopción de medidas de organización para evitar el contacto con el agresor.

b) **Actuaciones Extrajudiciales:**

- Derecho de renuncia del médico a seguir prestando la asistencia médica o a tener contacto con el acompañante de conformidad con el artículo 5.1d) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, así como el Art. 9 del Código de Ética y Deontología Médica.
- Comunicación al agresor del cambio de médico por parte de la Gerencia, cuando así lo solicite el facultativo agredido.
- El resto del personal no facultativo del centro sanitario implicado en las situaciones conflictivas, puede organizarse de modo que la persona que ha sido víctima no tenga que atender de nuevo al usuario conflictivo.
- Compensaciones en el seno de instrumentos transaccionales procedentes: ej. disculpas, etc...

c) **Otras actuaciones:**

- Impulsar la incapacitación del agresor o la atención especializada del mismo, etc...
- Si se cree necesario, incluir en un documento que acompañe a la historia clínica del agresor, advertencia de la personalidad agresiva del mismo.

6.2 Formas de iniciar las actuaciones legales.

Se pueden iniciar las actuaciones legales, bien mediante una denuncia o bien presentando una querrela, dependiendo del tipo de agresión sufrida, aunque en la mayoría de ocasiones se comunicará el acto delictivo a la autoridad competente mediante denuncia.



El agredido que se disponga a presentar una denuncia verbal ante las fuerzas de orden público, deberá, siempre que lo solicite, ser acompañado por una persona designada por el inmediato superior o en quien este delegue. Así, y a modo de ejemplo:

- En los Consultorios de tipo rural: El inmediato Superior.
- En los Centros de Salud /CAP: El Coordinador o Responsable del Centro.
- Servicios de Urgencia de AP: El Coordinador o Responsable.
- Centro de Especialidades Periférico: El Supervisor /a.
- Hospitales: El Letrado si lo hay o el Directivo (en horario ordinario).
El Jefe de Guardia (en el resto del horario).

Existe obligación de denunciar los hechos delictivos por parte de los testigos directos e indirectos.

El artículo 262 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, recoge esta obligación de denunciar y establece que la denuncia podrá ser verbal o escrita y que podrá hacerse personalmente o mediante mandatario con poder especial.

La denuncia que se hiciera por escrito deberá estar firmada por el denunciante.

Cuando la denuncia sea verbal, se extenderá un acta por la autoridad o funcionario que la recibiere, en la que, en forma de declaración, se expresarán cuantas noticias tenga el denunciante relativas al hecho denunciado y a sus circunstancias, firmándola a continuación.

La denuncia se interpondrá ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Ministerio Fiscal, Tribunal competente, o Juez de Instrucción de la localidad donde se cometan los hechos denunciados.

La denuncia debe especificar los datos personales del agredido, recomendándose que como dirección a efectos de notificaciones se indique la del centro de trabajo.

Igualmente se ha de identificar al agresor indicando sus datos personales si se conocen. Si no es así, se hará una descripción del mismo y de todas las circunstancias que pudieran ayudar a identificarlo.



Se deberá recoger una relación detallada de los hechos, así como las circunstancias en que se desarrollaron los mismos (descripción del lugar, momento de la agresión, testigos, etc....

6.3 Personas que deben interponer la denuncia

En todos aquellos delitos y faltas contra las personas (amenazas, coacciones, injurias,...) se recomienda que sea la víctima de la agresión quien presente la denuncia, a excepción de aquellos casos de lesiones dolosas en las que se prevea la posibilidad de que se repita la agresión, en cuyo caso se recomienda que sea el Gerente del Servicio Murciano de Salud quien presente la denuncia, con el fin de no personalizar la misma en la persona del agredido.

En el caso de delitos y faltas contra el patrimonio (robo, hurto, ..), el denunciante puede ser cualquier persona, a excepción del delito de daños por imprudencia que debe ser denunciado por el afectado o su representante legal.

Por último los delitos y faltas contra el orden público (atentado contra la autoridad o funcionario público, alteración del orden público, ..) deberán ser denunciados por el representante del Servicio Murciano de Salud.

7. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

Una vez puesto en marcha el Plan de Actuación en los distintos centros sanitarios, tras la divulgación y presentación pertinente, se hace preciso el realizar un seguimiento y evaluación de las medidas adoptadas para conocer puntualmente las incidencias que se derivan de su inicio y desarrollo.

Este seguimiento se realizará a través de una Comisión de expertos, que se reunirá trimestralmente y dará cuenta de sus actividades al Comité de Seguridad y Salud del SMS, como órgano superior de representación y participación de los trabajadores.



ANEXO I (MAPA DE RIESGOS) 2004

ATENCIÓN PRIMARIA 2004			
Area	Agresiones declaradas	Situación actual medidas seguridad	Propuestas medidas seguridad
I	En C. de Salud Alcantarilla Alhama de Murcia Alquerías Espinardo Infante Juan Man. Mula, la Ñora y San Andrés	Guardia Jurado Vistabella Alcantarilla	Guardia Jurado Espinardo Mu – Infante JM Mu – Carmen Mu – San Andrés Cámaras segurid C. de Salud en riesgo
II	En C. de Salud LaUnión/Mazarrón B.Peral/V.Caridad USB Los Dolores	Guardia Jurado Cartagena Casco Fuente Álamo La Manga (verano)	Guardia Jurado V. de la Caridad (3) La Unión Mazarrón
III	En C. de Salud San Diego Lorca Sur Puerto Lumbreras En SUAP Y PAC S. Diego- Totana Ramonete En Consultorio Almendricos	Guardia Jurado San Diego	
IV	En visita domiciliaria Bullas	Guardia Jurado PAC Calasparra	Guardia Jurado CS Bullas
V	En C. de Salud Jumilla		Guardia Jurado Jumilla
VI	En C. de Salud Abarán/Alguazas Archena/Cieza Molina – Ant. G ^a Las Torres de C. Cons. Torre Alta	Guardia Jurado Cieza Fortuna (en horario de PAC)	Guardia Jurado Molina – Ant. G ^a Las T. de Cotillas Archena



ATENCIÓN ESPECIALIZADA 2004			
Hospital	Agresiones declaradas	Situación actual medidas seg	Propuesta Medidas seguridad
H Morales Meseguer	Agresiones a 7 celadores en Puerta de Urgencias y Psiquiatría	Guardia de Seguridad	Cámaras seguridad zonas comunes
H Sta. M^a del Rosell	3 celadores y 1 DUE de Psiquiatría – 1 Aux. Admtvo. Urgencias – 2 DUE M. Interna – 1 Aux. de Trauma y 1 Fisio RHB	Guardia de Seguridad	
H Rafael Méndez	1 Aux. Admtvo Urgencias 1 DUE de Psiquiatría 1 Aux. Enf. Traumatología	Guardia de Seguridad	
H Psiquiátrico Román Alberca	5 Agresiones(1 grave).no declaradas al SPRL.	Guardia de seguridad	

* En todos los PAC y SUAP de Atención Primaria (12 PAC y 18 SUAP) se propone la instalación de cámaras de seguridad en zonas de uso común, y guardia jurado en centros de conflicto creciente.



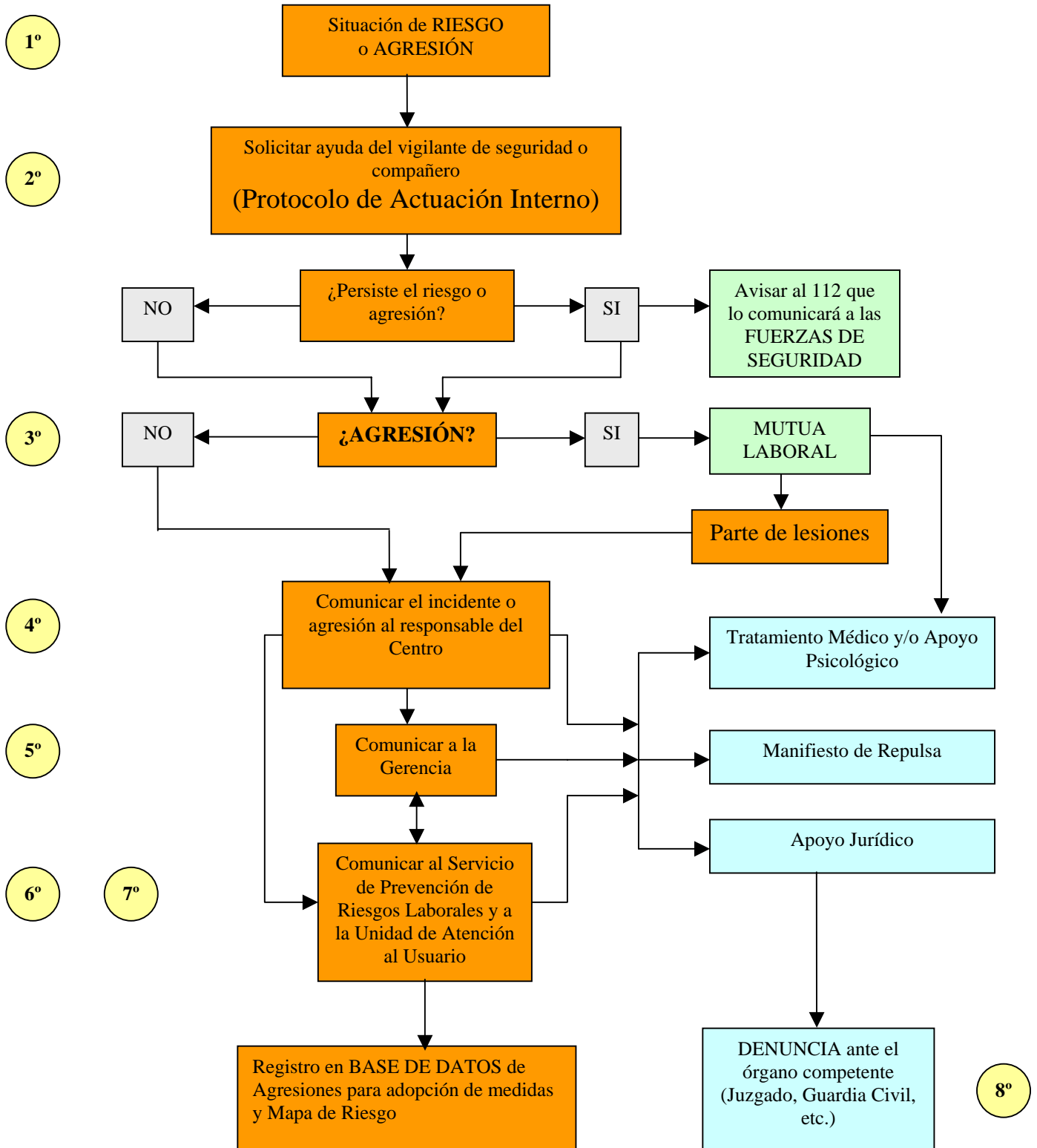
SALUD MENTAL 2004

Area	Centro afectado	Medidas propuestas
CAD : Centros de Atención a Drogodependientes CSM : Centros de Salud Mental		
Murcia	CAD – UMD (Unidad Móvil de Drogodependencias) CSM S. Andrés e Infante	En todos ellos se propone en una primera fase la instalación de <u>cámaras de seguridad</u> en zonas de uso común y público.
Cartagena	CSM - CAD	
Lorca	CSM – CAD	
Yecla – Jumilla	CSM – CAD	
Caravaca – Mula	CSM – CAD	
Cieza	CAD	
Alcantarilla y Molina	CSM ubicados en Centros de Salud	

* En una segunda fase se acepta como muy necesario la instalación de cámaras de seguridad en los centros identificados en el mapa de riesgos, y guardia jurado en centros de conflicto creciente.

ANEXO II

DIAGRAMA DE ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE AGRESIÓN





ANEXO III

REGISTRO COMUNICACIÓN INTERNA DE AGRESIONES			
A/A		SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SMS	
Fax: 968 35 74 81/ 968.20.08.97		e-mail: cuenta de correo electrónico específica	
HOSPITAL/ GERENCIA			
CENTRO / SERVICIO			
TELEFONO			
RESPONSABLE DEL CENTRO / SERVICIO			
FECHA:		Nº AGRESION	
DATOS DEL TRABAJADOR			
NOMBRE			
DIRECCIÓN			
TELEFONO			
DNI			
CATEGORÍA		ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO	
TRABAJO QUE EFECTUABA		TRABAJO HABITUAL	SI NO
DATOS DE LA AGRESION			
LUGAR DEL INCIDENTE:			
TESTIGOS (nombres, datos de identificación y localización)			
AGRESIÓN VERBAL O GESTUAL (palabras textuales)			
AGRESIÓN FÍSICA:		BAJA	SI NO
		DENUNCIA	SI NO
Día de la semana	Hora de trabajo	Probabilidad de Repetición	
		ALTA	MEDIA BAJA
DANOS MATERIALES (Indicar equipo, objeto o maquinaria dañada)			
PARTE DE LESIONES (adjuntar copia al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS)			SI NO



DESCRIBIR CLARAMENTE COMO SUCEDIÓ

¿ Cuáles cree que han sido las razones, el origen o el por qué de este incidente?

DATOS DEL AGRESOR

NOMBRE
DOMICILIO
TELEFONO
DNI /NºSS
OTROS

El objetivo de este registro y comunicación inmediata del suceso es doble:
1º- Conocer las circunstancias que se daban en el momento previo al suceso anormal, las cuáles permitieron la materialización de mismo.
2º- La adopción de medidas correctoras que eviten su repetición o en el caso de que se repitan, sus consecuencias sean mínimas y sepamos controlar la situación.

Fdo:

De este parte enviar una copia a la Gerencia correspondiente y otra al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS.



ANEXO IV

TIPIFICACIÓN PENAL DE LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS

- **Calumnia:** es la imputación de un delito hecha con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad (Art. 205 Código Penal).
- **Injuria:** es la acción o expresión que lesiona la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación (Art. 208 y 620 Código Penal).
- **Amenazas:** es la acción de intimidar a alguien con el anuncio de causarle a él, a su familia o a otras personas con las que esté íntimamente vinculado, un mal que constituya delito de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico (Art. 169 y 620 Código Penal).
- **Coacción:** acción de impedir a otro con violencia hacer lo que la ley no prohíbe, o le compeliere a efectuar lo que no quiere (Art. 172 y 620 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 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 Código Penal).

No podrá procederse contra el denunciante o acusador sino tras sentencia firme o auto, también firme, de sobreseimiento o archivo del Juez o Tribunal que haya conocido de la infracción imputada.

- **Robo:** acción de apoderarse con ánimo de lucro de una cosa mueble ajena, empleándose violencia o intimidación sobre las personas, o fuerza en las cosas (Art. 237 Código Penal).



- **Hurto:** acción consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, sin que concurren las circunstancias que caracterizan el delito de robo (Art. 234 y 623 Código Penal).
- **Daños:** acción consistente en causar daños de manera deliberada en la propiedad ajena (Art. 263 y 625 Código Penal).
- **Atentado contra la 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 Código Penal).
- **Alteración del 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.
- **Lesiones:** acción consistente en causar a otro un daño que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental (Art. 147, 620 y 621 Código Penal).
- **Agresiones sexuales:** acción de atentar contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación. Se considera violación cuando la agresión consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal. O introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías (Art. 178 y 179 Código Penal)
- **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 Código Penal).
- **Acoso sexual:** acción de solicitar favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, 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 Código Penal).

ANEXO V



PERSONAS QUE HAN DE INTERPONER LA DENUNCIA

REGLA GENERAL: **La persona agredida u ofendida.**

(Si así lo desea, deberá ser acompañada)

EXCEPCIONES :

- **Lesiones Dolosas**: Se recomienda que se realice por el Gerente o persona en quien éste delegue.
- **Delitos contra el orden público**: Se recomienda que la denuncia se interponga por el Gerente o Responsable del Centro.
- **Delitos contra el patrimonio del S.M.S.**: La denuncia puede presentarla cualquier persona, pero se recomienda que lo haga el Responsable del centro.