

A fondo

Las agresiones a los profesionales de la salud.

Un enfoque desde la bioética

Assaults on Health Professionals. A Bioethical Approach

Ana M. Lobato García

Médico de Admisión y documentación clínica.

Máster en Bioética.

Resumen

Las agresiones que sufren los profesionales en el ámbito sanitario no son un fenómeno nuevo, sino que tienen ya un largo recorrido. Fueron reconocidas en 1998 a nivel internacional por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones que han aportado informes y recomendaciones para abordar este problema. En España, en los últimos 15 años se han trabajado e implementado en mayor o menor medida planes para prevenir y abordar las agresiones a los profesionales de la salud, y a pesar de ello, siguen en aumento. Por ello en este trabajo nos planteamos, ¿qué está pasando? ¿qué puede aportar el profesional en la búsqueda de soluciones?, ¿podemos enfocar el papel de los profesionales en el problema de las agresiones desde el planteamiento de los deberes? Mediante el método deliberativo analizamos éticamente este fenómeno.

Palabras clave: Agresiones a profesionales de la salud, Bioética, Método deliberativo.

Abstract

The assaults suffered by healthcare professionals are not a new phenomenon, but have a long history. They were recognized internationally in 1998 by the International Labor Organization (ILO), the World Health Organization (WHO) and other organizations that have contributed reports and recommendations to address this issue. In Spain, in the last 15 years, plans have been implemented to a greater or lesser extent to prevent and address assaults on health professionals; however, they continue to increase. In this paper, we explore the potential contributions of professionals in finding solutions this issue, and examine whether we can understand the role of these professionals in addressing this problem from the standpoint of their responsibilities. Using the deliberative method, we make an ethical analysis of this phenomenon.

Keywords: Aggressions to health professionals, Bioethics, Deliberative method.

El bosque está en llamas y, mientras todos los animales huyen para salvar su vida, un colibrí recoge una y otra vez agua del río para verterla sobre el fuego.

– ¿Acaso crees que con tu pequeño pico vas a apagar el incendio?, le pregunta el león.

– Yo sé que solo no puedo – responde el pajarito – pero estoy haciendo mi parte.

La parábola del colibrí (Betinho)

1. Introducción

La violencia es un fenómeno sociocultural que se manifiesta en múltiples ámbitos: en el familiar (violencia de género, violencia infantil, etc.), en el sociopolítico (violencia política, violencia escolar, etc.), en el intercultural (violencia étnica, etc.) y también en el ámbito laboral.

¿Qué entendemos por violencia en el ámbito laboral?

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia en el trabajo como “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, y con el cual se ataca, perjudica, degrada o hiere a una persona dentro del marco de su trabajo o debido directamente al mismo”.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia en el trabajo como “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, y con el cual se ataca, perjudica, degrada o hiere a una persona dentro del marco de su trabajo o debido directamente al mismo”.

Por su parte, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia en el trabajo se refiere “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”.

Estas son dos definiciones entre otras muchas que podemos encontrar en la literatura. Ambas organizaciones destacan igualmente la dificultad para definir la violencia. Según la OMS, la amplia variedad de códigos morales imperantes en los distintos países hace de la violencia una de las cuestiones más difíciles de abordar en un foro mundial. Y es que la noción de lo que son comportamientos aceptables o de lo que constituye un daño, es algo que está influido por la cultura y sometido a una continua revisión a medida que van cambiando los valores y las normas sociales.

El problema de la violencia en el lugar de trabajo en sus diversas modalidades es un fenómeno que adquiere un importante relieve en 1998. En el seno de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Chappell y Di Martino elaboran el informe *Violence at Work* (2006) que pone de manifiesto que los episodios de violencia que se dan en los lugares de trabajo de todo el mundo apuntan a una creciente mundialización del problema. El objetivo de dicho informe era aportar información y análisis que permitiera a los responsables de elaborar la política de los organismos públicos, a las

organizaciones y a todos los implicados en el problema promover el diálogo y adoptar políticas e iniciativas tendentes a prevenir la violencia y erradicarla del lugar de trabajo.

Casi de forma simultánea la OMS publicaba el Informe Mundial sobre la violencia y la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2002) cuya razón de ser es contribuir a que se comprenda la importancia que tiene la Salud Pública en la lucha contra la violencia, frente a la idea generalizada en estos momentos de que la violencia es un componente ineludible de la condición humana, un problema cuya prevención incumbe al sistema de justicia penal, y de que el principal papel del sector de la salud es el tratamiento y la rehabilitación de las víctimas.

Todos apuntan a que, dentro de los sectores más afectados por la violencia en el trabajo, el sector servicios, el de la atención sanitaria representa un 25% del total. ¿Podemos considerar las agresiones a los profesionales de la salud equiparables a las que se producen en otros sectores? ¿Son los valores implicados en la relación clínica similares a los de otro tipo de relación comercial o profesional?

Se trata pues de un fenómeno preocupante por la importante repercusión que tiene en

¿Podemos considerar las agresiones a los profesionales de la salud equiparables a las que se producen en otros sectores? ¿Son los valores implicados en la relación clínica similares a los de otro tipo de relación comercial o profesional?

los profesionales tanto a nivel individual como colectivo, en la organización y por supuesto en el adecuado funcionamiento de un servicio público esencial.

Por todo ello, en este trabajo se busca, mediante la consulta de la bibliografía disponible, caracterizar el fenómeno de las agresiones en el sector de la salud, centrando la atención en el papel que se le ha venido asignando a los profesionales en las propuestas de solución.

La reflexión ética, usando como herramienta el método deliberativo (Gracia, 2011: 125), nos ayudará a hacer propuestas que orienten al profesional en la gestión de las agresiones de forma correcta. Porque, como escribe el Profesor Gracia en su editorial "En busca de la excelencia"

[...] Todos tenemos que aspirar a la excelencia en aquello que nos toque hacer o a lo que nos dediquemos. Esto no es optativo. Muy al contrario, se trata de una obligación moral y vital. El nivel de un individuo, lo mismo que de una organización, se mide por su capacidad de entusiasmo y de compromiso con la mejora continua [...]. (Gracia, 2017: 2)

2. ¿Qué se ha hecho en España?

2.1.1. Evolución

El fenómeno de las agresiones a los profesionales de la salud era poco conocido en nuestro país al inicio del siglo XXI. Los trabajos y recomendaciones a nivel Internacional anteriormente mencionados encontraron eco en nuestro país, donde empezaron a aparecer estudios que lo describían (Moreno et al, 2005) y a surgir las primeras iniciativas como la del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) en el 2004, que puso en marcha un programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo.

En el ámbito de las Instituciones, entre los años 2004 y 2015, en prácticamente todas las Comunidades Autónomas se elaboran Planes de Prevención y Actuación frente a este fenómeno (Marinas et al., 2016).

En el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2015, en su apartado “Medidas en materia de recursos humanos del SNS”, se hace referencia al estudio de ámbito nacional sobre las agresiones a los profesionales en cuya elaboración participaron tanto las Comunidades Autónomas como los colegios profesionales, sindicatos y asociaciones de pacientes y usuarios. En él se revelan, entre otros datos, que entre 2008 y 2012 más de 30.000 profesionales sufrieron algún tipo de agresión verbal (80%) o física (1 de cada 5 casos). (Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2016: 175-176).

Ante esta situación, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó promover el reconocimiento de la condición de autoridad pública al personal que preste servicio en las instituciones adscritas o dependientes de los servicios del Sistema Nacional de Salud. Fue en el año 2015 cuando se modifica el Código Penal (Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal), reconociendo a los profesionales de la sanidad pública como autoridad, y las agresiones sufridas por estos pasan a ser consideradas como atentado.

Así, el artículo 550 queda redactado como sigue:

1. Son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas. En todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas.

2. Los atentados serán castigados con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de tres a seis meses si el atentado fuera contra autoridad y de prisión de seis meses a tres años en los demás casos.

Son también artículos relacionados el 551, 553 y 556.

Al igual que las distintas Administraciones del Estado y Comunidades Autónomas, los Colegios Profesionales, especialmente la Organización Médica Colegial (OMC) y el Consejo General de Enfermería, se implican en el problema.

La OMC pone en marcha en el año 2010 el Observatorio Nacional contra las Agresiones en el ámbito sanitario, a través del cual se ha ido comunicando la realidad de las agresiones a través de las comunicaciones y/o denuncias registradas en los colegios de médicos de toda España. En su primer Informe sobre las Agresiones, centran sus propuestas básicamente en la aplicación de las medidas de protección de los profesionales, la comunicación de los hechos a los responsables de los centros, los servicios de salud laboral y los colegios profesionales y la denuncia ante los órganos judiciales y policiales (Organización médica colegial de España, 2009).

Los datos positivos de satisfacción y reconocimiento hacia los profesionales sanitarios no coinciden con la elevada incidencia de agresiones que enfrentan.

Desde el año 2009, el 14 de marzo se conmemora el Día Nacional contra las Agresiones en el ámbito sanitario bajo el lema “Contra las agresiones a los sanitarios, tolerancia cero. Respetar a los médicos es cuidar de la salud de todos”.

En la actualidad, y dado el interés que ha suscitado el tema en nuestro país, se pueden

encontrar innumerables estudios realizados en prácticamente todos los ámbitos sanitarios que informan de la magnitud y características del problema.

Me ha parecido muy ilustrativo para conocer lo que se ha trabajado en España el fenómeno de las agresiones a los profesionales de la salud, la revisión sistemática publicada en la Revista Española de Salud Pública en octubre de 2019 por investigadores de la Universidad de Zaragoza. En ella se incluyeron 23 estudios después del correspondiente proceso de selección. El primero data de 2005 y el 43% de los mismos fueron publicados en los últimos 5 años, lo que puede indicar el creciente interés por este tema. Entre los resultados podemos destacar:

- El estudio que menos agresiones registró concluye que el 58% del total de los encuestados ha sido agredido.
- Las características de las agresiones: las agresiones verbales fueron las que más se produjeron, acompañadas en numerosas ocasiones de amenazas.
- Las características del agresor: en el 75% de los estudios el paciente fue el principal agresor.
- Las características del trabajador agredido: en el 58,8% de los estudios incluidos en la revisión, los profesionales más agredidos fueron los enfermeros, y en el 29,4%, los médicos; y dentro de los médicos, las mujeres; la media de edad de los profesionales va de entre los 30 y 50 años.
- Con respecto a los motivos de la agresión, los porcentajes varían en los diferentes escenarios analizados, pero, en general, el motivo que aparece con mayor frecuencia es el de la discrepancia con la atención recibida.
- El ámbito donde se producen el mayor número de agresiones es en las consultas de Atención primaria (57-33%) y en los Servicios de Urgencia (51-12%)
- Los estudios que analizan el porcentaje de casos registrados y/o denunciados apuntan a que en el 80% de los casos no se lleva a cabo: el registro, por no ser considerado útil, y la denuncia, por considerar las agresiones como un aspecto más de su trabajo, sobre todo cuando no se produce agresión física. (Serrano et al., 2019).

De igual modo, el Barómetro Sanitario 2018, elaborado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (ahora Ministerio de Sanidad) (Ministerio de Sanidad, 2019), entre cuyos objetivos está “conocer cómo perciben y valoran los ciudadanos el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, así como recoger la valoración y experiencia de los usuarios de los servicios Sanitarios” arroja, entre otros, los siguientes resultados:

- El 68,3% opina que el sistema sanitario funciona “bastante bien” o “bien”, aunque necesita algunos cambios. Este porcentaje está en continuo aumento desde el año 2014.
- Con una puntuación máxima de 10, la Atención Primaria recibe un importante reconocimiento (7,31), siendo mucho menor el de los servicios de Urgencia (6,02).
- En relación con los profesionales sanitarios, la valoración sobre “la confianza y seguridad que transmite el médico” es en Atención Primaria del 7,68, muy similar

al grupo de Asistencia Especializada, del 7,43. Con relación al personal de enfermería de Atención Primaria es del 7,64.

- La valoración de “la información recibida” es del 7,53 en Atención Primaria y del 7,45 en la Atención especializada.

Resulta paradójico observar los datos positivos en relación a la satisfacción y reconocimiento por parte de los profesionales, frente a las preocupantes estadísticas de las agresiones sufridas.

2.1.2. Medidas adoptadas

Si tomamos como una de las primeras referencias las Directrices dadas en el año 2002 por la OIT, el Consejo Internacional de enfermeras, la OMS o el Consejo Internacional de Servicios Públicos (2002), en los que se planteaban acciones antes, durante y tras las agresiones, y las comparamos con las que se han venido elaborando en España a lo largo de estos años en los ámbitos implicados en el problema –Administración General, Comunidades Autónomas, servicios de prevención de riesgos laborales etc.–, vemos pocas novedades en el abordaje del problema de las agresiones (Servicio de salud del Principado de Asturias, 2017; Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018; Servicio Andaluz de Salud, 2020; Servicio Madrileño de Salud, 2019).

Se debe examinar más a fondo el rol del profesional de la salud en el contexto de agresiones, ya que desempeñan un papel crucial en el conflicto y deben ser parte integral de la resolución.

Hay una serie de aspectos en los que prácticamente todos coinciden:

- La necesidad de conocer la magnitud del problema. Para ello se han desarrollado campañas de sensibilización y sistemas de registro de agresiones de fácil acceso a los profesionales afectados.
- La necesidad de un abordaje integral del problema.
- La puesta en marcha de medidas preventivas, con la elaboración de mapas de riesgo y planes de prevención.
- Las actuaciones después de producirse el suceso. Las medidas se centran básicamente en la comunicación y registro por parte del trabajador de cualquier situación que considere de violencia, y por parte de la organización en proporcionar la atención médica, el apoyo psicológico, si precisa, y el asesoramiento legal.

Propuestas similares proporcionan un grupo de trabajo técnico creado en el año 2017 por acuerdo del Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS) para el “Análisis y Estudio de las Agresiones a Profesionales del SNS”, haciendo hincapié en la participación de las Fuerzas de Seguridad del Estado y el respaldo jurídico de los profesionales. (Ministerio de Sanidad, 2022).

La Organización Médica Colegial, en su informe de 2021 del Observatorio Nacional de Agresiones a médicos/as, en su apartado de recomendaciones, no aporta grandes novedades respecto al informe de 2009 consignado anteriormente. Aconseja a los profesionales adquirir la formación adecuada en las estrategias de comunicación e la identificación de situaciones de riesgo. Por lo demás, vuelven a indicar la necesidad del registro, la comunicación y la denuncia de los hechos (2021).

En la misma línea se manifiesta la Confederación de Órdenes Médicas Europeas (CEOM), que en 2019 declara el 12 de marzo como “día europeo contra las agresiones a médicos y profesionales sanitarios” (Organización Médica Colegial, 2022).

Con este repaso de las iniciativas que se han venido adoptando en nuestro país en relación con el tema de las agresiones a los profesionales de la salud, es importante ver comparativamente la evolución en cifras del número de agresiones que se han producido. Según el Informe de agresiones a los profesionales del Sistema Nacional de Salud 2022, (2023), en su comparativa de resultados 2017-2022, vemos cómo han evolucionado en números absolutos los casos de agresiones.

Año	Agresiones físicas	Agresiones no físicas	TOTAL
2017	1.578	6.728	8.306
2018	1.670	7.773	9.443
2019	1.543	8.376	9.919
2020	1.273	7.123	8.396
2021	1.483	8.560	10.043
2022	2.007	11.069	13.177

Tabla 1. Número de notificaciones de agresiones en valores absolutos en función del tipo de agresión. 2017-2022. Fuente: Ministerio de Sanidad

En la interpretación de estas cifras es necesario tener en cuenta que, aunque sabemos que no todas las agresiones son comunicadas, las importantes campañas de sensibilización que se han venido realizando ha generado un incremento de las notificaciones.

Frente a lo expuesto, cabe preguntarse: ¿está correctamente dimensionado el problema?, ¿se puede actuar frente a las agresiones a los profesionales de la salud como si todas fuesen iguales?, ¿será necesario profundizar en el papel asignado al profesional?, ¿están siendo efectivas las medidas adoptadas?

3. Las agresiones como problema moral

Es importante tener en cuenta que a veces el profesional, como persona, como trabajador, no se encuentra en las mejores condiciones para afrontar estas situaciones de violencia. A la presión asistencial y a la recepción de las quejas debidas a las deficiencias de la organización, tenemos que añadir que “las profesiones del cuidado” conllevan una gran implicación personal y emocional, frente a la cual no siempre se está preparado. Esta situación mal gestionada genera lo que en inglés se denomina *Burnout* (Síndrome de desgaste profesional) (Gracia, 2004b) y que, según los datos aportados por un extenso estudio sobre el tema, publicado en esta misma revista en 2020, afecta en algún grado al 12-30% de los médicos españoles (Bouza y Gil-Monte et al., 2020).

Pero, a pesar de todo ello, ¿está el profesional moralmente obligado a buscar soluciones correctas ante el problema de las agresiones?

Será necesario conocer los hechos y, sobre todo, los valores que entran en conflicto en una situación concreta de violencia, para que el profesional pueda reflexionar sobre ellos y decidir la mejor forma de actuar en cualquier otra situación similar.

A esto mismo se refiere Carlos Pose cuando escribe que

[...] El clínico actual no puede conformarse con haber dedicado muchos años de su vida

a estudiar los datos clínicos que envuelven el conjunto de las enfermedades y los tratamientos más efectivos para curarlas. Esto es claramente insuficiente. Ha de familiarizarse, complementariamente, con otro factor de la máxima importancia en la toma de decisiones clínicas: los valores.

[...] La calidad de las decisiones clínicas depende de la identificación de la pluralidad de valores existentes en cada situación concreta y de la habilidad para realizarlos o lesionarlos lo menos posible (2011: 303)

¿Qué valores pueden entrar en conflicto en el contexto del acto clínico? Existe un consenso general en torno a la idea de que la confianza constituye el valor fundamental que sustenta la relación clínica. No obstante, cuando hablamos de confianza, ¿nos estamos refiriendo siempre a lo mismo? Según expresa José Antonio Seoane en su artículo “La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas”

[...] Antes la confianza se basaba en el estatus o la posición social, y la mera condición profesional –especialmente del médico– era suficiente. Esto es, los aspectos formales o la apariencia de profesionalidad bastaban para el surgimiento de la confianza; ésta, además, tenía carácter categórico y excluyente en orden a la toma de decisiones clínicas. En el sentido indicado la confianza era fuente de privilegios para el profesional asistencial. Hoy no es admisible: la confianza ha de entenderse como fuente de obligaciones [...]

¿Será por tanto necesario redefinir la confianza en la relación clínica?

[...] La confianza es una necesidad humana y un ingrediente esencial de las relaciones sociales, cuya importancia se acentúa en situaciones de especial dependencia y vulnerabilidad como la relación clínica. Hoy es más complicado hablar de confianza, que ha de ser redefinida para ajustarse al contexto contemporáneo de dicha relación, caracterizado, entre otros factores, por el advenimiento de la autonomía y los derechos y el pluralismo axiológico [...] (Seoane, 2008).

Si hablamos de confianza, también debemos considerarla como un valor necesario para el profesional frente al paciente. Necesita confiar en que le dice la verdad, que sigue sus recomendaciones, que es honesto.

Siguiendo con los valores, estarían también en juego la salud y el bienestar del paciente, en cada caso, por diferentes razones. Del bienestar como valor y de la necesidad de entender cuáles pueden ser las expectativas razonables habla el profesor Gracia en su libro *Como arqueros al blanco* (2004a):

Hoy sabemos que el programa de los años 50 y 60, la búsqueda del “perfecto bienestar físico, mental y social”, es cuando menos, confundente y peligroso. Confundente porque el perfecto bienestar no podrá lograrlo nunca el ser humano; es una pura utopía, un puro ideal. Y peligroso, porque la búsqueda de un objetivo utópico y, en consecuencia, inalcanzable, acaba generando necesariamente frustración, insatisfacción y malestar. De lo que cabe concluir que la búsqueda del bienestar, si no se realiza de modo prudente y razonable, puede generar lo contrario de lo que pretende, es decir, malestar.

Pero también hablaríamos de la salud, el bienestar e incluso a veces de la integridad física del profesional, en la medida en que las actitudes violentas, o las agresiones, suponen un importante choque emocional para el que las sufre, se produzcan o no lesiones físicas como consecuencia de estas.

La autonomía también sería un valor en conflicto: la autonomía de los profesionales, en tanto que deberían poder ejercer su actividad sin coacciones, con profesionalidad,

haciendo lo que consideren correcto en la atención a los pacientes; la de los pacientes, por su parte, en cuanto que deben tener la seguridad de que al tomar sus decisiones los profesionales van a considerar sus necesidades, sus proyectos vitales y sus circunstancias.

Tampoco podemos olvidarnos de los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia, que los profesionales de la salud tienen la obligación de realizar. El principio de beneficencia, rector de la actividad médica más tradicional, no solo implica procurar siempre el bien para el paciente, sino que también supone no aplicar medidas diagnósticas o terapéuticas que puedan no solo no ayudar a la prevención o curación, sino que incluso puedan provocarles daño. El negar determinadas peticiones es, no pocas veces, fuente de conflicto y de agresividad. El principio de justicia en el uso de los recursos asistenciales establece que el profesional de la salud no debe hacer un uso inadecuado de los mismos, aunque esto le suponga disentir con las expectativas de los pacientes o sus familiares.

Es crucial evaluar la efectividad de las estrategias implementadas para prevenir y manejar las agresiones contra el personal de salud.

4. ¿Qué debemos hacer?

Conocidos los hechos y analizados los posibles valores en conflicto, es hora de buscar las soluciones. ¿Qué debemos hacer?

Siguiendo el método deliberativo, y para delimitar el problema, podemos ver cuáles serían los posibles cursos extremos en la búsqueda de soluciones.

En un extremo nos encontramos con el no reconocimiento del acto violento. Los profesionales que así responden llegan a considerar estas agresiones como parte normal de su trabajo, implícito en la profesión. Esta reacción de los profesionales está ampliamente documentada en la bibliografía. (Consejo internacional de Enfermeras, 2007:8), (Sánchez Benito, 2017).

Esta realidad lleva a una baja notificación del fenómeno por parte del profesional, lo que dificulta su conocimiento y dimensionamiento real. Y lo que me parece más importante, a considerar que, en tanto que profesional, no puede aportar nada.

En el otro extremo de las posibles soluciones, y en respuesta a una agresión, estaría la denuncia del profesional por la vía judicial.

Tradicionalmente, las agresiones a los profesionales sanitarios venían siendo tratadas desde el Derecho Penal bajo la órbita de los delitos contra las personas (lesiones, amenazar, injurias etc.) y la mayoría de estas eran calificadas como faltas, siendo bastante infrecuente su reputación como delitos. Como ya he comentado, en el año 2015, con la modificación del Código Penal, las agresiones pasan a ser consideradas como atentado.

Diversos trabajos analizan estas medidas y las dudas que plantean en el propio entorno jurídico. De Juan-Mazuelas, en su Tesis doctoral *La Jurisdicción penal ante las agresiones al personal sanitario. Estudio jurisprudencial* (2016), analiza en detalle el intenso debate que ha generado en la doctrina esta modificación del Código Penal.

Entre las opiniones, hay quien considera que “la influencia que tienen los medios de comunicación, información y la prensa, magnifican en sus noticias supuestos aislados

de agresiones a estos profesionales de la educación y la sanidad generando con ello una alarma social fantasma” (Rodríguez-Cano Giménez-La Chica, 2011: 315-317). Otros entienden que se está vulnerando la necesaria proporcionalidad entre conducta y la posible pena, por imponer esta rama del ordenamiento jurídico sanciones excesivamente severas ante hechos que no tienen gravedad suficiente. Sin embargo, De Juan-Mazuelas y Sánchez-Benito (2018), creen que existen recursos para garantizar el respeto al principio de proporcionalidad entre el acto punible y la pena correspondiente. Para ellos lo deseable sería la intervención de los dos ordenamientos (administrativo y penal) sin otorgar exclusividad a uno y otro. En la misma línea hay autores que creen que este tipo de comportamientos tienen importantes repercusiones sociales y funestas consecuencias para el adecuado funcionamiento de una función pública esencial, y señalan que “la respuesta penal no constituye en modo alguno la única posibilidad de intervención de naturaleza jurídica ante el acaecimiento de un incidente de las características analizadas”, refiriéndose a las posibles sanciones administrativas, particularmente para los supuestos de menor relevancia (Urruela, 2018). Otro sector apoya la medida por el efecto disuasorio que produciría la condena a penas más severas (Martínez León, 2010).

Marinas-Sanz et al. reflexionan sobre la realidad de las agresiones a los profesionales de la salud en España, la eficacia real de las medidas preventivas adoptadas y el significado de la nueva calificación penal. En sus conclusiones afirman:

En el futuro podremos comprobar si las nuevas reformas en el Código Penal en torno al delito de atentado se traducen en una reducción del número de episodios violentos hacia el personal sanitario o no. Sin embargo, es previsible que tal reducción precise de intervención y medidas distintas en ámbitos diversos y distantes a la vía penal. La sanción económica en vía administrativa y la intervención educativa debieran ser consideradas especialmente en este sentido (Marinas-Sanz, 2016:41).

Pero lo que nos enseña la ética es a buscar soluciones intermedias que intenten salvar todo lo posible los valores en conflicto. E incluso, como afirma el profesor Gracia en su libro *Bioética mínima*, “la óptima entre las posibles” (2019).

¿Cuáles pueden ser esas soluciones intermedias?

Al igual que prácticamente en toda la bibliografía que habla de la violencia y las agresiones en el trabajo, los protocolos de prevención y actuación se plantean en dos momentos, antes de la agresión y después de producirse, creo que el abordaje ético del profesional también se puede plantear en estos dos momentos.

¿Tiene el profesional de la salud una obligación moral de buscar resoluciones éticas frente a las agresiones en su entorno laboral?

Antes de la agresión, la participación de los profesionales puede centrarse en aspectos generales como:

- Colaborar en informar a la población sobre aspectos administrativos como cuáles son las prestaciones sanitarias incluidas en la cartera de servicios de Sistema Nacional de Salud, cuáles son sus derechos y obligaciones como usuarios de los sistemas sanitarios, etc.
- Informar a sus pacientes del alcance real de la medicina como ciencia llena de incertidumbre.
- Participar y aportar la experiencia profesional en los distintos programas e

iniciativas que se pongan en marcha por parte de la organización.

- Contribuir a la mejora del funcionamiento de los centros de trabajo, sobre todo en aspectos que puedan favorecer brotes de violencia (excesivas esperas, frecuentes interrupciones, falta de intimidad, etc.).
- Identificar a personas cuya enfermedad o circunstancias vitales puedan favorecer comportamientos inapropiados o no deseados que lleven a situaciones de conflicto con los profesionales, planteando estrategias de ayuda, control y seguimiento estrecho de los mismos. En esta propuesta hay que ser extremadamente prudentes para no estigmatizar a estas personas y, muy importante, tener en cuenta lo que varios autores apuntan sobre la definición y caracterización de los llamados “pacientes difíciles”, apelativo que incluye a personas agresivas frente a los profesionales. J. Agreda y E. Yanguas, en su artículo “El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo”, repasan los criterios que, a su entender, llevan a los profesionales a catalogar a un paciente como “difícil”:

[...] nos encontramos en un principio con dos tipos de factores que influyen al catalogar al paciente como difícil: los derivados de las características del propio paciente, y los derivados de los sentimientos o emociones que dichos pacientes generan en el profesional. [...]

no todos los pacientes difíciles lo son por igual para todos los profesionales de la salud, prefiriendo hablar más bien de “relaciones difíciles médico-paciente” o “relaciones difíciles enfermera-paciente”. Esto es costoso de admitir, ya que, en principio, a ninguno de nosotros nos parece que nosotros mismos somos problemáticos, sino que el trato con algunos pacientes constituye un problema (2001: 66).

En esta misma línea se manifiestan Martín Espíldora (2000) y Mas Garriga et al. (2003).

De forma individual, los profesionales pueden:

- Incluir la historia de valores como rutina en el conocimiento del paciente.
- Asumir la madurez de los pacientes y su capacidad para opinar y participar en la toma de decisiones.
- Trabajar la empatía, que podríamos definir como la intención de comprender los sentimientos y emociones, intentando experimentar de forma objetiva y racional lo que siente otro individuo.
- Proporcionar información completa, comprensible y honesta, así como trabajar la comunicación, como interacción y puesta en común con la persona receptora de la información.
- Aceptar los sentimientos que el paciente genera en nosotros y trabajar el autocontrol emocional.
- Compartir y apoyarse en otros profesionales.

Después de acontecer una agresión, se presenta una situación compleja. En los casos en los cuales la agresión representa una amenaza tangible para la integridad física del profesional, la prioridad recae en resguardarse y buscar seguridad mediante las medidas disponibles. No obstante, como previamente hemos expuesto, la mayoría de estas agresiones son de naturaleza verbal, otorgando al profesional un espacio de maniobra para determinar la estrategia más adecuada ante la situación.

- Una vez superada la situación, lo más importante antes de tomar cualquier decisión, es tomarse el tiempo necesario para hacer desaparecer el componente emocional y poder recapacitar sobre lo ocurrido.
- Será necesario analizar el caso concreto, las particularidades del agresor, el papel jugado por el profesional y las circunstancias en las que se ha producido. Detectar posibles desencadenantes va a permitir al profesional reconducir la relación e intentar evitar que se produzcan nuevamente en el futuro.
- Puede ser de gran ayuda para el profesional que haya sufrido una agresión y sienta el deber moral de buscar una solución al conflicto generado, comparta sus reflexiones, bien con otros compañeros, o acudiendo al Comité de Ética Asistencial (CEA) de su centro de trabajo. En una encuesta realizada por el Grupo de trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina interna en 2017, donde se pregunta a los médicos internistas cómo resuelven habitualmente las dudas ante un conflicto ético, el 86% las resuelve con ayuda y, de ellos, el 68% acude a sus compañeros, el 7% acude al CEA y el 11% lo hace mediante una consulta a un experto en bioética (Herreros, 2018: 58).
- Si a pesar de los esfuerzos del profesional por restablecer la relación tras el episodio de violencia, esto no fuese posible, deberá plantearle la posibilidad de ser atendido por otro compañero.
- Es muy importante comunicar lo ocurrido a través de los registros habilitados a tal fin. Es la manera de que las organizaciones implicadas en el problema conozcan el fenómeno, su magnitud y características, y así poder tomar las medidas generales encaminadas a poner una solución al mismo.

En este trabajo no se ha hecho referencia al problema de la violencia y las agresiones causadas por o en el entorno de las personas con trastorno mental, porque ello requeriría un análisis más especializado. Mi opinión, en todo caso, es que no podemos atribuir estos episodios exclusivamente a la enfermedad mental. Hay que tomar en consideración las posibles circunstancias desencadenantes, como en el resto de los casos comentados, para adoptar las medidas correctoras que sean necesarias, junto con otras más específicas, si se cree necesario.

La confianza recíproca y el bienestar del paciente y del profesional, así como su autonomía, son valores comprometidos en situaciones de violencia, independientemente de si hay agresión física o no.

5. Conclusiones

La violencia en el trabajo es un fenómeno de alcance universal y del que no se ha salvado el ámbito de la salud. Los actos de agresividad o violencia hacia los profesionales en los centros sanitarios no parecen encajar en un tipo de relación donde la confianza mutua se hace imprescindible para conseguir el objetivo de alivio del sufrimiento de una parte, el paciente, y el espíritu de ayuda de la otra parte, el profesional.

Frente a las agresiones, es indudable la necesidad de proteger y apoyar al personal que las sufre desde las instituciones. En España, tanto el Gobierno central como prácticamente todas las Comunidades Autónomas han diseñado y puesto en marcha Planes de Prevención y de Actuación frente a este problema.

Según los datos disponibles, las agresiones a los profesionales de la salud crecen cada año, a pesar de las medidas legales, de seguridad y las técnicas de protección que se han puesto en marcha.

Las medidas puestas en marcha por las instituciones son válidas, pero no se puede abordar el problema de las agresiones a los profesionales de la salud solo desde un planteamiento general de forma uniforme y sistemática. También es necesario tener en cuenta las particularidades de cada caso.

El profesional es un elemento clave en el conflicto. Es su obligación moral no asumir pasivamente este fenómeno. Debe reivindicar su participación en las medidas que se pongan en marcha por parte de las autoridades, responsables de los centros de trabajo, organizaciones profesionales, etc., porque su papel tiene que ser imprescindible en la resolución o minimización del problema.

A nivel individual el profesional debe introducir la reflexión ética en su práctica cotidiana y en caso de vivir situaciones de violencia con alguno de sus pacientes o entorno, reflexionar desde la honradez el posible papel que le corresponde en la misma.

Normalizar las agresiones como parte inherente de la profesión sanitaria conduce a la subnotificación y minimización de estas incidencias.

Se hace necesario potenciar el lado más humano de la relación asistencial, y para ello es imprescindible la formación y entrenamiento de los profesionales de la salud en temas como la entrevista clínica, la

comunicación, la empatía y, en definitiva, en las habilidades y estrategias para generar un clima de confianza con sus pacientes.

Esta formación debe iniciarse ya desde los estudios de pregrado, manteniéndose como formación continuada a lo largo de toda su vida laboral.

La deliberación, y con ella el conocimiento de los hechos, los valores implicados y el análisis de los posibles cursos de acción (solución), debería ser el método de ayuda a la toma de decisiones correcta de los profesionales de la salud que se encuentran con este problema en su práctica clínica.

6. Propuestas de futuro

Queda por conocer la opinión y vivencia de los pacientes/familiares que han agredido a algún profesional, o sentido el impulso de hacerlo.

Será necesario seguir evaluando los resultados obtenidos tras la implementación de las medidas frente a las agresiones a los profesionales de la salud para afianzarlas o modificarlas.

Ya que la asistencia sanitaria es una prestación social a la población, sería muy interesante identificar qué les pide la sociedad de forma prioritaria a los profesionales de la salud: ¿solo excelencia técnica, o también excelencia ética? En base a este conocimiento, habría que plantear si es necesario redefinir el perfil de los estudiantes de medicina y sus programas formativos.

También habrá que pedir un esfuerzo a los CEAs, y todos aquellos profesionales formados en bioética, para que difundan y formen al resto de profesionales de la salud en la gestión correcta de las conductas agresivas por parte de los pacientes.

Bibliografía

- Ágreda, J., Yanguas, E. (2001). El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24(2), 65-72. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=666057>
- Bouza, E., Gil-Monte, P.R., et al. (2020). Síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en los médicos de España. *EIDON*, 53, 91-141.
- Chappell, D., Di Martino, V. (2006). Violence at work. Third edition. International Labour Office. Oficina Internacional del Trabajo [OIT] (1998). Violencia en el lugar de trabajo. Un nuevo problema mundial. *Revista de la OIT*, 26, 6-9.
- Consejo Internacional de enfermeras. (2007). Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/component/jdownloads/send/25-cie/362-18-directrices-para-hacer-frente-a-la-violencia-en-el-lugar-de-trabajo>
- Consell de Collegis de Metges de Catalunya. (2004). Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges. *Quaderns de la bona praxi*, 17. <https://www.comb.cat/es/comunicacio/publicacions/qbp>
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2018). Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el entorno Sanitario 2018-2021. https://www.san.gva.es/documents/155952/752483/PLA_INTEGRAL_DE_PREVENCION_DE_LAS_AGRESIONES_SANITARIAS_2018-2021.pdf
- De Juan-Mazuelas, Al. (2016). La Jurisdicción Penal ante las agresiones al personal sanitario. Estudio jurisprudencial [Tesis doctoral, Universidad de Valladolid]. Repositorio documental Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/22460>
- De Juan-Mazuelas, Al., Sanchez-Benito, MC. (2018). Consideraciones sobre la aplicación del derecho administrativo sancionador a las agresiones al personal sanitario. *Angiología. Elsevier España*.
- Gracia, D. (2004a). Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. *Triacastela*.
- Gracia, D. (2004b). *Medice, cura te ipsum*, Sobre la salud física y mental de los profesionales médicos. Real Academia Nacional de Medicina. <https://www.ranm.es/sesiones-y-actos/archivosesiones/2004/275-sesion-del-dia13-de-enero-de-2004.html?start=1>
- Gracia, D. (2011). Teoría y práctica de la deliberación. Bioética: El estado de la cuestión. *Triacastela*.
- Gracia, D. (2017). En busca de la excelencia. *EIDON*, 48, 1-2.
- Gracia, D. (2019). Bioética Mínima. *Triacastela*.
- Herreros, B. (2018). La consultoría ética, ¿alternativa o complemento a los CEAS? *Cuadernos de la Fundación Victor Grífols i Lucas*, 46, 54-65.
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 77, de 31 de marzo de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/03/30/1>

- Marinas-Sanz, R., Martínez-Jarreta, B., Casalod, Y., Bolea M. (2016). Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis tras la reciente modificación del Código Penal. *Med Clin (Barcelona)*. 147(1), 35-42.
- Martin Espíldora, MN. (2000). La relación clínica con el paciente difícil. *Atención Primaria*, 25, 443-447.
- Martínez León, M. (2010). Aspectos médico-legales de las agresiones al personal sanitario y su consideración como delito de atentado. *SIDEME*, 5, 1-11.
- Mas Garriga, X., Cruz Doménech, JM. et al. (2003). Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Atención Primaria*, 31(4), 214-21.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2015. Informes, estudios e investigación 2016. 175-176. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Inf_Anual_SNS_2015.1.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2019). Barómetro Sanitario 2018. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>
- Ministerio de Sanidad (2022). Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2021. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/agresiones/docs/InformeAgresionesPr ofSNSalud2021.pdf>
- Ministerio de Sanidad (2023). Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2022. https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/agresiones/docs/Informe_Agresiones.2022.pdf
- Moreno Jiménez, MA., Vico Ramírez, F., Zerolo Andrey, FJ., López Rodríguez, A., Herrera Serena, P., Mateios Salido, MJ (2005). Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Atención Primaria*, 36, 152-158.
- Organización Internacional de Trabajo (OIT), Consejo Internacional de enfermeras (CIE), Organización Mundial de la Salud (OMS), Internacional de Servicios Públicos (ISP). Programa conjunto. (2002). Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. *Organización Internacional del Trabajo*.
- Organización médica colegial de España. (2009). Agresiones a los profesionales sanitarios. *Cuadernos CGCOM* (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos) <http://www.icomav.es/2538/pdf/agresiones/Libro%20agresiones%202009.pdf>
- Organización médica colegial de España. (2021). Estudio del Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos/as. *Cuadernos CGCOM*. https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/80f675b0-e57c-4f92-8d06-73119bc71a56/Agresiones_2020/16/index.html
- Organización médica colegial de España (2022). Manifiesto por el día europeo contra las agresiones a médicos y profesionales sanitarios.

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/manifiesto-por-el-dia-europeo-contra-las-agresiones-medicos-y-profesionales-sanitarios>

- Organización Panamericana de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Resumen. Oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf;jsessionid=942C77301C64F58398B6159BDA0ABFA8?sequence=1
- Pose, C. (2011). La ética de nuestro tiempo: la bioética. En Feito, L. Gracia, D. Sánchez, M. (Ed.). *Bioética: El estado de la cuestión* (pp.303). Triacastela.
- Rodríguez-Cano Giménez-La Chica, EC. (2011). El delito de atentado a la autoridad, a sus agentes y a los funcionarios públicos. Los profesionales de la Administración de Justicia como sujetos de la acción de este delito. [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio Institucional de la Universidad de Granada. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/19838/19956393.pdf>
- Sánchez Benito, MC. (2017). Marco Jurídico de las agresiones al personal sanitario y valoración por los profesionales de la salud de las medidas adoptadas. [Tesis doctoral, Universidad de Valladolid]. Repositorio documental Universidad de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/35360>
- Seoane, JA. (2008). La relación clínica en el siglo XXI: Cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *Derecho y Salud*, 16(1).
- Serrano Vicente, MI., Fernández Rodrigo, MT., Satústegui Dordá, PJ., Urcola Pardo, F. (2019). Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 93, 1-16.
- Servicio Andaluz de Salud (2020). Plan de Prevención y Atención de agresiones para los profesionales del Sistema Sanitario público de Andalucía. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/prevencion-riesgos-laborales/plan-de-prevencion-y-atencion-de-agresiones-para-los-profesionales-del-sas>
- Servicio Madrileño de Salud (2019). Resolución 92/2019, de 1 de marzo, de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueba el Protocolo de Prevención y Actuación frente a la Violencia en el Trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM)*. 63, 133-144.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias (2017). Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-de-prevencion-y-actuacion-frente-a-potenciales-situaciones-conflictivas-en-centros-sanitarios>
- Urruela Mora, A. (2018). La respuesta del Derecho Penal y Administrativo frente a las agresiones a profesionales sanitarios en España. *Rev Esp Med Legal*. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2017.12.002>