



**I JORNADAS SOBRE “LA VIOLENCIA EN EL SECTOR
SANITARIO DEL PAÍS VASCO”**

Donostia-San Sebastián, 14 de noviembre de 2007

Iñigo Lamarca Iturbe

Ararteko

Egunon guztioi,

Quiero en primer lugar agradecer su amable invitación para participar en estas I Jornadas sobre la violencia en el sector sanitario del País Vasco.

Asimismo quiero felicitarles por lo oportuno de este encuentro en el que se aborda un problema tan grave que exige una aproximación multidisciplinar como la planteada en estas Jornadas.

Asistimos a tiempos en los que el fenómeno de la violencia cobra un gran protagonismo en distintos ámbitos, en muchos casos con gran proyección mediática.



Desgraciadamente todos los días podemos conocer a través de los medios de comunicación distintas manifestaciones de violencia de mayor o menor gravedad, en muchos casos con resultado de muerte: violencia de género, maltrato a menores, violencia en el ámbito escolar (bullying) o la violencia terrorista.

Sin embargo hay realidades que todavía no han emergido al plano de la actualidad, quizás porque aún no están bajo el foco mediático pero que son fenómenos que existen, que están aquí: maltrato a personas mayores –tanto en el ámbito doméstico como en el residencial-, maltrato de sus progenitores por sus propios hijos adolescentes, maltrato a profesores por alumnos y/o sus familiares, y en el caso que nos ocupa, la violencia en el ámbito laboral, y más en concreto en el ámbito sanitario

En efecto, uno de los factores que aparecen en los informes que analizan los cambios que ha habido en el mundo laboral, es el aumento de determinados riesgos laborales, entre ellos el de la violencia.

Así, el Plan Estratégico 2007-2010 de Seguridad y Salud Laboral de la Comunidad Autónoma del País Vasco, se sitúa en ese contexto, y al referirse a la problemática de la prevención en las administraciones públicas, señala que estas no deben olvidar que sus trabajadores también se hallan sometidos a riesgos específicos en función de las características de sus puestos.

A pesar de que con relación a otras profesiones la violencia tiene una presencia alta en la sanidad, cabe pensar que por diversas razones no se ha actuado aún con la intensidad o la manera en la que se debería haber hecho para hacer frente a este problema.

Estando en este foro de unas jornadas promovidas por la Organización Colegial de Enfermería, quiero señalar que se da además la circunstancia de que algunos informes señalan que el personal de enfermería tiene mayores probabilidades de padecer violencia relacionada con el trabajo. (*The 2000 British Crime report, found that nurses are up to four times more likely to experience work-related violence and aggression than other workers*)

Resulta reseñable que la institución del Ararteko, en sus 18 años de funcionamiento, no ha recibido ninguna queja de personal sanitario, víctima de violencia ejercida por pacientes.

Esta constatación no puede ser entendida en el sentido de que podamos considerar que el problema de la violencia no existe en la sanidad vasca, y creo que tampoco puede ser una muestra de la falta de relación de los sanitarios con la Institución del Ararteko ya que cuando tienen otro tipo de problemas sí acuden a nuestra institución.



Ustedes conocen que nuestra institución interviene en supuestos que plantean los ciudadanos frente a las administraciones públicas y no en conflictos entre particulares, por lo que puede ser que los profesionales sanitarios que hayan sufrido violencia en el desempeño de sus funciones, la hayan denunciado en el seno de la administración sanitaria, y que ésta haya respondido a sus pretensiones satisfactoriamente, con base en el protocolo de violencia en el trabajo.

Puedo señalar, sin embargo, que por el contrario en otros ámbitos como el educativo, trascienden supuestos de agresión a profesores por parte de alumnos o de sus familiares y, en algunos casos, han motivado quejas ante el Ararteko contra la actuación de la administración educativa, por considerar que no ha dado respuesta al problema planteado.

Resulta plausible considerar que el limitado conocimiento de la violencia ejercida por pacientes contra profesionales de la salud, se deba a una cierta opacidad, a una tendencia a no informar de estos episodios, por las razones que sean, y no a que estos no se hayan producido.

Curiosamente la investigación de las reclamaciones de algunos pacientes sobre aspectos relativos a su asistencia, nos permitió conocer que el problema esencial había sido la agresión causada por ellos.

Los pacientes, sin hacer mención a esos episodios, se limitaron a plantear un problema de continuidad en su asistencia.

En otros casos el propio paciente en su relato fáctico hace referencia a supuestos de violencia ejercida por ellos mismos, en los que se pone de manifiesto que no son conscientes de la gravedad de su acción, o incluso muestran su convencimiento de que los actos responden a un acto de justicia, que no han hecho sino “dar” al profesional lo que se merecía, como respuesta a algún supuesto agravio que entendía había recibido.

Característica especial de la asistencia sanitaria

Ello nos lleva a referirnos a las circunstancias especiales en las que casi siempre se desarrolla la asistencia sanitaria. El hecho de que las reclamaciones sean planteadas por el propio paciente causante de la agresión, puede ser un dato que nos revela que estamos ante un conflicto que tiene lugar en el contexto de una relación que podemos calificar como especial, en el sentido de que a pesar de que la conducta transgresora de un paciente o familiar haya supuesto un incumplimiento de sus obligaciones tan grave como es la propia agresión física, el sistema de salud tendrá que garantizar la



continuidad de la asistencia a un paciente que la necesite, siendo este último además un factor que puede contribuir a una sensación de impunidad del agresor.

En el ámbito sanitario, donde a su vez existen campos en los que el riesgo puede ser mayor (el personal de enfermería y otro personal que tiene relación directa con los pacientes, como es el caso de las ambulancias, urgencias y unidades de salud mental de agudos por ejemplo) esa característica especial es más acentuada que en otras prestaciones sociales.

Cabe además pensar que en ocasiones cierta violencia se entiende o es asumida por los profesionales como parte del trabajo, lo que puede llevar a que las víctimas del episodio violento no informen de los abusos que sufren.

Esa característica especial puede tener que ver con que algunos pacientes, en una percepción equivocada de su posición de titulares del derecho a la salud, mantengan una conducta violenta cuando se sienten frustrados en sus expectativas.

Necesidad de conocer los casos de violencia y de su “institucionalización”.
Algunos factores a tener en cuenta en la violencia:

Situados en ese marco de relaciones, no parece que, a la vista de los diversos estudios realizados, exista una teoría sencilla para explicar las acciones violentas de pacientes o familiares hacia los profesionales.

En la violencia existe una responsabilidad individual de quien la ejerce, y por tanto no hay que tolerarla. Su sanción, y la reparación de los hechos si procede, será primordial, si tenemos en cuenta que la relación del sistema de salud con el usuario deberá continuar más allá del hecho violento. Es pues importante que quien ha actuado así, conozca que ha trasgredido un límite esencial.

Siendo esto así, parece razonable que no nos quedemos en el análisis individualizado de la conducta violenta, y tratemos de estudiar los factores que han podido contribuir a ella. Dado que será necesario reestablecer la relación con el usuario, es preciso analizarlos para tratar de reducir, paliar -eliminarla supongo que será imposible- las circunstancias que pueden contribuir a la situación violenta.

Decía antes que dentro del ámbito sanitario existen campos en los que el riesgo puede ser mayor. En determinados servicios como las urgencias de los hospitales, algunas áreas psiquiátricas, se dan circunstancias en las que el estrés de las situaciones, tiempos de espera –que en ocasiones serán coyunturales pero en otras se pueden deber a la escasez de recursos-, son factores que incrementan los riesgos.



En cualquiera de esas situaciones, las personas que padecen la violencia –no sólo la que supone una agresión física-, necesitan que ese problema sea objeto de debate, que ocupe un espacio institucional. No es posible que la reacción sea únicamente la de las denuncias correspondientes, que exigen además una posición activa posterior de la víctima, con la incertidumbre en el resultado del proceso iniciado.



Es de tener en cuenta además que algunos estudios sugieren que algunos profesionales puedan tener la percepción de que lo ocurrido pueda ser visto como una incapacidad suya para manejar la situación conflictiva, y de que no se actuará ni recibirán apoyo posterior, pueden ser razones para explicar que las víctimas no informen de los episodios de violencia que sufren, (*Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from violence and Agresión 2003*)

Habiendo razones para pensar que así es, se debe procurar pasar de la consideración individual de la violencia sanitaria a un tratamiento de la misma en el plano institucional.

Sólo desde esa institucionalización se pueden abordar las circunstancias sobre las que existe un consenso como causantes de la violencia.

Una manera de ver en qué medida existe esa institucionalización puede ser analizar si ha aumentado el número de denuncias. Este aumento puede tener que ver con una mayor concienciación, que lleva a considerar como violencia los abusos verbales, pero quizás debamos tener en cuenta como factores, el aumento de expectativas de los usuarios, y las frustraciones relativas a las listas de espera.

Sin perjuicio de la ineludible responsabilidad individual del agresor, parece razonable pensar que la violencia puede tener que ver con unos factores que, de haber sido otros, no hubiera ocurrido el hecho violento.

Admitir eso no ha de suponer necesariamente reconocer un atenuante a la conducta agresora, sino analizar cómo se puede contribuir a reducir esas actitudes. Nunca hay justificación para la agresión, pero es necesario estudiar si existen o no circunstancias que contribuyen a activar esa conducta.

El volumen de trabajo, el aumento de la actividad asistencial, son factores que pueden contribuir a que los servicios asistenciales sean más susceptibles de padecer riesgos. En este sentido, en servicios de emergencias, la reducción de los tiempos de espera o la mejora de la confortabilidad de las salas pueden ser factores que puedan incidir en una disminución de los episodios de violencia que reducen las causas de estrés de los pacientes y sus familiares.

Ocurre sin embargo que tales apreciaciones, por ser valoraciones que pueden adolecer de falta de lo que se conoce como evidencia científica, pueden resultar difíciles de prosperar.

Resulta inevitable partir de un principio general como es el de que los profesionales, y también los pacientes, deben tratar de adecuar su comportamiento a los recursos



disponibles, sin que unos deseos de mejores servicios, aunque sean legítimos, distorsionen las reglas de juego de la relación sanitaria –derechos y obligaciones de unos y otros.

Pero partiendo de este principio de actuación general no debemos quedarnos en valorar únicamente si la asistencia sanitaria se ha producido siguiendo las reglas de las profesiones sanitarias, lo que se conoce como *lex artis*.

Habitualmente, el sistema se ha preocupado de la asistencia sanitaria propiamente dicha, pero hace tiempo que es necesario ocuparse de estos otros aspectos a los que nos referiremos.

Pueden ser muchas las situaciones en que los pacientes hayan recibido una asistencia sanitaria de alto nivel, y sin embargo haber existido por su parte o de los familiares, una conducta agresiva. Por ello, centrar el análisis sólo en el nivel técnico de la asistencia pudiera estar dejando de lado la valoración de factores tales como la información que hayan recibido sobre su proceso, o el trato o las circunstancias que han contribuido a que su atención no haya podido ser lo cercana que los propios profesionales hubiesen deseado y no pudo ser, quizás por una insuficiencia de personal.

En este sentido, me parece esencial por ejemplo que en determinados procesos oncológicos, además del análisis que se pueda hacer desde el estricto punto de vista técnico médico, se valoren como elementos esenciales de la atención factores tales como el manejo del dolor y sus síntomas, y el trato integral de los enfermos como personas.

Resulta importante conocer las causas que pudieran haber influido en el suceso violento, y determinar las medidas correctoras sugeridas para evitar su repetición. Estas circunstancias eran ya tenidas en cuenta en el protocolo de Osakidetza de violencia en el trabajo de octubre de 2006, y se explicitan en el procedimiento de actuación previsto en el recientemente publicado protocolo de actuación sobre “violencia en el trabajo. Salud laboral: un objetivo compartido” de noviembre de 2007. Dos de los apartados del modelo utilizado para la notificación de agresiones, que figura como anexo I del protocolo de actuación citado, se refieren a esos factores.

Detenerse en esas razones parece esencial para abordar el fenómeno de la violencia sanitaria, promoviendo así en los profesionales una sensación de retroalimentación (*feedback*) en el sentido de que sus denuncias no pasan desapercibidas.

Entre las razones en las que habitualmente pensamos para poder tratar de entender la conducta en todo caso inadmisibles de los pacientes que reaccionan violentamente, se



suelen mencionar los problemas laborales, deseo de prolongar una situación de incapacidad temporal, recetas no justificadas, etc. Damos por sentado que esas razones están fuera del alcance del profesional sanitario a quien acude el paciente, y no parece que desde el ámbito sanitario pueda actuarse sobre ellas.

Existen otras de las que también hablamos habitualmente, pero que, a diferencia de las mencionadas en el párrafo anterior, son razones objetivas que pueden contribuir al malestar de los enfermos o familiares y sobre las que el sistema de salud puede intervenir.

Pensemos en situaciones en las que el número de médicos/enfermeros por paciente puede ser insuficiente, o de falta de información de los pacientes en aspectos relativos a su proceso, o de la incertidumbre en la que se pueden encontrar sobre el tiempo de espera para diversas pruebas, tratamientos o intervenciones, con desconocimiento de si ese tiempo es importante o no para su proceso.

En muchos de los expedientes de queja que ha tramitado la institución del Ararteko, han subyacido esas razones. Sin embargo, casi en su totalidad las respuestas de Osakidetza se circunscribían a un análisis de la asistencia sanitaria, señalando que había sido correcta, ya que no se habían producido consecuencias negativas en la salud del paciente, pero sin valorar la incidencia que en la queja del ciudadano pudieron haber tenido las circunstancias “no estrictamente sanitarias” a las que éste denunciaba.

Me he referido antes a que el aumento de los riesgos tiene que ver con los cambios en mundo laboral. Evidentemente, ello no nos puede llevar a equiparar los cambios con algo negativo, y en este sentido creo que debemos considerar que es innegable el avance social que ha supuesto la evolución que ha tenido la configuración de la relación del paciente con el sistema sanitario.

Pero, creo que es importante tener en cuenta que el enorme esfuerzo que supone la materialización de gran parte de los derechos que conlleva esa evolución (entre otros derechos el relativo a la información asistencial, a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos) nos debe llevar a preguntarnos si ello es posible actualmente, con los medios existentes y el nivel de las expectativas que se han creado.

En algunos aspectos, podemos situar en el marco de esa evolución otro de los lugares comunes de debate -al menos en la atención primaria-. Me refiero al tiempo previsto para atender a los pacientes.

A este respecto, si el tiempo actual está siendo discutido, ¿nos hemos preguntado si al preverlo se tienen en cuenta todos aquellos aspectos que, además del estricto punto



de vista asistencial, tienen que ver con la información que el paciente puede solicitar sobre su proceso?

Podemos recordar aquí recientes declaraciones de responsables de la administración sanitaria (*Consejero de Sanidad*), para hacer mención a cómo en determinados procesos de asistencia sanitaria el sistema falla al no informar al paciente sobre si el tiempo que ha de esperar (que para él suele ser generalmente indeterminado) va a tener o no consecuencias negativas para su salud.

Aclarar las expectativas del reconocimiento formal de los derechos puede ser un punto de partida importante para abordar algunas de las facetas del problema que nos ocupa, y servirá para ver si los medios puestos a disposición son adecuados para satisfacer aquellas expectativas.

En algunas lecturas podremos comprobar que otro lugar común es el de que se debe educar a los pacientes/ciudadanos en el uso responsable de los servicios sanitarios.

Con ser esto importante, en mi opinión, quedaría corto centrar únicamente el esfuerzo en promover este uso responsable del sistema público de salud, sino va de la mano de otros equivalentes que permitan que los ciudadanos, en su mayoría con una percepción real de sus derechos, puedan materializarlos en la manera en que están reconocidos.

Evidentemente, estas reflexiones han de hacerse extensibles a todo el sistema de salud en su conjunto, Departamento de Sanidad y Osakidetza. Una separación entre asegurador (*Departamento de Sanidad*) y proveedor (*Osakidetza*) que es desconocida para el ciudadano y sin embargo en más ocasiones de las que pensamos le afecta.

A modo de conclusión

En fechas recientes, hemos podido ver en prensa el anuncio de determinadas actuaciones relativas a la persecución penal para las personas que tengan conductas punibles (protocolos de actuación de colegios de médicos con la fiscalía).

Sin desconocer la legitimidad de los colegios que han tomado parte en ello, nos ha llamado la atención que las partes que han intervenido hayan sido únicamente las que aparecen en la noticia, pues si tenemos en cuenta que se trata de un riesgo laboral, el mayor empleador de quienes padecen la violencia sanitaria, la administración sanitaria, debería formar parte de dichas actuaciones.

En cualquier caso, centradas esas actuaciones en la persecución de las faltas o delitos, un tratamiento integral del problema de la violencia requiere la toma en



consideración de otras actuaciones anteriores del sistema de salud –las primeras promovidas desde el ámbito de los servicios de salud mental, posteriormente con carácter general para todo el sistema vasco de salud, mediante los protocolos de Osakidetza violencia en el trabajo de 2006 y 2007, antes mencionados-. En estos instrumentos de Osakidetza, se prevén procedimientos de intervención y asesoramiento legal, y un registro para la notificación de agresiones, de ahí que hayamos hecho la observación anterior, en el sentido de que llamaba la atención la ausencia de Osakidetza en la materia que ha sido objeto de acuerdo entre los colegios y la fiscalía..

Con estas reflexiones he tratado de referirme a algunas de las cuestiones que creo pueden ser tenidas en cuenta para paliar una parte de las situaciones conflictivas que dan lugar a situaciones violentas.

Muchas de las conductas agresoras pueden obedecer a otros factores, para los que quizás no se vislumbra una respuesta o su prevención tiene un abordaje distinto. Habrá que pensar que también a estos puede llegar el mensaje de cuales son las pretensiones respecto del sistema de salud y contribuir así a un respeto mutuo entre los profesionales y los pacientes.

Decía al comienzo que la violencia sanitaria se da en un ámbito de relaciones especiales, por ser irrenunciable la continuidad de la asistencia del paciente agresor.

En el abordaje de este problema no nos puede pasar desapercibida esa obligación de atender sanitariamente al paciente, lo que a su vez genera no pocos conflictos especialmente en determinados ámbitos y patologías.

Junto con casos en los que nadie discute la necesidad de continuar su asistencia, existen otros supuestos cuya respuesta quizás queda en el aire. A modo de ejemplo, lo debatido en un taller celebrado en 2005 sobre aspectos éticos en el tratamiento de las drogodependencias, donde entre otros conflictos se referían a los planteados en la práctica diaria con las responsabilidades de los profesionales y los pacientes en el proceso de tratamiento, que en ocasiones lleva a la decisión de su expulsión de los dispositivos. Se señalaba que la violencia es un problema que preocupa en el manejo de este colectivo de pacientes, y es un elemento distorsionador significativo.

Por esa doble perspectiva con la que se han de abordar los casos de violencia ejercida por los pacientes –la protección de quienes la padecen y la continuidad de su asistencia sanitaria-, las medidas que se adopten serán no sólo en beneficio del personal sanitario, reduciendo los riesgos laborales, sino también del paciente agresor, que ha de conocer que ha sido trasgresor de un límite.



Parece ser, como ya hemos señalado, que el número de casos de violencia es superior al de las denuncias existentes, lo que puede haber dificultado su conocimiento.

Esta falta de denuncias -que puede atribuirse a diversas razones- quizás se pueda paliar con los estudios que se realicen sobre este problema, y también con jornadas como esta, ayudando a conocer una realidad que no es bien conocida.

Seguramente, la toma en consideración de este fenómeno de violencia laboral y su impacto en la atención sanitaria exige tiempo.

Pero es importante conocer si muchas situaciones que se pueden generar obedecen no a las dificultades que supone la materialización de unos derechos instrumentales, que pueden generar además una carga administrativa – me he referido antes al derecho a la información en sus diversas facetas-, para lo que nos debemos preguntar si el sistema público de salud está preparado.

No quiero cansarles más con mi intervención, sólo agradecerles su atención y desearles que estas Jornadas sean muy fructíferas para afrontar el fenómeno de la violencia en el ámbito sanitario.