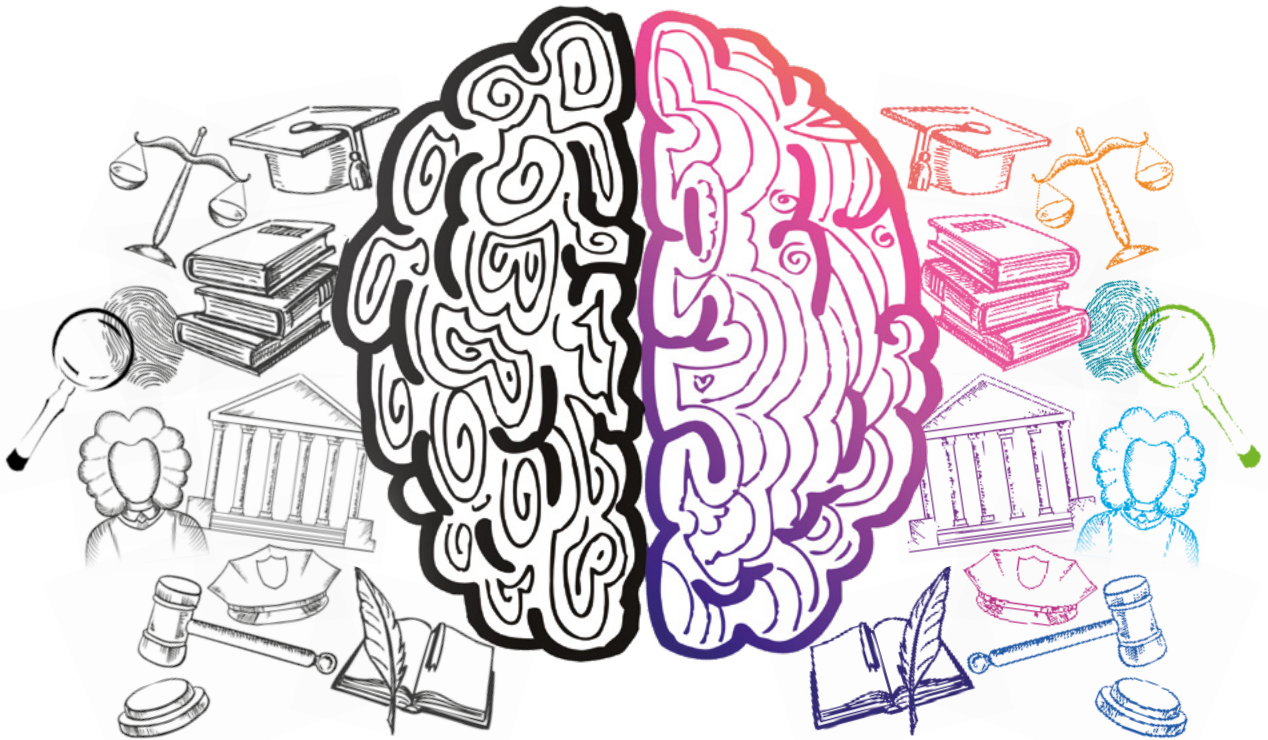


CURSO ONLINE

psiquiatría

DERECHO



ASPECTOS LEGALES EN EL EJERCICIO DE LA PSIQUIATRÍA

MÓDULO III El médico

Isabel Marín Moral
Licenciada en Derecho
Doctora en Derecho (UNED)

Dr. Fuertes Rocañini
Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría



MÓDULO III

El Médico

1. El acoso laboral del médico

A. MARCO NORMATIVO

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, Estatuto de los Trabajadores.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

B. SENTENCIAS RELEVANTES

STSJ de Islas Canarias, Las Palmas (Sala de lo Social, Sección1ª) de 10 junio 2016 (AS 2016\1508)

STSJ de Cataluña,(Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección2ª), de 30 marzo (RJCA 2012\404)

C. DOCTRINA / DOCUMENTOS

Informe sobre la situación laboral de los médicos en España:

https://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_resultados_cuarto_muestreo_encuesta_situacion_laboral_medicos_en_espana_23_febrero_2017.pdf

Protocolo de acoso laboral en la Comunidad de Madrid.

https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2017/05/23/BOCM-20170523-12.pdf

Sánchez Pérez, J.: “El acoso laboral y los mecanismos para su tutela jurídica” Revista de Información Laboral num. 5/2014

Poquet Catalá, R.: “Las dificultades probatorias del acoso laboral”, Revista Aranzadi Doctrinal num. 10/2016.

D. CONTENIDO

Situación actual sobre el acoso laboral en el ámbito médico

Tal y como puede extraerse del informe sobre la situación laboral de los médicos en España publicado este año 2017 por el Consejo de Colegios de Médicos y la Organización Médica Colegial se concluye **que uno de los grandes problemas laborales de los médicos es el acoso laboral que sufren en su entorno de trabajo**, alcanzando al 43,5% de los profesionales médicos. Sin embargo, debe destacarse que en esta encuesta el porcentaje de médicos especialistas en psiquiatría era únicamente de un 3,4%.

1.1. Concepto y requisitos del acoso laboral

CONCEPTO ACOSO LABORAL

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud** puede definirse el acoso laboral o mobbing como: “el comportamiento agresivo y amenazador de uno o más miembros de un grupo, hacia un individuo en el ambiente de trabajo. Este acoso tiene como objetivo producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador hasta que éste renuncie o sea despedido”.

Requisitos del acoso de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud:

1. Que no sea un suceso puntual y que al menos se prolongue seis meses.
2. Que sea frecuente y suceda, como mínimo, una vez a la semana.
3. Que exista una víctima concreta, es decir, que no sea simplemente una situación de mal ambiente laboral generalizado.
4. Que el acoso perpetrado no sea consecuencia de la conducta de la víctima.
5. Que el acosado no muestre un trastorno de personalidad previo con historial de conflictividad.

Quién puede acosar laboralmente

Los superiores jerárquicos

Los propios compañeros, considerados éstos no sólo los médicos sino también los demás trabajadores del centro de trabajo

Por otra parte, los médicos pueden ser objeto de acoso por parte de los pacientes que vemos en epígrafe aparte. Ese acoso no es considerado laboral.

¿Cuál es la situación en el entorno hospitalario?

11,8% causado por superiores y compañeros

28,6% causado sólo por los superiores

3,6% causado sólo por los compañeros

En atención hospitalaria, donde trabajan los psiquiatras por cuenta ajena en su mayoría, el 44,0% de los médicos encuestados afirma haber sufrido algún tipo de acoso

CUÁL ES EL FIN DEL ACOSO LABORAL

El acosador busca crear un entorno hostil o humillante que afecte a la vida laboral del trabajador acosado. Esas conductas acosadoras se desarrollan de forma sistemática y reiterada en períodos concretos y **la finalidad es perjudicar la integridad psíquica del trabajador o empleado.**

Supuestos de acoso laboral

Perjuicio en cuanto a carga laboral ya sea porque se le encomiende al trabajador por encima de sus compañeros o porque no se le tenga de forma continuada sin ocupación efectiva, o incomunicado, sin causa alguna que lo justifique.

Ocupación en tareas inútiles o que no tienen valor profesional, o tener que acatar órdenes de imposible cumplimiento con los medios que al trabajador se le asignan.

Perjuicio en cuanto a horario de trabajo que no responda a criterios de organización equitativos.

Veto para poder prosperar en la trayectoria profesional, como puede ser no poder acceder a formación, a casos que le permitan una mejora profesional, etc.

Privación de una parte de la actividad profesional.

Ridiculización o minusvaloración ante otros miembros del servicio o ante pacientes, o cuestionar reiteradamente las aportaciones e instrucciones de trabajo de una persona con el ánimo de desestabilizarlo y restar su autoridad.

Insultos graves o vejaciones. Reprender al trabajador reiteradamente delante de otras personas.

Exclusión inmotivada y prolongada de todas las actividades del servicio. Aislar al trabajador y reducir sus posibilidades de expresarse o de comunicarse con superiores o compañeros.

Comentarios despectivos/discriminatorios sobre origen racial o étnico, convicciones personales, discapacidad, orientación sexual... Difundir rumores falsos sobre su trabajo o vida privada o destruir la reputación personal o profesional de una persona mediante calumnias.

Acciones de represalia porque el trabajador ha presentado quejas, denuncias o demandas frente a la organización, o frente a los que han colaborado con los reclamantes.

Solicitud de favores de naturaleza sexual.

Supuestos de acoso laboral

En ocasiones es difícil identificar el acoso laboral al que puede estar sujeto el médico.

A modo de ejemplo no son causas de acoso laboral las siguientes:

- Una situación aislada y puntual en el trabajo
- Un requerimiento del superior para mejorar la productividad o el trabajo
- Un superior que sea exigente en el desempeño del trabajo de sus subordinados o que obligue al cumplimiento de las normas
- Tener un trabajo que exija estar solo por las circunstancias del mismo
- La falta de entendimiento con los compañeros, los roces o las tensiones
- La crítica en público, si es puntual
- Realizar el trabajo de forma continua mal y tener continuos apercebimientos.

1.2. Cómo se gestiona el acoso laboral

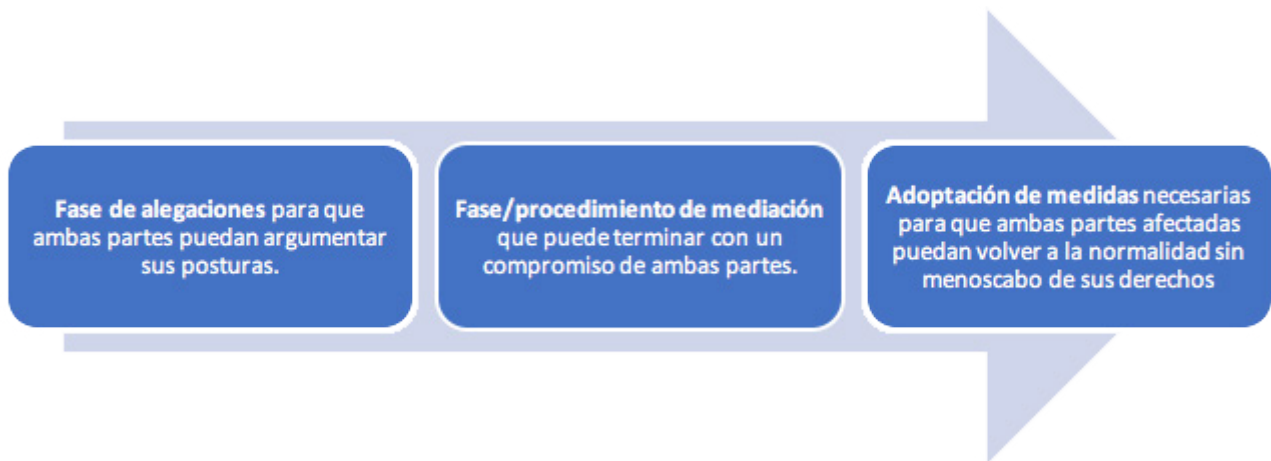
En el hospital donde trabaje el médico psiquiatra que está sujeto a acoso laboral, debe haber un protocolo de actuación. Estos protocolos en ocasiones están establecidos para toda una Comunidad Autónoma, como es el caso de Madrid, donde los criterios de funcionamiento deben ser iguales en todos los hospitales públicos, ya que vienen definidos para los trabajadores sujetos a relación laboral estatutaria.

Por tanto, antes de iniciar cualquier tipo de acción debe recabarse información sobre el **procedimiento de acoso** que tenga que aplicar el hospital donde trabaje el médico acosado.

Incumplir el procedimiento no determina que el acoso deje de existir, pero sí dificulta la determinación del alcance del mismo y limita (o impide) la toma de decisiones o medidas para poder afrontar mejoras en el clima laboral y, específicamente, en la situación que pueda ser la causa el acoso.

En el procedimiento debe existir **un sistema de denuncia de la situación** de acoso que garantice que sólo quien debe resolver, generalmente en el departamento de prevención de riesgos laborales o en el departamento de derechos humanos, tengan conocimiento de los detalles de la denuncia. **Deberá delimitarse quienes son los que pueden acceder a dicha información** en aras de una mejor protección del médico acosado.

1.3. Fases



Es deseable que la toma de medidas no sea adoptada por una única persona sino por una comisión donde esté el servicio de prevención de riesgos laborales.

OTRAS VÍAS DE ACTUACIÓN

La fase de comunicación en el centro de trabajo es independiente de otras decisiones que puede tener que afrontar el médico que se considera acosado.

La medida más habitual es la **baja laboral** basada en el acoso laboral.

Tipos de baja laboral si hay acoso

Por enfermedad común

Por accidente laboral

En ambos casos el trabajador está fuera del centro de trabajo, así que mejora.

Pero lo importante siempre es que el hospital conozca el problema para que se resuelva, de modo que la reincorporación del médico a su puesto de trabajo se haga sin que se mantengan las causas que le hicieron enfermar.

2. El acoso al médico por los pacientes

A. MARCO NORMATIVO

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

B. SENTENCIAS RELEVANTES

STS (Sala de lo Penal, Sección1ª), de 12 julio. JUR 2017\193936

STS (Sala de lo Penal, Sección1ª), de 8 mayo. RJ 2017\2385

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Sección 1ª), Caso A. contra Croacia, de 14 octubre 2010. JUR 2010\342533.

C. DOCTRINA / DOCUMENTOS

Rivas Vallejo, P.; García Valverde, Mª D.; Caballero Pérez, Mª J., Tomás Jiménez, N.: Tratamiento integral del acoso, Editorial Aranzadi, Enero de 2015.

Olivas, T., Nuevo delito de acoso en la vida privada: conductas punibles, Legal Today 15 diciembre 2016.

<http://www.legaltoday.com/practica-juridica/penal/penal/nuevo-delito-de-acoso-en-la-vida-privada-conductas-punibles>

Camara Arroyo, S., “La primera condena en España por acecho o stalking”, UNIR Revista 29 junio 2016.

<http://www.unir.net/derecho/revista/noticias/la-primera-condena-en-espana-por-acecho-o-stalking/549201499291/>

Lorenzo Barcenilla, S.: Stalking El nuevo delito de acecho del art.172 ter del Código Penal. Aproximación al cyberstalking,

<http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/44681/6/slorenzobaTFM0615memoria.pdf>

D. CONTENIDO

Quien es el acosador

El propio paciente

Familiares o representantes del paciente

Cómo se manifiesta el acoso

En la persona del médico

En las personas de los familiares del médico

En los bienes o intereses del médico o sus familiares

2.2. Formas y procedimientos del acoso

Las formas y procedimientos de acoso pueden ser variados. Ejemplos.

Intromisión del paciente/familiar del paciente en la vida personal del médico a través de llamadas de teléfono a su casa o teléfono privado, visitas a su domicilio, envío de productos de forma obsesiva a su domicilio, seguimiento al médico o sus familiares...

Lesiones del paciente al médico: paciente que atenta contra el médico o sus bienes de forma reiterada.

Utilización de la imagen del médico sin permiso de forma ofensiva o hacer comentarios de él de forma continua en redes sociales, Internet para causarle perjuicios o cualquier otra vía.

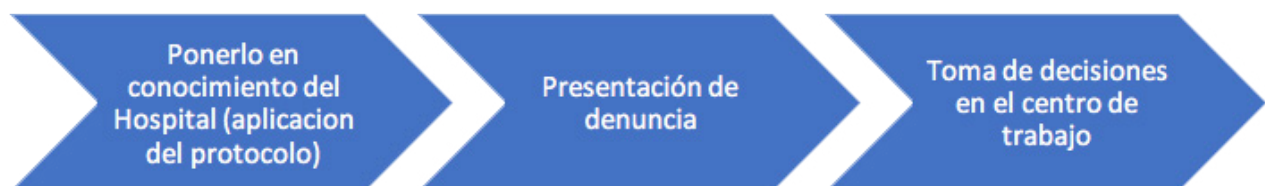
Criticar al médico de forma continua en lo que a su actividad profesional se refiere.

Atentar contra los bienes del facultativo como pueden ser su casa, su coche, etc.

2.3. Cuestiones básicas

Tan pronto como comience una actitud de hostigamiento por parte del paciente, el médico debe ponerlo **en conocimiento del Hospital**, que deberá aplicar el **protocolo** correspondiente (generalmente cambiar de médico al paciente o traslado del paciente)

Así mismo (y en función de la gravedad o de los posibles riesgos) el médico **deberá hacer una denuncia** en los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, generalmente policía, que la tramitará y llegará a un Juez. También pueden plantearse las denuncias ante el Ministerio Fiscal, Tribunal competente, o Juez de Instrucción de guardia de la localidad donde se cometan los hechos denunciados.



El Juez podrá decretar como medida cautelar una orden de alejamiento del paciente/familiar del paciente, pero para que esto ocurra es necesario que el médico pueda acreditar que efectivamente se está cometiendo un acoso sobre su persona, familiares o intereses, lo que precisa la aportación de pruebas.

Por ello, en caso de acoso por pacientes, desde el mismo inicio **es conveniente apuntar y reunir cuantas pruebas** puedan ser necesarias en el futuro para probar la existencia del hostigamiento. Si los indicios no son claros y las pruebas tampoco, no se acordará la orden de alejamiento por tratarse de una **privación de libertad** que, además, en estos casos se puede imponer de forma cautelar. Una vez dictada sentencia, en ella se puede incluir la citada orden de alejamiento.

La **orden de alejamiento está prevista en el art. 57 Código Penal** para cuando **se ha demostrado que existe cualquiera de los siguientes delitos**: homicidio, aborto, lesiones, contra la libertad, de torturas y contra la integridad moral, trata de seres humanos, contra la libertad e indemnidad sexuales, la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico.

2.3. En qué consiste la orden de alejamiento

Es la prohibición que tiene el acosador de acercarse al médico o al lugar donde se encuentre, así como acercarse a su domicilio, a sus lugares de trabajo y a cualquier otro que sea frecuentado por él, así como, en su caso, la prohibición de comunicarse con el médico, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez o tribunal, impidiendo al acosador establecer con ellos (por cualquier medio de comunicación o medio informático o telemático) contacto escrito, verbal o visual.

Si el acosador tiene declarada una discapacidad intelectual o una discapacidad que tenga su origen en un trastorno mental, **el art. 48 CP** contempla que se estudiará el caso concreto a fin de resolver **teniendo presentes los bienes jurídicos a proteger y el interés superior de la persona con discapacidad** que, en su caso, habrá de contar con los medios de acompañamiento y apoyo precisos para el cumplimiento de la medida.

2.4. Especialidad de Psiquiatría

Especialidades y Alternativas

Una especialidad para tener en cuenta en el caso de **psiquiatras**, es que los pacientes pueden estar exentos de responsabilidad penal al amparo del art. 20 del Código Penal, que dice:

“Están exentos de responsabilidad criminal: 1.º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.”

Sin perjuicio de ello, la medida cautelar y sentencia final que dice el Juez, deberá establecer las medidas de seguridad oportunas para que el acoso cese.

Otro tipo medidas que pueden acordarse

El internamiento en centro psiquiátrico.

El internamiento en centro de deshabitación.

El internamiento en centro educativo especial.

La libertad vigilada.

La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.

3. El estrés y el burnout

A. MARCO NORMATIVO

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, Estatuto de los Trabajadores

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

B. SENTENCIAS RELEVANTES

STSJ de Cataluña, (Sala de lo Social, Sección 1ª), de 14 septiembre.

AS 2010\1923SJS núm. 1 de Alicante (Comunidad Valenciana), de 6 mayo. AS 2004\1866.

C. DOCTRINA

Gómez Esteban, R.: “El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, abril/junio 2004

Mingote Adan, J.C., Unidad de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre Madrid. Moreno Jiménez, B., “Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas 2004”, Medicina Clínica, 123, 07, 265-270.

Sánchez Pérez, J.: “El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral”, Información Laboral num. 5/2016 Editorial Aranzadi, Cizur Menor, 2016.

de la Fuente Madero, J.L; Gómez Álvarez, A.Mª. La movilidad funcional por razones preventivas en materia de riesgos psicosociales., Editorial Aranzadi, S.A.U., Enero de 2012.

D. CONTENIDO

Asociados al acoso laboral encontramos conductas que pueden ser confundidas por el médico como acoso no siéndolas. Estamos ante los casos, cada vez más frecuentes, llamados estrés o burnout.

Esta documentado en la doctrina científica que los médicos son unos de los profesionales que más síndrome de burnout tienen. En ocasiones el burnout y el acoso laboral tienen a difuminarse, pasando a considerarse lo mismo, aunque en puridad no lo sea. En ambos casos están asociados a problemas de salud mental y física de los médicos y profesionales de la salud.

3.1. ¿Qué puede producir la situación de burnout?

¿Qué puede producir la situación de burnout?

Estrés laboral

Insatisfacción en la relación médico-paciente

Falta de formación psicológica

Carencia de apoyo social

Escasez de tiempo

El problema asociado al burnout, es que el **médico pasa a ser enfermo** y las consecuencias y dificultades que se generan van más allá de las puramente organizativas en el hospital (que pueden resolverse con un cambio de horario o de compañeros de trabajo), sino que afectan al médico en su salud y a su trabajo con el paciente. **Que el médico sea consciente que está enfermo es una situación compleja en la vida real.**

3.2. ¿Cómo se ayuda al médico?

¿Cómo se ayuda al médico?

Procedimientos de apoyo previstos en el centro de trabajo, asociados y organizados por el Departamento de Prevención de Riesgos Laborales. Es importante que exista una formación continua y seguimiento de los profesionales para constatar el burnout según aparece.

Programa PAIME que la Organización Médico Colegial tiene para ayudar a los médicos que se consideran acosados o sufren burnout y otros trastornos asociados, como son una mayor ingesta de alcohol, antidepresivos, pastillas para dormir y otras drogas. La finalidad de la OMC es favorecer la rehabilitación de los profesionales sanitarios y garantizar que la práctica de la medicina se haga en las mejores condiciones posibles para la salud de los ciudadanos.

Según los últimos datos del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), impulsado por la Organización Médica Colegial (OMC) y que **ha atendido a casi 4.000 profesionales**, más de un 60% de los casos que reciben están relacionados con problemas de salud mental.

A nivel mundial, **según revela la American Medical Association (AMA)**, la **depresión y los síntomas depresivos afectan a más de un 30% de los médicos residentes**, a los que acaban de empezar, un grado de afección que no se reduce demasiado en etapas posteriores. http://www.fphomc.es/paime_fott

4. Prevención de riesgos laborales en el entorno psiquiátrico

A. MARCO NORMATIVO

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

B. SENTENCIAS RELEVANTES

STC (Pleno), de 22 septiembre. RTC 2016\159

STSJ de Castilla y León, Valladolid (Sala de lo Social), de 3 febrero 2003. AS 2003\1315

STS (Sala de lo Penal), de 26 julio. RJ 2000\7920

SAN (Sala de lo Social, Sección1ª), de 14 mayo. AS 2014\1239

C. DOCTRINA

Prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. Gobierno de La Rioja.

<https://www.riojasalud.es/profesionales/prevencion-de-riesgos/872-prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario>

Manrique Abad, M.: Riesgos Psicosociales en trabajadores de hospital psiquiátrico, Valladolid, 2013, <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7861/1/TFM-I-91.pdf>

Guía básica de Riesgos Laborales específicos en el sector sanitario, Secretaria de Salud Laboral, Comisiones Obreras Castilla y León, 2011

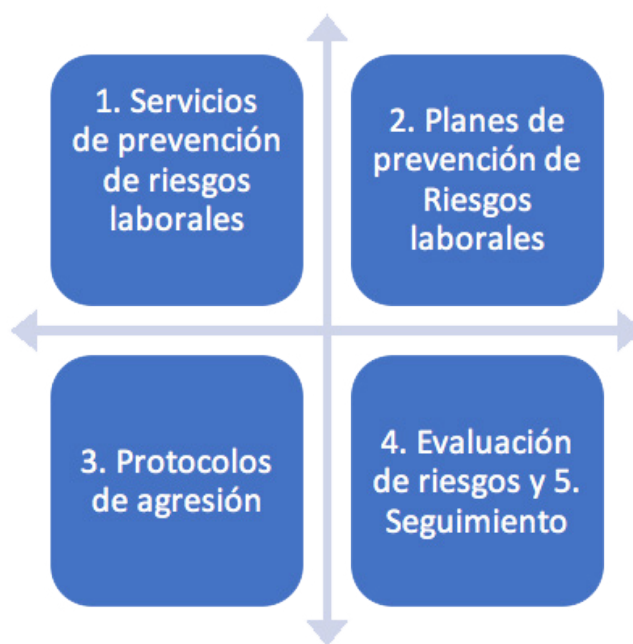
http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc142620_Guia_Basica_de_riesgos_laborales_en_el_sector_sanitario.pdf

D. CONTENIDO

Cuando hablamos de prevención de riesgos en el entorno psiquiátrico debemos prestar especial atención a la violencia o agresiones a los médicos en su centro de trabajo. El origen procedimental y de responsabilidad del centro proviene de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales que dice: la Ley, en su art.14.2 que "el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo".

4.1. Conocimiento sobre el servicio de prevención de riesgos

Cuestiones que se deben de conocer sobre el servicio de prevención de riesgos



1. El médico debe conocer que dentro del centro de trabajo están **los servicios de prevención de riesgos** que son quienes canalizan no sólo los accidentes sino también las agresiones. Además, es el encargado de organizar sistemas de prevención o protocolos de funcionamiento, que recomienda a la Dirección para evitar agresiones o determinar cómo actuar ante éstas, si ocurren en el centro de trabajo.
2. En ocasiones **los planes de prevención** vienen fijados por los servicios de salud de la Comunidades Autónomas para todos los centros sanitarios. Por tanto, se elaboran protocolos comunes frente las agresiones que puedan tener, entre otros, los médicos, estableciéndose medidas preventivas, así como procedimientos de comunicación de los hechos y formas de actuación ante ellos: cómo actuar legalmente, quién debe hacerlo y cómo se debe de dejar constancia de que se ha producido la agresión.
3. Los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas han comenzado a elaborar **protocolos frente a las agresiones** a su personal, que abarquen los aspectos preventivos del fenómeno y también ayuden a clarificar como debe el personal reaccionar ante las situaciones de violencia para evitarlas, o si ello no ha sido posible, qué debe hacer para minimizar su impacto, cómo declararlas, cómo actuar legalmente y quién debe hacerlo, y cómo se debe de dejar constancia de que se ha producido la agresión.
4. Debe haber una **evaluación de riesgos en el centro de trabajo** en el que deben constar las medidas de seguridad que tiene el centro de trabajo ante situaciones conflictivas. Así mismo **debe informarse a los médicos** de que conocen el protocolo de actuación ante agresiones.
5. El servicio de prevención ofrece a los trabajadores, por tanto a los médicos, el **seguimiento de los efectos o repercusiones que hayan podido tener las agresiones en la salud**, adoptándose las medidas que procedan, ya sea de tipo psicológico o de tratamiento médico.

4.2. ¿Qué hacer tras la agresión?

A quién se notifica

Deberá notificarse como regla general al **servicio de prevención** de riesgos laborales así como la **Dirección del centro** para que se puedan tomar medidas si procede y se preste apoyo al médico agredido.

Si hay lesiones

Cuando la agresión es física debe de haber un parte de lesiones, que deberá hacerse por un **facultativo** del servicio de prevención de riesgos o también cualquiera de **urgencias** o del centro de trabajo.

Asesoramiento jurídico

Al haber una agresión debe de haber una **denuncia** que puede presentar el **médico agredido e incluso el propio centro de trabajo** o institución. Ese apoyo jurídico de asesoramiento debe dárselo el centro de trabajo, aunque también realizan un trabajo encomiable los colegios profesionales.

El medico no es igual que cualquier otra persona. Las sentencias más recientes están considerando que **la agresión a médicos se incardina en los art. 550 y ss CP** que contemplan los delitos contra la autoridad, sus agentes o funcionarios público.

4.3. Medidas de seguridad para evitar agresiones

Medidas de seguridad pasiva

Implantación de dispositivos de alarma interna. Pueden ser teléfonos, timbres fijos en mesas o paredes, interfonos... ; lo importante es que se pueda detectar que hay un problema ya sea por el sonido o por un dispositivo luminoso en pasillos, o bien porque haya una conexión directa o automática con el servicio de seguridad del centro.

Instalación de videocámaras con grabación en espacios comunes, cumpliendo LOPD

Instalación de cristales irrompibles y otras infraestructuras especiales como colchones ignífugos en servicios que atiendan a pacientes psiquiátricos en fases agudas.

Que no existan cosas al alcance del enfermo que puedan ser utilizados como arma (cuchillos, cosas punzantes, etc) para producir lesiones.

Sistemas de comunicación directa con la Dirección del centro y con la Policía.

Medidas de seguridad activa

Sistemas de comunicación con fuerzas del orden.

Atención médica a pacientes con antecedentes de comportamientos violentos acompañados de otro profesional o personal de apoyo. Atender al paciente con la puerta abierta (preservando su intimidad) y con acceso rápido a los servicios de seguridad del centro que deben estar avisados.

Vigilante de seguridad.

4.4. Procedimiento penal, civil o laboral

Qué hacer si a pesar de todo hay una agresión

El médico agredido puede iniciar un procedimiento que puede ser penal, civil o laboral, dependiendo de lo que el médico persiga.

Penal

Se inicia con denuncia o querrela. Se persigue que el agresor tenga una pena que puede ser el incluso el alejamiento o penas de cárcel y, en su caso, la imposición de pago de una cantidad económica en concepto de indemnización.

Civil

Se inicia con demanda judicial. Sólo se busca el reintegro económico (una indemnización) por el agresor.

Laboral

Se inicia con petición en vía administrativa. El médico insta la tramitación de baja laboral por incapacidad temporal por accidente de trabajo, si procediera. Aquí **no se procede en contra del agresor sino que el afectado es la empresa**. También se puede demandar contra el centro si no ha cumplido con lo establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Negación del médico a seguir prestando asistencia médica, ¿vulnera la deontología?

El art. 11 del Código de Ética y Deontología Médica contempla la posibilidad de que el médico suspenda la asistencia a su paciente si llegara al convencimiento de que no existe la necesaria confianza hacia él. En estos casos, **lo comunicará al paciente o a sus representantes legales** con la debida antelación, y facilitará que otro médico se haga cargo del proceso asistencial, transmitiéndole la información necesaria para preservar la continuidad del tratamiento.

4.5. Incluir de la agresión en la historia clínica

Se puede incluir de la agresión en la historia clínica del paciente

El médico puede incluir en la historia clínica del paciente la agresión de la que ha sido víctima a los puros efectos documentales y de advertencia al resto de facultativos que le tratan o puedan tratar en el futuro.

La mera declaración en la historia, no determina per se la veracidad ni vincula a jueces en hipotéticos juicios futuros.

Casos Prácticos

Dr. Jose Carlos Fuertes Rocañin.

Médico psiquiatra. Especializado en psiquiatría forense.

CASO 1º

AGRESIVIDAD Y LESIONES EN URGENCIAS

ANTECEDENTES

1. Se trata de un hospital general con 500 camas, una plantilla de 1.000 trabajadores y un nivel de sobrecarga asistencial muy elevado.
2. El centro sanitario se encuentra ubicado en una zona muy periférica de la ciudad, y cerca de unos barrios conflictivos y con elevado índice de delincuencia y tráfico de sustancias ilegales.
3. En dicho centro ha habido en los últimos meses varias agresiones en los servicios de urgencias, que, aunque no han producido ninguna lesión en los profesionales sanitarios, si han generado una sensación de inseguridad muy alta y de malestar significativo entre todo el personal, tanto médico como no médico. Existe un servicio de seguridad contratado no amplio; en concreto en urgencias hay dos personas en turnos de 8 horas.
4. Usted trabaja en psiquiatría de enlace y también es tutor de psiquiatría de residentes de urgencias de forma eventual, en espera de que llegue un profesional de que pueda hacerse cargo de este cometido.

LOS HECHOS

En su turno de servicio de guardia es requerido en urgencias, ya que los residentes de Medicina Interna y de Psiquiatría no se ven competentes para abordar el caso de una paciente agitada por posible intoxicación de sustancias y antecedentes de trastorno esquizoafectivo con mala adherencia terapéutica e hiperfrecuentación por problemas socio familiares.

A su llegada, se evidencia que la paciente está muy agitada, violenta y heteroagresiva. Se le ha empezado a atender en un box donde hay material quirúrgico en abundancia, debido a la saturación asistencial, lugar en el que está en el momento en el que llega.

La enferma tiene fácil acceso a tijeras, hojas de bisturí, y demás elementos capaces de producir lesiones graves a ella misma o a terceros.

Usted intenta una aproximación que ve imposible sin que su integridad física se vea dañada. En ese momento el personal asistencial y de servicios auxiliares es mayoritariamente femenino (solo hay un celador varón de escasa formación en problemas de agitación psiquiátrica). Usted solicita la presencia del personal de seguridad y acude uno de ellos ya que el otro ha sufrido un incidente no muy importante, pero está temporalmente fuera de servicio.

ACTUACIONES QUE SE LE PROPONEN ELIJA LA MAS ADECUADA

- a) Tener paciencia hasta conseguir que la paciente deponga su actitud.
- b) Actuar con astucia y proceder usted y los voluntarios que encuentre a la contención física de la enferma.
- c) Llamar a la policía para que se hagan cargo del asunto e informar por escrito al director del centro.
- d) Llamar al juzgado para informar y ver qué es lo que decide hacer.

ACTITUD CORRECTA A SEGUIR

La postura más correcta desde la perspectiva psiquiátrico legal y dados los antecedentes expuestos, sería la de llamar a la policía nacional (112 o 091), ya que el hospital no dispone de medios adecuados, ni tampoco de personal entrenado para solventar este tipo de urgencia.

otro lado, se ha producido una alteración del orden público que puede originar daños graves para el enfermo y/o terceras personas, lo que supera el manejo de la situación por parte de un único componente de los servicios de seguridad del centro que en ese momento está presente.

SITUACIÓN QUE SE PRODUCE AL LLEGAR LA POLICÍA

Se desplaza hasta el centro una patrulla de Policía Local, compuesta por dos agentes uniformados, que tras analizar la situación deciden que ellos no son competentes para actuar dentro de un hospital; si la situación se hubiera producido fuera del recinto sanitario sí sería su competencia, pero que en el interior del Servicio de Urgencias, es la Seguridad del centro quien debe actuar.

Ellos esgrimen además que “al llevar armas no pueden entrar en el centro sanitario y que además las medidas de contención que ellos realizan, pueden producir daños al enfermo de los que ellos serían responsables. Por lo tanto, se limitarán a ayudarnos en la contención, pero “haciéndonos un favor” dada la zona en la que está el hospital, pero no por obligación.

En el trascurso de todo ello, una auxiliar que ha intentado de nuevo hablar con la enferma, recibe un TCE al arrojarle la paciente un extintor, teniendo que ser atendida en urgencias por ello con pronóstico reservado ya que se ha producido obnubilación de conciencia y herida inciso contusa en cuero cabelludo que requiere sutura y realización de TAC cerebral

CUAL DE ESTAS OPCIONES LE PARECE MAS CORRECTA

- a) Proceder usted y los sanitarios a la contención para evitar un daño mayor.
- b) Solicitar la presencia de más agentes de policía local para que entre todos lo se proceda a resolver el problema..
- c) Pedirle a un familiar que acompaña a la paciente que hable con ella y la convenza.
- d) Llamar con urgencia a la Policía Nacional y comentarles la situación para que venga una dotación adecuada.

ACTITUD CORRECTA Y COMENTARIOS FINALES

Este caso no es tan extraño ni tan extremo como puede parecer a primera vista, y además esta sacado de un caso real. En esta situación lo que **NO** hay que hacer es ser imprudente ni osado, y **NO** poner nunca nuestra vida ni la del personal auxiliar en peligro grave.

Lo que **SÍ** hay que hacer, es conseguir que los profesionales de la seguridad contengan a la enferma y una vez realizado ello, indicar el tratamiento sedativo más apropiado y proceder al ingreso involuntario de la enferma, solicitando al Juzgado la preceptiva autorización como marca el art. 763 de la LEC, teniendo un plazo para ello de 24 horas.

Una vez resuelta la urgencia, la enferma sedada e ingresada y contenida físicamente, debería poner en conocimiento de su superior jerárquico, al mismo tiempo que al Juzgado de Guardia un relato por escrito y pormenorizado de los hechos ocurridos, aportando en el informe el mayor número detalles,

para depurar las responsabilidades legales que pudiera haber (nº de carnet profesional de los agentes intervinientes, hora de su llegada, conversación mantenida, testigos, momento en el que se procede a realizar el ingreso, tratamientos que se administran y forma de hacerlo, estado del personal auxiliar que ha sido lesionado, etc.).

En este caso podríamos estar ante posibles delitos de **denegación de auxilio** de la policía local o de **omisión del deber de socorro**, negligencia profesional de las fuerzas policiales y responsabilidad patrimonial de la administración por **lesión de un trabajador**, que la autoridad judicial determinará en su momento.

CASO 2º

ACOSO LABORAL

ANTECEDENTES

1. Estamos ante el caso de un médico residente de 3er año de la especialidad de psiquiatría, cuya personalidad es moderadamente reivindicativa, pero en modo alguno sus actitudes son arbitrarias ni estaríamos ante ningún un trastorno psiquiátrico ni de la personalidad.
2. El centro sanitario es un hospital general de una provincia pequeña (100.000 habitantes) donde hay unos criterios establecidos de facto, de no llamar al médico adjunto de la especialidad salvo en situaciones límites, siendo los MIR los que resuelven de forma habitual todas las situaciones.
3. El citado MIR de 3er año, ha planteado en sesiones clínicas y reuniones diversas, que no está de acuerdo con la situación que se ha producido durante todos estos años y que no es justo ni legal el que los MIR hagan todo el trabajo sin estar debidamente tutorizados por los Facultativos Especialistas de Área que están de guardia alertada, llegando a plasmarlo en un informe dirigido al jefe de servicio, del que guardó copia de su presentación en el registro de entrada.
4. Esta actitud del MIR le está produciendo entre el staff un rechazo importante, de tal forma que se le encomiendan las peores guardias, se le ningunea en muchas de las sesiones clínicas, se le exige cumplimiento de horarios de forma muy severa, se le aísla físicamente en un despacho incómodo y a apartado del resto, e incluso se le impide o dificulta la asistencia a congresos.
5. Esta situación, que sus propios compañeros de residencia (son 7 más, es decir 2 por año de especialidad) consideran incomoda e injusta, no es respaldada públicamente por temor a que luego ese "posible acoso" se vierta sobre a ellos.
6. El afectado por el posible "acoso" ha empezado a acudir a un Médico de Atención Primaria externo y ajeno al hospital, ya que se encuentra cada vez más inquieto, con insomnio de conciliación, despertares frecuentes, clinofilia y anhedonia. El MAP viendo, la complejidad de la situación le deriva a atención especializada de referencia, pero él MIR no se fía y acude a su consulta privada donde le relata lo que le está pasando.

ACTUACIONES QUE SE LE PROPONEN ELIJA LA MAS ADECUADA

- a) Tratarle como una depresión y aconsejarle que tenga calma, que no se meta en problemas y que modifique su actitud.
- b) Tratarle como una depresión y hacerle ver que siempre las cosas han sido así y seguirán de esa forma.

- c) Tratarle como un trastorno adaptativo y hacer un “informe-parte” de lesiones, para que pueda acudir a la sanidad pública, se tramite su baja laboral y si lo cree pertinente inicie acciones legales.
- d) Tratar los síntomas que nos refiere y nada más.

ACTITUD CORRECTA A SEGUIR

En nuestra opinión, la postura más adecuada es la que se describe en el punto c, ya que estaríamos ante un presunto acoso laboral, situación que hoy está tipificada como delito en el vigente Código Penal.

Por lo tanto no solo se está produciendo un daño para la salud psíquica del paciente, que en principio parece ser producida por su situación laboral, y que estamos obviamente obligados a tratarle, sino que además estaríamos también ante el deber informar a la autoridad judicial por si pudiera existir una infracción penal. Artículo 262 de la LECr, que dice literalmente así:

“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.

Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente.

Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviesen relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas, ni superior a 250”.

COMENTARIOS FINALES

Lo que presenta el MIR 3º es un **cuadro mixto de tipo depresivo ansioso** que desde la óptica clínica podría ser considerado, por el momento, como un **Trastorno Adaptativo** secundario al problema sociolaboral que nos ha referido el paciente, por el que necesita tratamiento psicoterapéutico y tal vez psicofarmacológico.

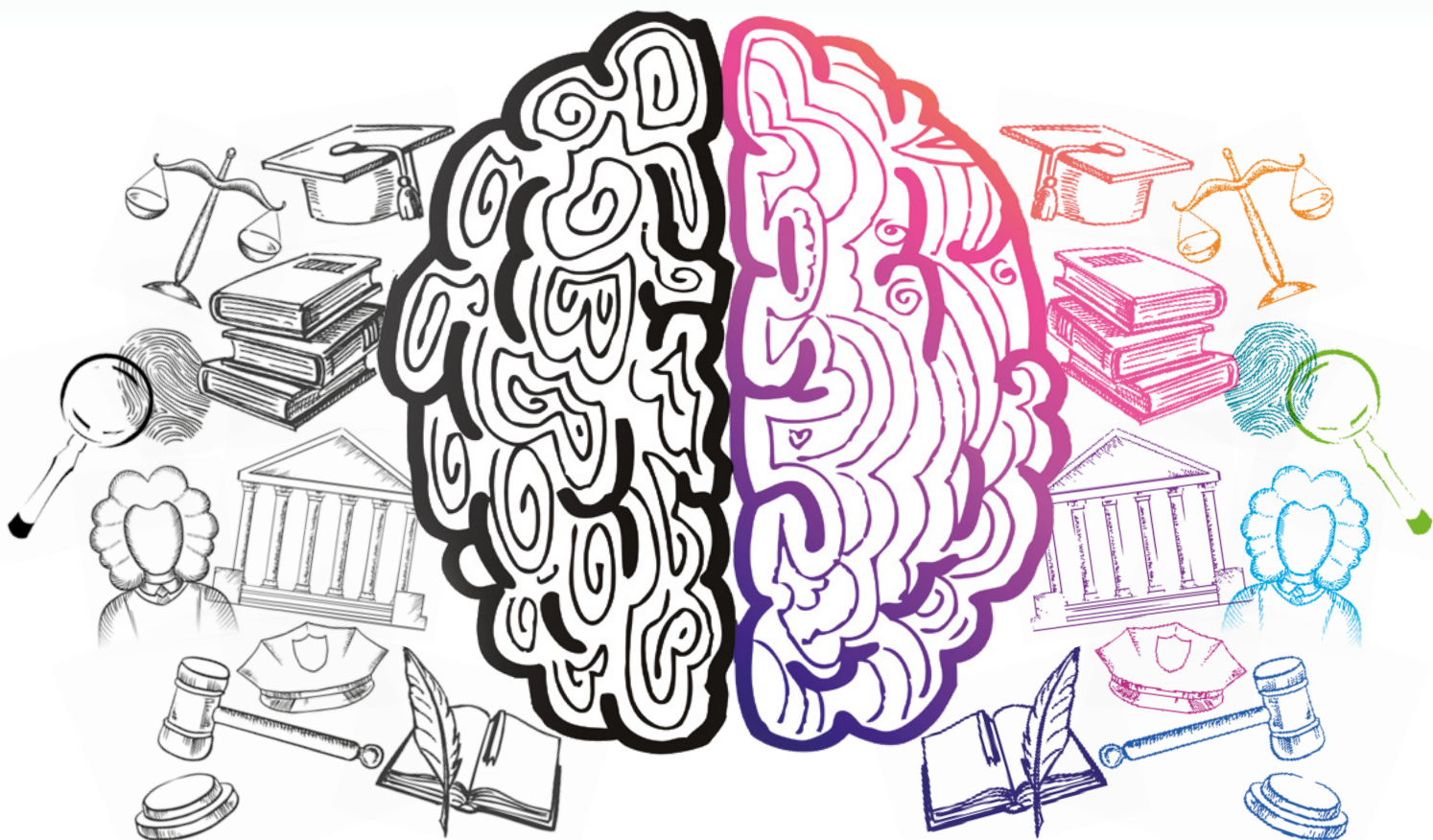
Por otro lado “el acoso laboral” está también, como hemos comentado, tipificado en el Código Penal, y en concreto en su artículo Art. 173.1º que dice literalmente lo siguiente:

“El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años. Con la misma pena serán castigados los que, en el ámbito de cualquier relación laboral o funcional y prevaliéndose de su relación de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan grave acoso contra la víctima”...

En síntesis y con la reforma operada, quedan al menos **delimitados los requisitos** que el tipo penal requiere **para que una conducta de este tipo pueda ser sancionada penalmente:**

1. Que el autor de los hechos los cometa “prevaliéndose de su relación de superioridad”.
2. Que se trate de actos “reiterados”.
3. Y que supongan un “grave acoso” contra la víctima sin llegar a constituir trato degradante, nota de gravedad cuya concurrencia es imprescindible a la hora de calificar estas conductas como delito o falta.

Por lo tanto, estaríamos ante una situación doble. Por un lado, asistir al enfermo y por el otro iniciar la acción judicial mediante una denuncia por medio de parte de lesiones (recordemos que las lesiones pueden ser físicas o psíquicas).



Material destinado al profesional sanitario



Apaloz
ARIPIPRAZOL



Heipram

Escitalopram EFG 10/15/20mg



Gática[®]
pregabalina

Patrocinado por:

ALTER  **MÉDICA**[®]
Garantía de Marca



ALTER[®]