

## La violencia contra el profesional, en lista de espera

Se ha extendido como una enfermedad contagiosa. La violencia en la consulta médica es hoy uno más de los problemas con los que se enfrentan los facultativos de nuestro país. ¿La violencia al profesional es hoy mayor que antes? Posiblemente sí. La consulta se ha vuelto más conflictiva y se han perdido las jerarquías profesionales, el respeto con que solían mantener las interacciones personales. Y la verdad es que, según sea el lugar de trabajo, algunos compañeros se sienten intimidados.

Ya a comienzos de esta década, la SEMG se preocupó activamente por atender a este tema; nuestro director médico, Pedro Cañones Garzón, que en el 2001 era secretario del Colegio de Médicos de Madrid, planteó una campaña de concienciación sobre la violencia contra los médicos. Recientemente un estudio realizado por este mismo Colegio entre 2.843 médicos (el 72,50% de los encuestados son médicos de Atención Primaria y el 27,50%, otros especialistas) analiza a fondo esta cuestión. El 68% de los encuestados dijo haber recibido coacciones por parte de los pacientes y el 3% de ellos haber sufrido agresiones físicas personales. El maltrato físico es indudablemente la peor circunstancia, pero el verbal y gestual conforma una cifra importante. Las Comunidades Autónomas con mayor número de agresiones registrado son Andalucía, Comunidad de Madrid y Canarias, y las de menor Aragón, Galicia y Cantabria. Del estudio se deduce que sólo el 30% de los médicos agredidos encuestados denunció los hechos.

Esta situación persiste a pesar de que una sentencia del Supremo de 2007 considera al médico autoridad pública y agredirle se castiga con penas de uno a tres años de cárcel. No obstante, resulta difícil convencer al paciente violento (parece un juego de palabras contradictorias, pero es así) y el hábitat en que se realiza la consulta no ayuda a distanciarse lo suficiente del agresor, como por ejemplo podría ser la disponibilidad de

dos puertas en cada consulta. Hay una medida que se podría implementar en toda España, como es un botón de alarma que esté incluido en el teclado del ordenador. País Vasco, Navarra, y Galicia cuentan con un sistema similar y la alarma se dispara en los ordenadores de los demás compañeros de trabajo, quienes deberán acudir rápidamente a la llamada de emergencia.

El asunto de la violencia es probablemente producto también de los cambios que se han producido en los últimos años en la relación médico-paciente. El criterio de médico de cabecera (relación cercana) cambió por una relación que no siempre resulta eficaz para la práctica clínica. Si nos limitáramos a calificar al paciente violento como un enfermo que no por ello debería resultar violento, o un bruto calificado, limitaríamos el perfil del problema y no encontraríamos ninguna solución; en última instancia sólo justificación. Son múltiples las causas aunque no intentamos justificarlas: la sobrecarga asistencial, la burocratización, la mecanización de parte de la consulta que media entre el médico, el ordenador y el paciente, las esperas que se generan o por disponer del tiempo necesario entre consulta y consulta, o la desestructuración del servicio por razones de mala gestión... Todos ellos son motivos que generan estrés en ambas partes, mayor si se quiere en el paciente, porque no ha sido concienciado sobre el desempeño y la operatividad de la atención pública; deberes y derechos que aún son asignatura pendiente. Los motivos más frecuentes que generan una situación violenta en este estudio son: no recibir el paciente lo que espera de la consulta, que suelen ser cuestiones burocráticas como "no obtener una baja, unas recetas o un certificado médico que habilita para optar a unas oposiciones".

El problema está al rojo vivo y será una de las cuestiones a resolver que no pueden ser demoradas, ya que, como quien dice, los brotes verdes aún son muy pocos y están muy verdes, y seguimos aún en lista de espera.