

**Estrategia para la mejora de la confianza y seguridad
de las personas que trabajan en el
Servicio de Salud del Principado de Asturias.**



**GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS**

CONSEJERÍA DE SANIDAD

DOCUMENTO DE TRABAJO
SESPA. 2018.

1		Presentación	4
2		Justificación: realidad actual	5
3		¿De dónde partimos?	15
4		¿Qué ha pasado desde entonces?	25
5		¿Qué podemos hacer? Definiendo objetivos.	33
6		Líneas estratégicas	34
6	1	Aprendiendo a evitar una situación difícil	34
		A Experiencia del paciente/usuario y de los profesionales	37
		B Los espacios	38
		C La comunicación	40
		D No estamos solos	44
6	2	Minimizando los daños	45
		A Dominar el escenario	45
		B Uso de nuevas tecnologías	48
		C No estamos solos	49
6	3	¿Alguien sabe lo que ha pasado?	50
		A Notificar: como, a quien, cuando.	50
		B Registro de incidentes del SESPA	51
		C El soporte jurídico	52
6	4	Aprender de lo sucedido	53
		A Donde	53
		B Como	54
		C Quienes.	54
7		Hechos no palabras. Implantación.	55
8		Bibliografía.	59
9		Tablas y figuras	61
10		Abreviaturas	62
		RESUMEN EJECUTIVO	63

1. Presentación.

A veces resulta difícil escribir una estrategia, trazar un plan, en este caso no ha sido así puesto que este documento nace del trabajo de muchos años de múltiples profesionales de atención primaria, urgencias, salud mental, servicios de personal, personal de los servicios de atención al ciudadano, servicios de prevención de riesgos laborales, personal de seguridad de los centros, equipos directivos y sobre todo, de personas en los servicios centrales que día a día han conseguido hacer realidad el Plan, publicado en el año 2007, para el manejo de las situaciones conflictivas entre el personal sanitario del Servicio de Salud del Principado de Asturias, haciéndose cargo de los problemas, los registros, los informes (coordinador del Plan, Servicio de personal, Secretaría técnica, Servicio jurídico, ...).

A todos ellos, gracias.

Esta estrategia surge del resultado de entrevistas semiestructuradas a numerosas personas, que, desde todos esos ámbitos, su conocimiento y experiencia nos permiten diseñar un nuevo documento, que ahora va más allá e integra confianza, seguridad y la importancia del factor humano en el día a día de la actividad de nuestros centros sanitarios.

Ahora es el momento, con el apoyo de numerosas instituciones preocupadas por la seguridad de nuestros profesionales, tal y como lleva manifestándose en especial en el último año, de trabajar todos en el mismo rumbo y en los mismos objetivos: **QUE EL TRABAJO NUNCA LLEVE ASOCIADO UN RIESGO DE VIOLENCIA Y QUE LAS RELACIONES ENTRE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD Y LOS PACIENTES O USUARIOS SE DESENVUELVAN EN UN CLIMA DONDE PRIME EL RESPETO Y LA CONFIANZA MUTUA.**

Difícil misión que nunca se consigue si no se intenta.

2. Justificación, la realidad.

Agresiones a sanitarios "demoledoras"

El Colegio de Médicos de la Región alerta del aumento de ataques verbales y físicos contra el personal sanitario, con 279 casos registrados el pasado año.

Ana García 17.03.2017 | 04:00



Sindicato Médico de Melilla urge al INGESA a actuar contra agresiones a sanitarios

Contador Actualizado 27/01/2018 20:48:06 CET

MELILLA. 27 Ene. (EUROPA PRESS) -

Un juez ha interpuesto una orden de alejamiento para tres personas por darle una paliza a un médico en Salamanca. Dice que le agredieron en el centro de salud y horas después, volvieron a pegarle cuando iba de camino a la comisaría a denunciar. Los casos crecen cada año: sólo en Castilla y León, las agresiones a enfermeros se han duplicado en un año. laSexta.com | Madrid | Actualizado el 23/08/2017 a las 11:54 horas

5

Las agresiones a sanitarios, un tema tabú

Existen, pero pocos hablan de ellas y casi no se denuncian. Gafas voladas, arañazos, patadas o narices rotas son algunas de las más frecuentes.

PATRICIA ABET
@abcg Galicia
Santiago 12/03/2017 10:38h
Actualizado:



Cuatro sanitarios agredidos por un paciente en El Casar

Se trata de dos médicos y dos enfermeras que han tenido que ser trasladados al Hospital de Guadalajara

El PAIS. Toledo. 15/10/2017

El Sindicato de Auxiliares de Enfermería lamenta la agresión a la profesional del Hospital de La Línea

EUROPA PRESS 21.02.2018 El Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE) ha lamentado este miércoles que "la lacra de las agresiones a profesionales sanitarios haya sumado una nueva víctima" al referirse a la agresión de este pasado martes a una Técnica en Cuidados de Enfermería (TCE) por un paciente en el servicio de urgencias del Hospital de La Línea de la Concepción.

Acabar con las agresiones, prioridad de SATSE

19 septiembre 2017



El presidente de SATSE ha solicitado al Gobierno un mayor protagonismo de los profesionales enfermeros y fisioterapeutas en la puesta en marcha de medidas policiales a adoptar frente a las agresiones.

LA VANGUARDIA

El Diván

ARACELI TEIXIDO 29/06/2017 15:56

6

¿Por qué aumentan las agresiones a profesionales sanitarios?

Un paciente pega un puñetazo al médico que le atiende en urgencias. El familiar de una paciente lanza la pantalla del ordenador a la cabeza de la administrativa. Otro paciente amenaza a la trabajadora social con una pistola. El familiar de un paciente cierra la puerta de la habitación golpeando al enfermero. Un paciente se niega a irse al finalizar la consulta del médico, otro quiere irse del hospital antes de la alta médica.

Todos ellos gritan, amenazan, golpean ¿Qué está pasando? ¿Cómo es posible que se desconfíe e incluso se agrede al médico y los profesionales sanitarios, personas que infundían tanta confianza y respeto en otros tiempos?

Se ha levantado un muro y el mundo sanitario parece haberse dividido entre “nosotros y los otros”

Aunque veces la presencia en los medios de comunicación no se corresponde con la realidad de los hechos que presentan, en este caso, una vez revisados los datos hay que afrontar la realidad y saber que algo está ocurriendo en la relación entre los profesionales del sector de la salud y los ciudadanos. Noticias que comunican agresiones aparecen frecuentemente, entidades públicas como Colegios Profesionales, Sindicatos, Sociedades Científicas alertan de la vulnerabilidad del entorno sanitario y de la presión que sufren los trabajadores/as.

Tal es así, que dentro del Plan estratégico 2018 de la Organización Médica Colegial figuran como líneas fundamentales de trabajo: las agresiones en el entorno sanitario e impulsar el proyecto para que la relación médico paciente sea declarada Patrimonio Cultural Material de la Humanidad.

Esta solicitud sale del documento publicado por el Foro de la Profesión Médica en España, respaldado por la Alianza General de Pacientes, Foro Español de Pacientes y Plataforma de Organizaciones de Pacientes en Julio de 2017.

Que médicos y pacientes se sienten a reflexionar sobre cuál y como debe ser su forma de comunicarse con el paciente, da que pensar que probablemente es extensible a cualquiera de los actos o contactos dentro de los centros sanitarios independientemente de la categoría de los profesionales implicados.

Estos valores hacen de dicha relación un vínculo de compromiso, basada en la confianza y la empatía y que transmita seguridad, pero que también ha de ser una relación amistosa, alineada con la atención afectiva y efectiva que es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, pero incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad (que garantice la confidencialidad y el secreto profesional), ético

Serán objetivos prioritarios:

“... las agresiones en el entorno sanitario, la puesta en marcha de la comisión de Género y Profesión Médica, así como un estudio de Demografía Médica y una defensa específica de la atención primaria bajo el prisma de proyecto AP25. Impulsar el proyecto para que la relación médico paciente sea declarada Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad “

narrativo (de acompañamiento y mirada esperanzada hacia el futuro), deliberativa (y prudente), contractual (que respete los derechos del paciente y en la que cumplan los deberes de las partes implicadas) y, finalmente, de suficiente calidad técnica (para ofrecer un buen servicio médico en su triple dimensión de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad).

Aunque la Medicina y la relación médico - paciente siguen siendo uno de los meta relatos que articulan y vertebran nuestra sociedad está ganando peso el paradigma “haciéndolo mejor, sintiéndose peor” (Wildavsky, 1977). Nos encontramos ante un punto de inflexión, la relación médico-paciente sigue siendo una institución altamente valorada en nuestro país, de hecho, los médicos siguen siendo la profesión más valorada por los españoles. Sin embargo, son numerosas las amenazas a las que se enfrenta esta relación, y sin la adecuada valoración crítica, y defensa de las facetas esenciales de la misma, tiene el riesgo de desnaturalizarse por el efecto de la influencia de diversos agentes, instituciones y cosmovisiones.



Amenazas en la relación médico-paciente

Influencias biopolíticas.

Influencias económico-industriales:

Cientificismo/tecnificación

Límites de la medicina/nuevos fines/falsos fines

Epistemológicas o del conocimiento: especialización o hiperespecialización

Conflictos de intereses

Formación y tradición

Tabla 1. Amenazas en la relación médico-paciente. Fuente: La relación médico-paciente. Patrimonio Inmaterial Cultural de la Humanidad.

Si analizamos los datos de la propia Organización Médica Colegial, de su observatorio, vigente desde el año 2010 corroboramos los datos que suponíamos, un aumento de las agresiones notificadas en el último año registrado 2016. (Figura 1.)

9

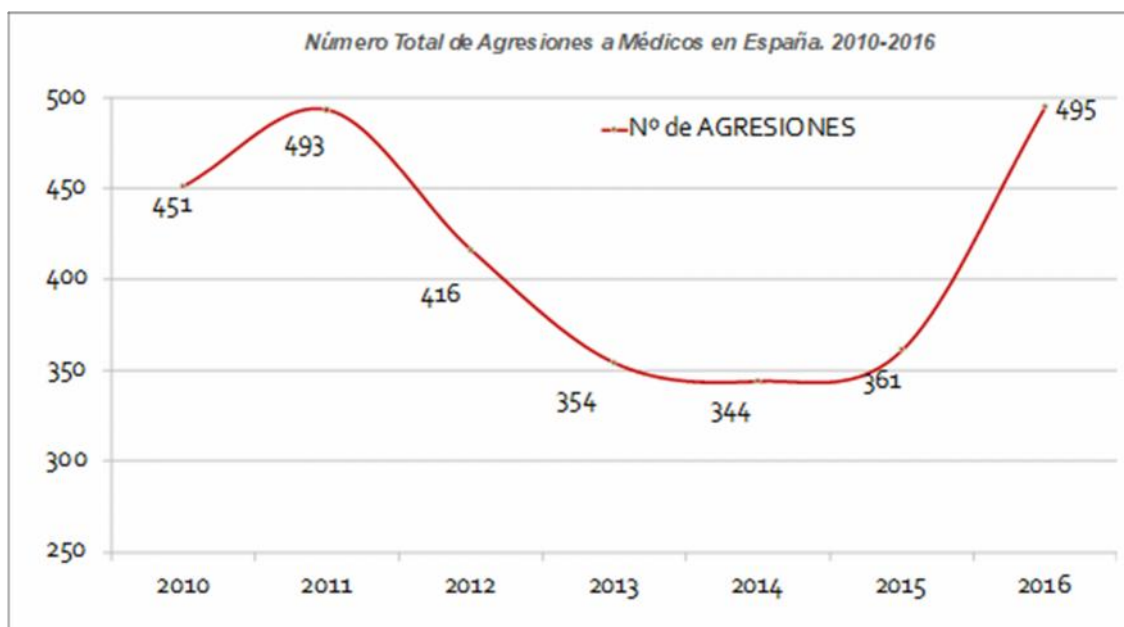


Fig.1. Número total de Agresiones a Médicos en España.2010-2016. Fuente: OMC.

De las cifras de este informe llaman además la atención tres hechos:

-) Si calculamos la incidencia acumulada de agresiones por Comunidades Autónomas, en el período 2010-2016 se encuentran en el TOP de agresiones las Comunidades de Extremadura y Melilla y siendo la más segura en este período Galicia. Asturias se encuentra por debajo de la media nacional (2,02 agresiones /1000 colegiados) con una incidencia acumulada de 1,75 agresiones/1000 colegiados.
-) Un dato llamativo es, que a pesar que existen más hombres que mujeres colegiadas, el porcentaje de agresiones es mayor en el sexo femenino que en el masculino.
-) Si tenemos en cuenta la incidencia acumulada por sexos, nuestra Comunidad Autónoma pasa de estar por debajo de la media de forma global a estar bastante por encima de la media en cuanto a incidencia acumulada en médicas.

Tabla 2. Incidencia acumulada de agresiones por Comunidades Autónomas y Sexo. Fuente: Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos. OMC.

	AGRESIONES * 1000 COLEGIADOS	HOMBRES AGREDIDOS * 1000 COLEGIADOS	MUJERES AGREDIDAS * 1000 COLEGIADAS
ANDALUCIA	2,68	2,63	2,74
ARAGON	0,93	0,47	1,37
ASTURIAS	1,75	0,96	2,53
BALEARES	0,73	1,00	0,40
C. VALENCIANA	1,96	1,85	2,08
CANARIAS	1,08	0,94	1,23
CANTABRIA	2,28	1,13	3,47
CASTILLA-LA MANCHA	2,52	1,96	3,16
CASTILLA-LEON	1,18	0,95	1,42
CATALUÑA	2,96	1,84	4,23
CEUTA	3,13	4,74	0,00
EXTREMADURA	4,96	2,75	7,52
GALICIA	0,22	0,00	0,45
LA RIOJA	1,25	1,26	1,23
MADRID	2,33	2,06	2,55
MELILLA	17,61	15,63	21,74
MURCIA	1,14	0,53	1,85
NAVARRA	1,25	1,62	0,93
PAIS VASCO	0,38	0,48	0,28
	2,02	1,66	2,41



Fig.2. Distribución de colegiados por sexo en España.2010-2016. Fuente: OMC

Incidencia Acumulada de Agresiones a Médicos (x 1000 colegiados) en España. 2010-2016

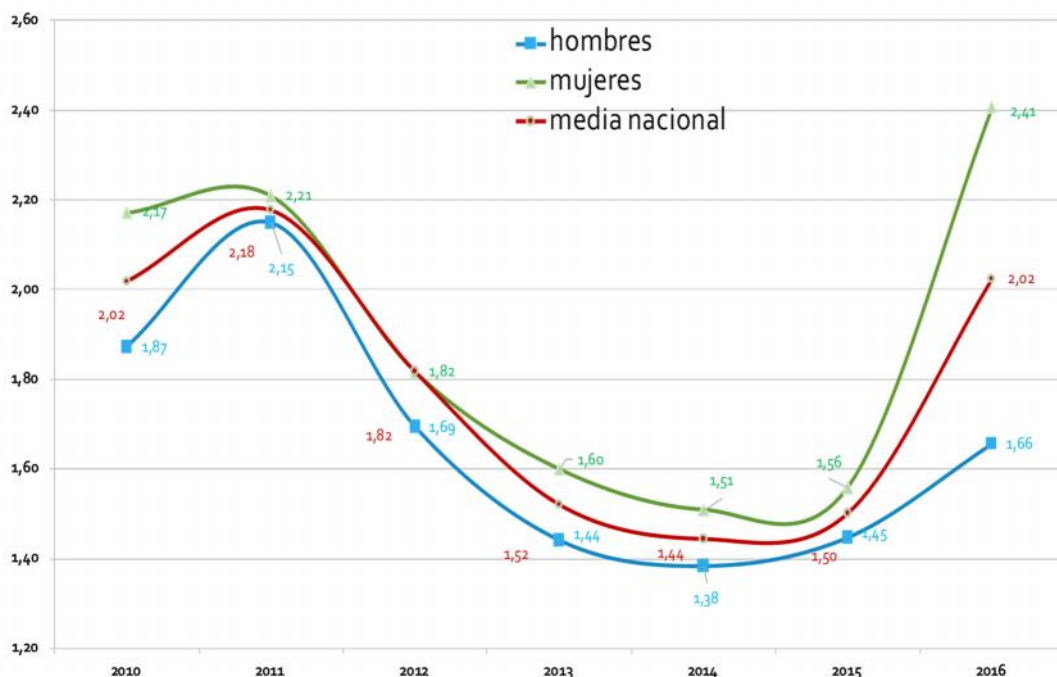


Fig.3. Evolución de la incidencia acumulada de agresiones a colegiados por sexos en España. 2010-2016. Fuente: OMC .

13200

profesionales resultan agredidos en el National Health Service anualmente.

El 50% de los profesionales de urgencias y emergencias NO declara las agresiones verbales.

**Coste estimado
69 millones de euros**

EN EL PERIODO 2010-2016 SE HAN PRODUCIDO 2914 AGRESIONES A MEDICOS EN ESPAÑA SEGÚN EL OBSERVATORIO NACIONAL DE AGRESIONES A MEDICOS DE LA ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL.

Según el “Estudio sobre agresiones a la profesión enfermera” del Consejo General de la Organización Colegial de Enfermería:

- Un 33 % de los enfermeros declara haber sufrido una agresión física o verbal en los últimos 12 meses y de ellas el 3,7 % han sido agredidos físicamente lo que equivaldría a 2.928 enfermeros agredidos en un último año.
- Sólo el 5% de los enfermeros agredidos presenta una denuncia

En nuestra Comunidad Autónoma en el momento actual disponemos de un Registro de Agresiones. Aunque la cifra total en el año 2016 es superior a los dos años anteriores, la tendencia ascendente solo se produce en los tres últimos años. Dentro de las áreas sanitarias, las tendencias son distintas.

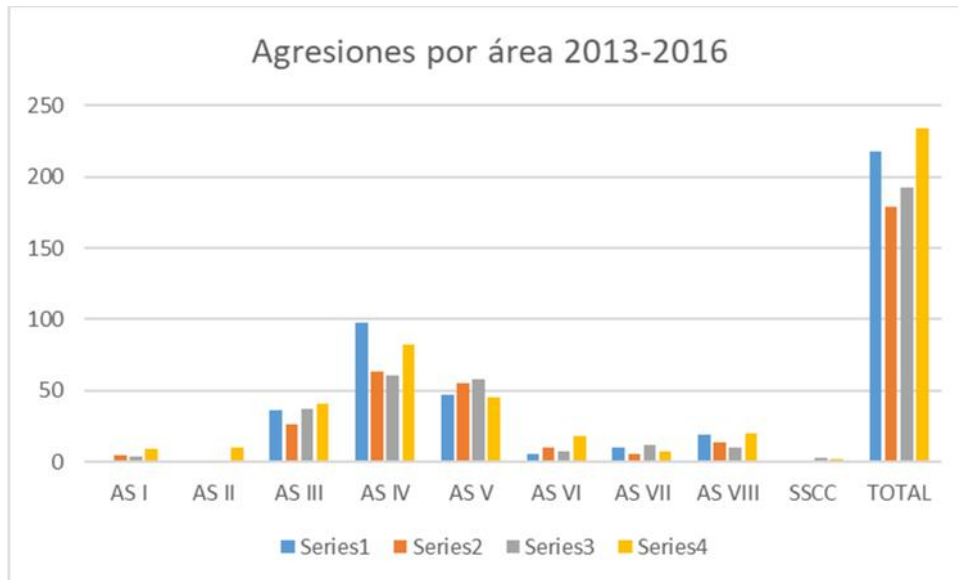


Fig.4. Evolución de las agresiones en el Servicio de Salud del Principado de Asturias por áreas sanitarias y serie temporal 2013-2016. Fuente: SESPA. Elaboración propia.

Si profundizamos en los datos del año 2016, destacamos:

-) El 83% de las agresiones afectan a mujeres frente a un 17% a los hombres. Mientras que el 60% de los agresores son hombres.
-) Casi el 77% de las agresiones notificadas se deben a agresiones verbales o amenazas.
-) El 18.3% se corresponde con notificaciones de agresiones físicas, aunque en solo 16 casos aportaron parte de lesiones.
-) El personal más agredido es el personal de enfermería seguido de los facultativos.

Esta es, a día de hoy, nuestra realidad, no muy diferente de lo que ocurre en otras comunidades autónomas o países del mundo desarrollado.

DATOS PLAN AGRESIONES 2016

	TIPOLOGIA					SEXO		CATEGORIAS			
	Amenaza	Agr. Física	Violencia patrimonial	OTROS	Ag. Verbal	Hombre	Mujer	Licenciados Sanitarios	Personal de Enfermería	Personal no sanitario	Otros
SITUACIONES CONFLICTIVAS	34	43		10	147	38	196	76	89	23	46
%								34,86	40,83	10,55	21,10
TOTAL	234					234		234			

ÁREAS	Amenaza	Agr. Física	OTROS	Violencia patrimonial	Ag. Verbal	TOTAL
AS I		1	2		6	9
AS II					10	10
AS III	4	9			28	41
AS IV	15	25	1		41	82
AS V	7	3	5		30	45
AS VI	1	2			15	18
AS VII	4	1			2	7
AS VIII	1	2	2		15	20
SAMU	2					2
TOTAL	34	43	10		147	234

Parte de Lesiones	
Si	16
No	218
Ámbito asistencial donde se produce la agresión	
Atención Primaria	91
Atención Hospitalaria	141
SAMU	2
Sexo del Agresor	
Hombre	141
Mujer	89
Desconocido	4
Incapacidad Temporal	
Si	8
No	226
Denuncia	
Si	37
No	197

Tabla 3. Datos del Plan de Agresiones 2016. Fuente: Dirección de Recursos Humanos. SESPA.

3. De donde partimos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Violencia como: *“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*.

Por otro lado, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, propone entender la Violencia en el Trabajo por *“cualquier incidente en el que una persona sufra abusos, amenazas o agresiones en su trabajo, y que atente contra su seguridad, salud, bienestar o rendimiento laboral. Esto incluye insultos, amenazas o agresiones físicas o psicológicas contra una persona que se encuentre realizando su trabajo, ejercidos por personas ajenas al mismo”*.

El Acuerdo Marco Europeo sobre Acoso y la Violencia en el Trabajo considera que existirá violencia laboral *“cuando uno o más trabajadores o directivos son agredidos en circunstancias relacionadas con el trabajo”*.

15

Asimismo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la Violencia en el lugar de trabajo como *“toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma. La violencia interna en el lugar de trabajo es la que tiene lugar entre los trabajadores, incluidos directores y supervisores. La violencia externa es la que tiene lugar entre los trabajadores y toda otra persona presente en el lugar de trabajo.”*

La propia OIT entiende por “consecuencia directa”, un vínculo claro con el ejercicio de la actividad profesional y se supone que dicha acción, incidente o comportamiento ocurre posteriormente dentro de un plazo de tiempo razonable.

Un acto de violencia o agresión es, en el marco de la prevención de riesgos laborales, un factor de riesgo que hay que evitar en primer lugar, y si no es posible,

minimizar sus efectos, para garantizar el derecho del personal a la protección eficaz de su salud.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), considera que son las profesiones relacionadas con el sector servicios las que tienen mayor riesgo de sufrir actos de violencia o agresiones por parte de la ciudadanía porque mantienen un estrecho contacto con éstas.

El personal de la Administración Pública, como profesionales que prestan o gestionan servicios públicos, soportan un mayor riesgo de sufrir actos de violencia o agresiones, sobre todo en determinados servicios públicos que atienden directamente las necesidades de los usuarios en situaciones de dificultad económica, laboral, social, de salud, o discapacidad; situaciones que propician, a veces, una percepción de injusticia, impotencia o indefensión frente a la Administración.

Esa percepción puede provocar ira, rabia u otras emociones, que pueden generar actitudes y comportamientos agresivos o violentos hacia el funcionariado que personifica a la Administración.

16

La Constitución Española, en su artículo 40.2 encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo. En desarrollo de tal mandato constitucional y de la normativa comunitaria europea al respecto, se dictó la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, que establece el régimen jurídico básico de la prevención de riesgos laborales, disponiendo las medidas y distribuyendo las responsabilidades para garantizar la protección de la salud de los trabajadores y trabajadoras frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo en nuestro país.

En base a esta normativa, la Administración Pública debe garantizar el bienestar y la salud de su personal y el buen funcionamiento de los servicios públicos, por lo que no puede permitir actuaciones que supongan quiebra o alteración de ninguno de ellos

El primero de estos bienes protegidos es un derecho de carácter individual del personal al servicio de la Administración en correspondencia con la naturaleza jurídica de su relación de servicio, el derecho a una protección eficaz en materia

de seguridad y salud en el trabajo, tal y como recoge el artículo 14 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

En nuestra Comunidad Autónoma y a propuesta de la Consejería de Salud existe desde el año 2007 un PLAN DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE A POTENCIALES SITUACIONES CONFLICTIVAS en centros sanitarios cuyos objetivos generales señalaban:

-) Prevenir potenciales situaciones conflictivas entre profesionales y usuarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias, así como de aquellas acciones que pongan en riesgo a profesionales, usuarios y bienes de nuestros servicios sanitarios.
-) Proteger a los profesionales, usuarios, bienes y servicios de la violencia o agresión, mediante los medios materiales y humanos disponibles, utilizando las ayudas externas si fuese necesario.
-) Dar cobertura al profesional, tanto física como psíquica, y asistencia letrada a los trabajadores afectados, así como la posterior investigación de las Gerencias de las diversas Áreas Sanitarias en coordinación con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

17

De estos objetivos partieron unas líneas específicas de trabajo entre las que se encontraban

1. Optimizar la señalización e información de los Centros Sanitarios; para ello es preciso: esquema gráfico en el centro sanitario, rotulación clara de los distintos servicios, así como de las consultas para que el ciudadano distinga las que correspondan al profesional que le debe de prestar la atención en cada caso (Médico, Enfermera, Jefe de Servicio, Coordinador de Centro, entre otros).
2. Si es preciso, aumentar el número de puntos de información a los ciudadanos en los Centros Sanitarios, ubicándolos en los sitios más

visibles, donde se les informará de los circuitos a seguir en los dos niveles de asistencia (A. Primaria y A. Hospitalaria), solicitando las diversas pruebas diagnósticas o las derivaciones desde cada nivel asistencial al objeto de facilitar los trámites burocráticos al usuario.



3. En los casos de pacientes ingresados o en urgencias, se debe de establecer el lugar y la periodicidad con la que se debe de transmitir la información a los pacientes o familiares de éstos. Es decir, informar sobre el proceso clínico del paciente tal como se contempla en la Ley 41/2002.

4. Es fundamental mejorar los cauces de comunicación entre

Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Geriátrica, Salud Mental y Servicios Sociales, estableciendo circuitos protocolizados de Derivación

5. Optimizar los sistemas de cita previa con el objeto de evitar la formación de colas, dando una cita ágil al usuario, bien vía telefónica o cuando lo hace físicamente en nuestros centros sanitarios. Es sabido que la espera es un generador de ansiedad importante, por lo que es deseable, y enlazando con la mejora de los tiempos en la obtención de cita, ajustar las agendas al tiempo real de la espera en la medida de lo posible.
6. Identificación de los profesionales de forma clara y nítida, para que el usuario tenga constancia en todo momento de la identidad del profesional que le está prestando atención.
7. Formación de los profesionales en habilidades comunicativas y manejo de conflictos en las materias que a continuación se relacionan:
8. Ayudar a reconocer y entender los condicionantes personales, sociales, ambientales y psicológicos que generan agresividad.
9. Analizar los diversos tipos y niveles de la agresividad.

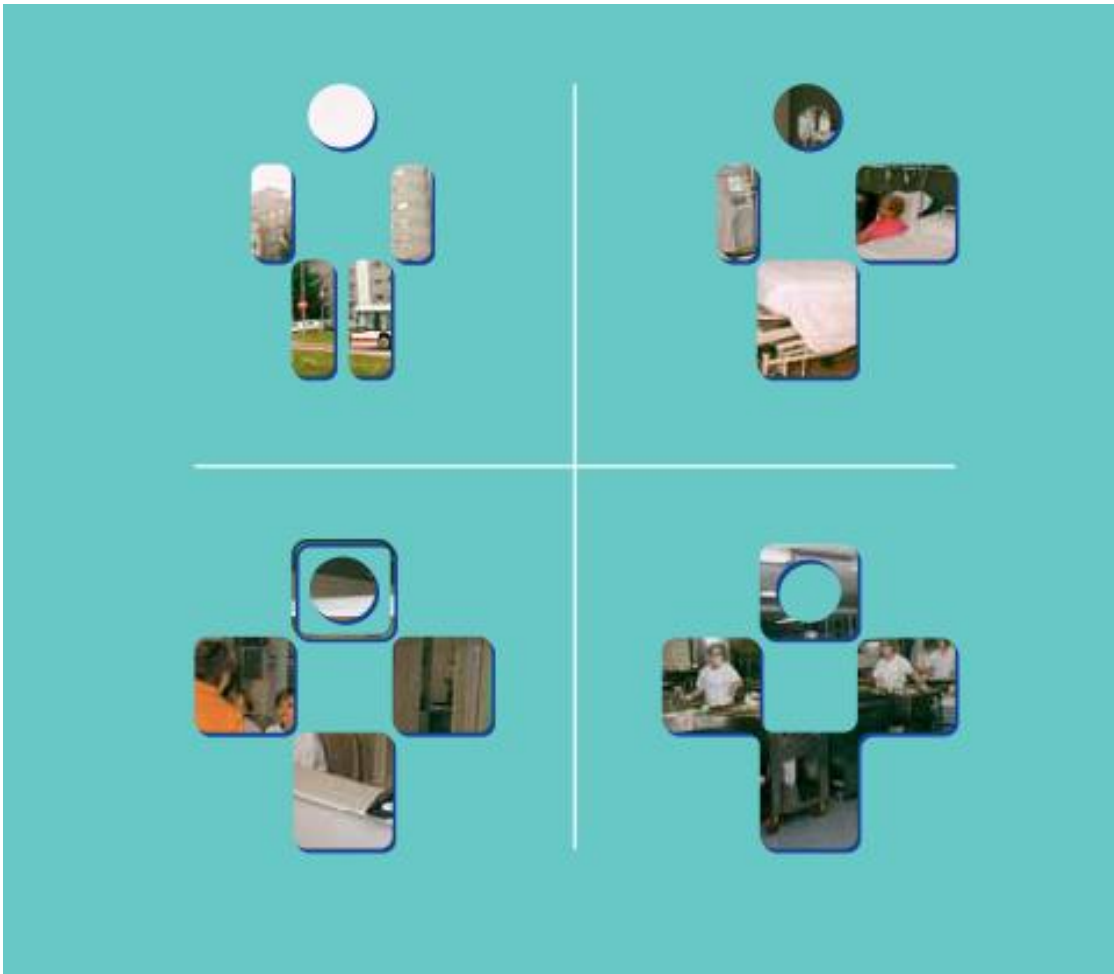
10. Sensibilizar a los participantes sobre la importancia de la correcta comunicación asistencial para la prevención de situaciones conflictivas.
11. Conseguir las habilidades necesarias para la prevención y manejo de las situaciones hostiles.
12. Posibilitar una conducta sistemática en la consulta para prevenir relaciones difíciles.
13. Dotar de técnicas útiles de autocontrol emocional para reducir el estrés en la consulta.
14. Campañas divulgativas para que la población realice una utilización más eficiente del servicio de Cita Previa. Al hacerlo en el horario indicado obtendrá la cita con más rapidez y evitará el colapso que se produce en las líneas en el horario matinal, de 8h a 10h, principalmente.
15. Educar a la población para que, en caso de no poder acudir a una cita de pruebas diagnósticas, complementarias o de consultas, lo comuniquen al centro sanitario correspondiente para un aprovechamiento óptimo de esos recursos.
16. Mensajes claros que informen al ciudadano sobre Derechos y Deberes (Ley 41/2002): derecho a la información y derecho a consentir, deber de respeto hacia los profesionales y respeto a las instituciones, difundir que la institución sanitaria demandará al usuario que no respete las normas establecidas en cada centro.

Como consecuencia de este Plan:

Se formalizo la existencia de un registro donde constan todo tipo de agresiones, incluyendo las que eufemísticamente llamamos de baja intensidad, como amenazas verbales y exigencias intimidatorias.

Se elaboró un mapa de riesgos inicial para establecer las medidas de prevención y protección más adecuadas trabajándose especialmente en las áreas de salud mental y urgencias tanto de atención primaria como hospitalaria.

Desde ese momento los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario disponen de asistencia jurídica por parte del Servicio de Salud para darles soporte adecuado ante un suceso conflictivo.



Es significativo también la línea estratégica que el SESPA se había planteado con la elaboración del PLAN DE CONFORTABILIDAD DE LOS CENTROS SANITARIOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS y que se trabajó previamente al plan de actuación frente a la conflictividad. Llama la atención, además, la exposición de la justificación del dicho Plan, que dice:

La humanización del ambiente sanitario y particularmente el medio ambiente hospitalario, es un objetivo necesario para superar la percepción ajena y con frecuencia hostil con que los centros sanitarios se presentan al usuario. Replantear el conjunto de la cadena de valor de la atención sanitaria requiere un rediseño de los componentes arquitectónicos, de acogida, de la confortabilidad de las esperas y su duración y, de todos los componentes del entorno que acompaña al paciente.

Los responsables de los centros, centrados en la prioridad de las respuestas científico-técnicas a los problemas de salud, hemos contribuido a desarrollar un sistema de servicios asistenciales de alta calidad en la atención a procesos clínicos descuidando, a menudo, el entorno en que estos procesos se están produciendo.

Toda empresa de servicios está obligada a replantear de modo continuo la opinión y la satisfacción de sus clientes con el servicio que reciben. Contra esta actitud en la sanidad pública también es una exigencia dar respuesta a un entorno cambiante caracterizado, al menos por alguno de los siguientes elementos:

- Por que los cambios en el perfil y las expectativas de los usuarios requieren una adaptación del modo cómo se proporcionan los servicios.

En efecto, el perfil epidemiológico de los usuarios está cambiando aceleradamente, incorporando un usuario con alto grado de cronicidad, frecuentes procesos incapacitantes y de generación de dependencia,

originados, entre otros factores por el envejecimiento progresivo de la sociedad.

Este nuevo usuario requiere con frecuencia contactos reiterados con el servicio, con mayor continuidad en la atención y utilización de una amplia diversidad de recursos diagnósticos o técnicos. En consecuencia, atención a pacientes con elevado grado de dependencia, y necesidad de información continua y de trato habitual con los servicios de salud, en el que resulta crucial los sistemas administrativos de accesibilidad, acogida, trato y de confort en unas instalaciones que usan con frecuencia.

- Porque los cambios tecnológicos precisan una innovación continua de los métodos de trabajo y de acercamiento al usuario.

Además, las expectativas de los usuarios vienen condicionadas por un crecimiento revolucionario de las tecnologías de la información que ponen a disposición de los ciudadanos sistemas de referencia para contrastar los procedimientos, las técnicas y los resultados.

Tanto las demandas de los usuarios y profesionales como las encuestas realizadas a las personas que han necesitado asistencia sanitaria nos indican la necesidad de elaborar un Plan de Confortabilidad, que cuide los pequeños detalles que producen insatisfacción en el ciudadano, a fin de trabajar de manera integrada, coordinada y programada sobre todos aquellos aspectos y detalles que determinan e influyen en la humanización y calidad de trato, accesibilidad, confort y atención recibida por los usuarios y en sus aspectos no estrictamente clínico-asistenciales que, sin embargo, influyen de una manera decisiva en la imagen y opinión que estos se forman de la organización y buen hacer profesional en los centros sanitarios.

Por su parte el desarrollo continuo de nuevas tecnologías añade a esta aspiración de los pacientes la necesidad de una actualización permanente en las técnicas y métodos que convierta a los servicios en verdaderos garantes del cuidado de la salud ciudadana.

En este entorno la comunicación a través de nuevos medios de telefonía o electrónicos suponen un nuevo reto para el desarrollo de la continuidad de cuidados y de proximidad y accesibilidad a los ciudadanos.

- Porque la sociedad lo demanda. El Servicio de Salud del Principado, tal como recoge en el Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos, reconoce que persisten manifiestas dificultades de acceso en tiempos de espera para consulta y para múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos y que son vividos por los ciudadanos como uno de los problemas más importantes de nuestro sistema sanitario. Además de los prolongados tiempos de espera, son elementos de clara insatisfacción la falta de confort de algunos hospitales, especialmente en las áreas de hospitalización y zonas de espera, la complejidad en determinados trámites administrativos; la mala señalización o la frecuente desconexión

entre servicios de un mismo centro e incluso profesionales de un mismo servicio.

Igualmente, son causa de insatisfacción entre usuarios y profesionales la existencia de circuitos poco idóneos, que sobrecargan a los pacientes y al propio sistema sanitario, obviando el papel de la atención primaria de salud como eje vertebrador del sistema e impidiendo la continuidad asistencial entre niveles de atención.

Asimismo, para el desarrollo de este Plan se ha contado con la participación de los ciudadanos representados en las diferentes asociaciones, profesionales sanitarios, sindicatos, asociaciones profesionales, colegios profesionales, personas representativas de los medios de comunicación, representantes de escuelas de formación de futuros profesionales y Unión de Consumidores.

De la jornada de trabajo, donde trabajaron conjuntamente ciudadanos y profesionales, se obtuvieron una serie de conclusiones que ha permitido el desarrollo de este Plan y que demandan un cambio y una modernización de los servicios sanitarios.

Dentro de las líneas de trabajo, destacan en el ámbito de este documento “el plan de los pequeños detalles” cuyo objetivo era “humanizar y mejorar la calidad del trato” y establecía un decálogo propuesto por Joan Elías Monclus:

DECALOGO DE CALIDAD DEL TRATO

1. CUMPLIR SIEMPRE TODAS LAS PROMESAS QUE SE HACEN AL USUARIO.
2. ADAPTARSE AL “RELOJ” DEL USUARIO”.
3. TENER “OBSESIÓN” POR LOS DETALLES.
4. SER SIEMPRE CORTÉS.
5. MANTENER EL ROL.
6. DAR SEGURIDAD Y CONFIANZA.
7. RESPETAR LA CONFIDENCIALIDAD.
8. SER EXTREMADAMENTE ACCESIBLES.
9. COMUNICAR COMPRENSIBLEMENTE.
10. REPARAR EL ERROR.

La implantación del plan de confortabilidad conlleva a numerosas acciones tanto en la mejora de la calidad del trato, como de la mejora de la accesibilidad, el equipamiento hostelero y un especial énfasis en que los centros sanitarios fueran unos espacios libres de humo.



4. ¿Qué ha pasado desde entonces?

La violencia en la actualidad es un fenómeno sociocultural que alcanza a múltiples ámbitos: violencia de género, violencia infantil, violencia política, violencia étnica, violencia escolar y, cómo no, también al ámbito laboral. Aunque este último ha sido considerado tradicionalmente como un ambiente relativamente benigno y libre de violencia, nuestra concepción del problema ha evolucionado hacia el concepto de que la violencia laboral no es un problema individual y aislado.

Nos dice Martínez Pereda que en no mucho tiempo se ha pasado, de recibir de los diferentes medios de comunicación noticias de reconocimientos a nuestros médicos, a las reiteradas agresiones físicas y verbales de los facultativos y demás sanitarios en el ejercicio de su profesión.

No se trata de hechos aislados, que acontezcan alguna vez en un centro hospitalario, sino algo que se repite con demasiada frecuencia en Urgencias y en Centros de Atención Primaria.

Su rápida evolución en España parece responder a un patrón de creciente violencia interpersonal observada en diversos ámbitos de nuestra sociedad (familia, educación, medio laboral, ocio, etcétera).

Uno de los riesgos a los que están sometidos los trabajadores en el desempeño de su actividad diaria es consecuencia de la interacción con otras personas, la cual puede derivar en comportamientos agresivos o de sometimiento o maltrato. La Organización mundial de la Salud (OMS) estima que uno de cada seis trabajadores enferma por maltrato en el ámbito laboral.

Las agresiones a los profesionales de los servicios sanitarios, por usuarios o sus familiares y acompañantes, es otra de las manifestaciones de una intolerancia creciente. Y no sólo en nuestro medio sino también en países de nuestro entorno. Las agresiones en el ámbito de los profesionales de la sanidad es un fenómeno internacional, que están latentes en otros países del entorno europeo (Francia, Gran Bretaña) como en otras latitudes (Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y América Latina).

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo incluye entre los factores de riesgo y problemas de salud para el sector de la atención sanitaria: la violencia del público.

La violencia en el sector sanitario forma parte de la violencia que en el conjunto de la sociedad impera en muchas ocasiones, a los médicos se les ha perdido el respeto, las agresiones son el pan nuestro de cada día en la sanidad española, especialmente en atención primaria y en urgencias. El 75% de los facultativos recibe insultos o amenazas, pero apenas tres de cada diez formaliza la denuncia tras ser agredidos de forma física o verbal.

La sociedad actual es una de las más agresivas de la historia. La violencia es una de las lacras a las que se enfrenta la sociedad actual, una de las más agresivas de la historia de la humanidad, denuncia la Organización Mundial de la Salud, que afirma que el incremento de los actos violentos supone un grave problema mundial. En España los psiquiatras David Huertas, Juan José López-Ibor y María Dolores Crespo han elaborado un estudio sobre "Neurobiología de la Agresividad Humana", en el que alertan del fracaso en el control de la violencia. Los especialistas afirman que los enfermos mentales son quienes tienen mejor controlados sus impulsos violentos, que menos de un 10% de la violencia actual tiene relación con la enfermedad psiquiátrica y que son los individuos sin trastornos psicológicos quienes más contribuyen a producir sociedades violentas.

Destacan en su trabajo que el siglo XX ha sido el más violento de la historia de la humanidad y que los comienzos del XXI parecen continuar esta pauta, en la que la globalización contribuye a que los mismos problemas se extiendan por todos los países. La agresión instrumental, que sirvió para ayudar a la especie humana a convertirse en el ser dominante del planeta, se utiliza ahora para la destrucción de los propios seres humanos y contribuye a que hayan crecido el número de enfrentamientos bélicos en diferentes lugares del mundo. También el cine, la televisión, el teatro, la novela y hasta la moda están inmersos en una tendencia global hacia la hostilidad, a la que también contribuye en buena parte el arte moderno, con una estética de la transgresión que hace gala de los instintos más

sádicos del ser humano y que incide en una forma de violencia únicamente humana que busca, sólo por placer, satisfacer los instintos agresivos. El psiquiatra David Huertas, profesor de Psiquiatría de la Universidad de Alcalá de Henares, denuncia que la agresividad es un valor en alza en muchos juegos de ocio y destaca que en los medios de comunicación se recoge esta situación, constatada en noticias que hablan del aumento de la violencia doméstica, del maltrato en las escuelas, de las peleas por incidentes de tráfico o del aumento de las guerras en el mundo. La cultura y la educación son formas de modular la agresividad y se apela por hacer un esfuerzo mayor para su fomento y desarrollo, para conseguir mejores resultados en la lucha contra todas las formas de disfunción social basadas en la violencia. Huerta dice que los seres humanos son agresivos por naturaleza y que este instinto es necesario para la supervivencia de la especie, pero que en lo que falla la sociedad actual es en el control de los comportamientos agresivos innecesarios y patológicos. Entre las causas que se apuntan sobre esta falta de control de la agresividad destacan, además de los factores biológicos, algunos factores socioambientales propios de las sociedades modernas como son la masificación, la contaminación acústica y atmosférica, las deficiencias de la educación y la frustración de las expectativas de buena parte de la juventud. Uno de los mitos que se rompe es el de que el sexo masculino es más agresivo que el femenino, ya que los últimos estudios apuntan a que la tasa de agresividad en las mujeres es igual o superior a la de los varones y que lo único que cambia es la forma de expresión. En los hombres, que por lo general tienen más fuerza y tamaño, las formas de agresión suelen ser directas y más extremas, mientras que las mujeres optan por formas indirectas como la descalificación, el rechazo o la humillación.

Nuestra sociedad cambia a ritmo vertiginoso. Y, en medio de otros cambios más amables y que nos hacen la vida mejor, florecen algunos rasgos que deberían al menos inquietarnos. Uno de ellos es una mayor agresividad en todos los órdenes de la vida. Parece como si todo el mundo, de repente, se hubiese hecho menos tolerante con las diferencias y con un cierto nivel de discrepancia respecto a lo que uno piensa, que nos debería parecer natural. Y es que lo nuestro y lo de los demás

es igual de respetable, siempre que supere listones mínimos, relacionados con los derechos más elementales de todas las personas. Pero, en la práctica, tal planteamiento no se acepta, y eso se traduce en la confrontación agresiva de opiniones y formas de ver la vida y la sociedad en la calle, pero también en los medios de comunicación y hasta en los Parlamentos. Se evidencia, también, en el afloramiento de nuevos proyectos que rozan o, directamente, abrazan un cierto grado de totalitarismo, como los nuevos partidos emergentes de ultraderecha en buena parte de Europa, con un discurso basado en el odio. O en muchos otros rasgos de nuestra sociedad del siglo XXI. José Luis Quíntela.

Aunque todas las Comunidades Autónomas disponen o bien de un Plan para reducir las situaciones de conflicto o para proteger a los profesionales sanitarios que se desarrollaron entre el 2002 y el 2010, lo cierto es que el número de agresiones, sobre todo verbales ha aumentado en los últimos años y la percepción de hostilidad es mayor, tanto por parte de los profesionales como de los pacientes y/o usuarios.

Datos del barómetro sanitario confirman que, aunque la confianza en los profesionales sanitarios permanece intacta a lo largo de los años la puntuación sobre el trato recibido baja paulatinamente en todas las Comunidades Autónomas.

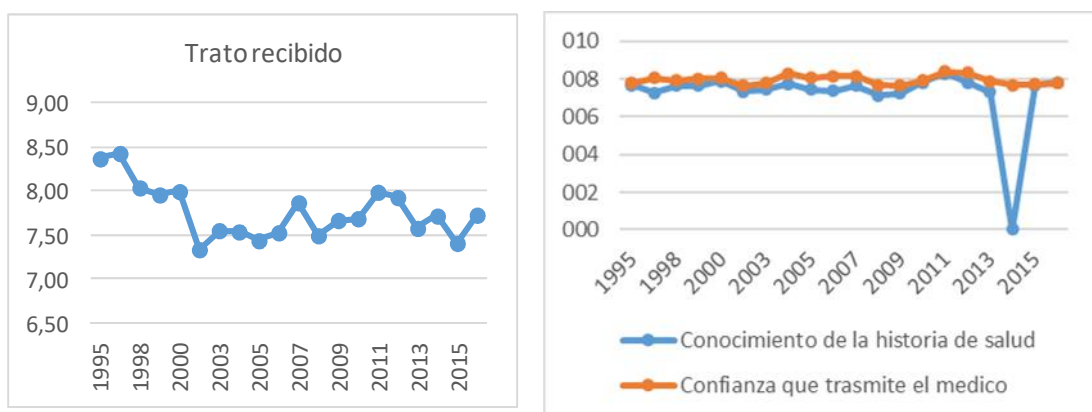


Fig.5. Evolución del trato recibido y del conocimiento percibido de los profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias 1995-2016. Fuente: Elaboración propia con datos del Barómetro Sanitario 2017.

El pasado año el Ministerio del Interior crea la figura del Interlocutor Policial Territorial Sanitario para actuar ante las agresiones a los profesionales sanitarios

-) Juan Ignacio Zoido presentó junto a Dolors Monserrat la Instrucción de la Secretaría de Estado de Seguridad del Estado sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud
-) El Protocolo de Actuación de las FCSE para actuar ante las agresiones a los profesionales sanitarios contempla medidas preventivas, asistenciales, investigativas, formativas e informativas
-) Zoido ha anunciado la creación de un Observatorio de Seguridad Integral en Centros Hospitalarios que va a servir para articular mecanismos e instrumentos de colaboración y coordinación a nivel nacional entre las FCSE y las autoridades sanitarias competentes.

Des entonces se han producido revisiones de los Planes de Actuación en algunas Comunidades Autónomas con el fin de coordinar las acciones en materia de prevención de situaciones conflictivas junto con el Interlocutor Policial Sanitario.

29

Para conocer cuál es la situación del plan en el Servicio de Salud del Principado de Asturias llevamos a cabo una encuesta en todas las áreas sobre cuáles son los conocimientos y percepción del mismo.

Se investigó en las áreas sanitarias cual sería la respuesta en la práctica a las siguientes preguntas:

1. ¿Conoce el “Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios”?
2. Procedimiento que se realiza en el Área Sanitaria cuando se produce una agresión verbal/física.
3. ¿Hay en el área sanitaria algún responsable del Plan?
4. ¿Cree que los profesionales de su Área Sanitaria conocen el “Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios”?
5. Propuestas para difundir e implantar el Plan (en su caso)

6. ¿Qué mejoras añadiría al mismo?

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Conocimiento	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Procedimiento	SPRL envía SESPA	SPRL envía SESPA	Gerencia envía al SESPA y a SPRL	SPRL envía SESPA y comunica a la Gerencia dependiendo de la magnitud.	Gerencia envía al SESPA	Gerencia envía a SESPA	No existe procedimiento como tal	Existe procedimiento documentado.
Responsable	SPRL	Dirección	No hay	SPRL	Gerencia	Gerencia	No hay	SPRL
Implantación	Cree que no está del todo implantado	Cree que no está del todo implantado	Cree que no está del todo implantado	Cree que no está del todo implantado	Cree que no está del todo implantado	Cree que no está del todo implantado	Solo lo conocen los de urgencias	Cree que no está del todo implantado
Propuestas implantación	Información y difusión	A todos los niveles. Personal y mando	Plan de difusión	Difusión a través sindicatos y foros establecidos.	Información y difusión	Acercamiento SESPA- resultados	Difusión	Evaluación y feed back de las notificaciones
Mejoras		Información y elementos activos de seguridad	Formación en comunicación. Trabajo en equipo.	Reunión de los SPRL y conocimiento de lo que ocurre luego con las notificaciones	Mejorar la comunicación pacientes- profesionales sanitarios	Comunicación y formación.	Adecuación de consultas. Mesas y Seguridad.	Actualización del Plan

30

Tabla 4. Resultados de la encuesta sobre conocimientos y percepción del Plan para el manejo de situaciones conflictivas en los servicios sanitarios del Principado de Asturias. Fuente: elaboración propia.

Entre los resultados obtenidos destacan:

1. Se conoce la existencia del Plan en todas las áreas sanitarias.
2. Existen dudas sobre cuál debe ser el circuito establecido de la notificación y de quien es el responsable o mediador para ponerse en contacto con el agredido. Los cambios en los responsables del Plan, en los cuerpos directivos, en los mandos intermedios e incluso en el personal de los Servicios de Prevención han contribuido a que se hayan difuminado los circuitos y los porqués de cada acción.
3. Como propuestas de mejora indican:
 - a. Definir claramente el circuito, quien es el responsable, las funciones de cada uno.

- b. Recibir el feed back de lo notificado para poder cerrar los incidentes y aprender de lo sucedido.
- c. Es necesaria formación en seguridad, en comunicación, en trabajo en equipo, en defensa personal...
- d. Incorporación de dispositivos de apoyo a la seguridad.
- e. Unificar el trabajo de los Servicios de Prevención en este ámbito de actuación.

Se puede concluir entonces que existen dos bloques fundamentales de agresiones a profesionales sanitarios:

-) Las derivadas de zonas de “alto riesgo”: urgencias hospitalarias, primaria, salud mental fundamentalmente donde la agresión es difícil de prever y por tanto todas las medidas tenderán a revisar el análisis realizado al principio del Plan para intentar acercar el diseño y las herramientas tanto de estructura como físicas (manejo de situaciones conflictivas, defensa personal, adecuación de espacios). Cabe resaltar que desde 2007 se imparten en el Adolfo Posada cursos dedicados a manejo de situaciones conflictivas para toda la administración del Principado de Asturias.
-) Las que se producen por un “aumento de agresividad en la comunicación médico. -paciente” y en las que las medidas adoptadas requieren más imaginación.

Para terminar, mencionaremos el estudio llevado a cabo por el National Health Service, estudio “Understanding Violence and Agression in Accident and Emergency Departments “ESRO 2011; donde definen **las características que** hacen que un paciente se convierta en agresivo y cuáles pueden ser sus desencadenantes.:



CONFUNDIDO CLINICAMENTE
 FRUSTRADO
 INTOXICADO ALCOHOLICAMENTE O CON OTRAS
 SUSTANCIAS ADICTIVAS
 ANTI SOCIAL
 ENFADADO
 ESTRESADO/ASUSTADO
 SOCIALEMENTE AISLADO

Confirman, a su vez, la existencia de **desencadenantes o triggers** que pueden precipitar una situación violenta:

DIFERENTES TIPOS DE PACIENTES CON NECESIDADES CLÍNICAS Y NO CLÍNICAS

RETRASO EN LA ATENCIÓN

AMBIENTES POCO AGRADABLES Y DESHUMANIZADOS

EMOCIONES INTENSAS

SITUACIONES RUIDOSAS, CON MUCHAS PERSONAS, SENSACIÓN DE CAÓTICAS

INEFICIENCIA PERCIBIDA

RESPUESTA PROFESIONAL INCONSISTENTE

FATIGA DEL STAFF

Con ello se buscaron las siguientes **soluciones** en el diseño:

-) Rediseño de procesos y circuitos del paciente en el Servicio de Urgencias
-) Espacios versátiles
-) Optimizar el tiempo de espera o hacer la espera más agradable
-) Mejorar la comunicación
-) Revisar y hacer los espacios más seguros para los profesionales
-) Identificar los lugares y los procesos con claridad

32

Estudiaron todos estos posibles resultados e **intervinieron en**

1. LA LLEGADA AL SERVICIO DE URGENCIAS: LA PRIMERA IMPRESIÓN DEBE SER POSITIVA Y MANEJAR ADECUADAMENTE LAS EXPECTATIVAS DE PACIENTES Y ACOMPAÑANTES.
2. LA EXPERIENCIA DE LA ESPERA
3. GUIA DE COMUNICACIÓN
4. CONSTRUIR UNA RELACIÓN DE EQUIPO ENTRE LOS PROFESIONALES, USUARIOS Y SISTEMA

5. ¿Qué podemos hacer? Definiendo objetivos.

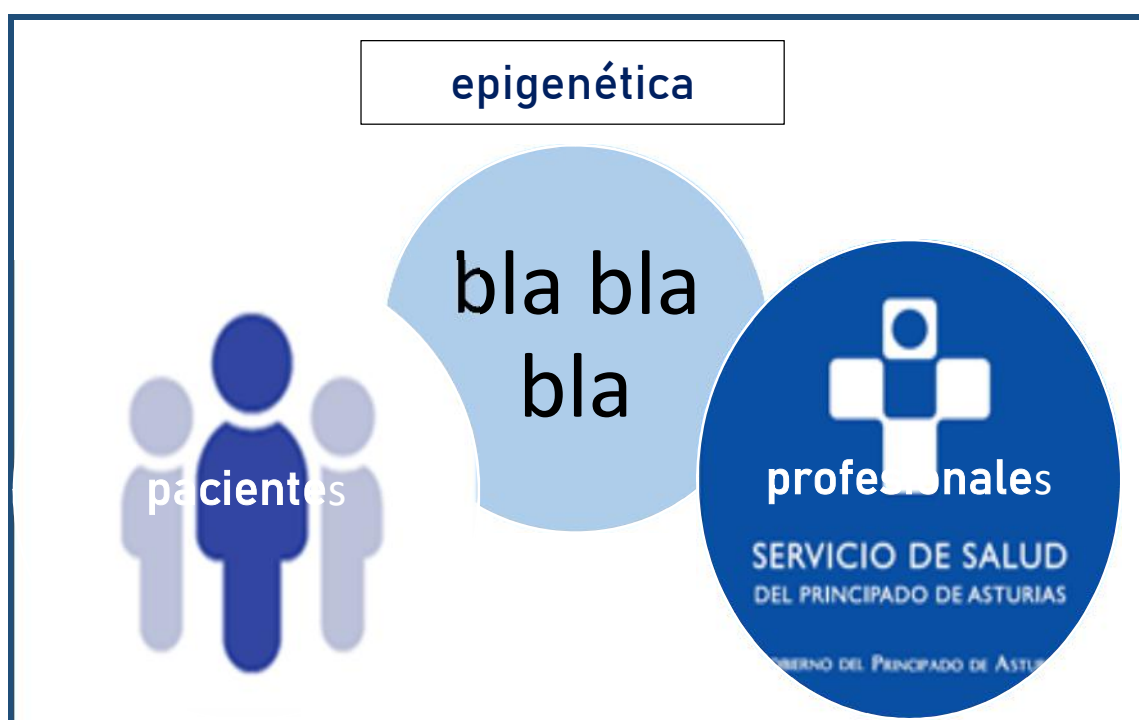
El objetivo fundamental es mejorar la confianza y seguridad de los profesionales que trabajan en el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Como objetivos secundarios se plantean:

1. Mejorar la comunicación en la relación profesionales del servicio de salud del Principado de Asturias con los pacientes y usuarios.
2. Disminuir el número de incidentes que ocurren en los centros sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma.
3. Disminuir la gravedad de los incidentes que ocurren en los centros sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma.
4. Mejorar la percepción de trato recibido por parte de los pacientes y usuarios que acuden al Servicio de Salud.
5. Implantar un modelo de formación en competencias profesionales que mejoren la seguridad y confianza de los profesionales del sector salud.
6. Revisar y adecuar el proceso de notificación y registro incorporando las necesidades internas y de entidades públicas externas.
7. Colaborar con todas aquellas entidades públicas y Fuerzas del Orden y Seguridad del Estado para aprovechar su experiencia, conocimientos y asesoramiento y difusión.
8. Utilizar las metodologías del trabajo en experiencia del paciente al trabajo y diseño habitual.
9. Incorporar en la medida que la eficiencia lo haga posible nuevas tecnologías que minimicen los riesgos en las situaciones conflictivas que puedan ocurrir.
10. Difundir a la opinión pública la necesidad de un cambio bidireccional también en el ámbito de los pacientes y usuarios para la mejora del trato y la relación usuario-servicio de salud.

6.Línea estratégica 1. Aprendiendo a evitar una situación difícil.

Tal y como sucede en todos los riesgos que nos podemos encontrar en cualquier trabajo y siguiendo la metodología de la Gestión del Riesgo lo primero que debemos hacer es poner todas las medidas necesarias para evitarlos. En la relación trabajador- paciente/ciudadano/ usuario existen cuatro elementos fundamentales:



34

Fig.6. Cadena de la relación profesional-paciente. Fuente: Elaboración propia.

Esos elementos combinados entre si dan las claves que pueden positivar las múltiples interacciones que profesionales del sector mantienen con los pacientes o usuarios que acuden a los centros sanitarios evitando situaciones de riesgo o realmente conflictivas.

El National Health Service evaluó una experiencia diferente de reducción de la agresividad en los servicios de urgencias de los hospitales denominado **THROUGH A BETTER EXPERIENCE REDUCING VIOLENCE AND AGGRESSION IN A&E-**. (REDUCIENDO LA VIOLENCIA Y AGRESIONES EN EMERGENCIAS A TRAVES DE UNA MEJOR EXPERIENCIA DEL PACIENTE)

El elemento clave en todo el diseño de las actuaciones es intentar verlo desde la perspectiva del usuario, evaluando entre profesionales y usuarios todos los elementos de la cadena de atención.

Entre los posibles “triggers o desencadenantes” de cada uno de los eslabones de la cadena priorizaron

Paciente	Profesional	Comunicación	Epigenética
Diferentes culturas, niveles sociales, necesidades sanitarias y no sanitarias	Fatiga del staff: física y emocional	Respuesta inconsistente	Esperas
Características de los pacientes: <ul style="list-style-type: none">) Clínicamente confundidos) Frustrados) Consumidores de diferentes sustancias) Enfadados/anti sociales) Asustados) Aislados socialmente 	Edad	Falta de comprensión	No ver la progresión en la atención
Emociones intensas	Falta de seguridad	Falta de formación	Ambiente poco hospitalario
Expectativas irreales en tiempo y resultados obtenidos	Saber que no se pueden cumplir las expectativas		Ambiente deshumanizado
			Ambiente que genera inseguridad física y en la atención
			Ineficiencia percibida

Tabla 5. Triggers desencadenantes de una situación conflictiva: Fuente: elaboración propia. THROUGH A BETTER EXPERIENCE REDUCING VIOLENCE AND AGGRESSION IN A&E

**Experience will be and is already emerging as a key, if not
the primary, differentiator in healthcare.
The opportunity in front of each organization is how they
will seize this moment.**

LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE ESTÁ EMERGIENDO COMO EL PRINCIPAL
ELEMENTO DIFERENCIADOR
EN LA ATENCIÓN SANITARIA, SINO LO ES YA.
COMO APROVECHE CADA ORGANIZACIÓN ESTE MOMENTO SERA SU GRAN OPORTUNIDAD.

A REPORT ON THE BERYL INSTITUTE BENCHMARKING STUDY
THE STATE OF PATIENT EXPERIENCE 2017:
A RETURN TO PURPOSE
JASON A. WOLF, PH.D., CPXP, PRESIDENT

A. La experiencia del paciente - la experiencia del profesional

Algo tan sencillo como “ponerse en el lugar del otro” hoy en día resulta extremadamente difícil. La exigencia por parte de los usuarios es cada vez mayor, lógicamente, y el cansancio de los profesionales sigue la misma línea ascendente, por su trayectoria y contingencias profesionales.

Objetivo operativo 1. Invertir los papeles.

Actividad 1.1. Desarrollar talleres en las áreas sanitarias en aquellas unidades, centros o servicios que sean más conflictivos bien por las incidencias o por la bibliografía estudiada de forma que algún profesional viva un circuito real del paciente y algún paciente viva el día a día de un profesional que trabaja en un centro sanitario.

Tareas.

- ✓ Designar a uno o varios líderes de cada área sanitaria para llevar a cabo el taller de experiencia del paciente propuesto.
- ✓ Formar en el módulo de competencias profesionales para la mejora de la confianza y seguridad de los profesionales sanitarios (módulo I) a los líderes de las áreas que van a llevar a cabo la experiencia “invertir los papeles”.
- ✓ Pilotar una experiencia y evaluar y presentar los resultados de la misma a otros profesionales y pacientes del centro (consejo de salud, asociaciones de pacientes...)
- ✓ Planificar en función de la experiencia vivida y las evaluaciones presentadas la difusión a otros profesionales y otras áreas.

37

Indicadores:

Existencia de líder o líderes nombrados en cada área sanitaria	>1
Número de profesionales formados en metodología de experiencia del paciente / área sanitaria-año	>1
Número de profesionales formados en experiencia del paciente/servicio de salud del principado de Asturias-año	>8
Número de participantes en los talleres “invertir los papeles” en el área sanitaria durante un año	>60

Tabla 6. Indicadores objetivo operativo 1. Invertir los papeles. Fuente: elaboración propia.

B. Diseño de espacios. Epigenética de la cadena de relación.

Aunque desde la Consejería de Salud y el SESPA se ha trabajado en los últimos años en numerosas obras, bien nuevas bien de adaptación o reforma de espacios con el fin de hacerlos más confortables y amigables, el uso diario puede llevar a pequeños desajustes entre el circuito y proceso de atención y los espacios dedicados a ellos. Esto conlleva a veces malestar bien por parte del profesional o de los pacientes y acompañantes que pueden enturbiar la relación,

Objetivo operativo 2. Incluir a los actores en el diseño o adaptación de espacios en sitios de especial interés por su frecuencia de uso, conflictividad o alta carga de stress en pacientes o trabajadores.

Actividad 2.1. Utilizar técnicas o herramientas como “Design thinking” para la búsqueda de micro soluciones a un espacio de medio o alto riesgo en cada área sanitaria.

38

Tareas.

- ✓ Designar a un líder de cada área sanitaria para llevar a cabo el taller de experiencia del paciente propuesto (Design Thinking)¹
- ✓ Formar en el módulo de competencias profesionales para la mejora de la confianza y seguridad de los profesionales sanitarios (módulo II) a los líderes de las áreas que van a llevar a cabo la experiencia “Design Thinking”
- ✓ Pilotar una experiencia y evaluar y presentar los resultados de la misma a otros profesionales y pacientes del centro (consejo de salud, asociaciones de pacientes...)

¹ Diseño basado en el pensamiento

Indicadores:

Existencia de líder o líderes nombrados en cada área sanitaria	>1
Número de profesionales formados en metodología de experiencia del paciente “Design Thinking” / área sanitaria-año	>1
Número de profesionales formados en experiencia del paciente/servicio de salud del principado de Asturias-año	>8
Número de áreas evaluadas a través de la metodología “Design Thinking” en cada área sanitaria durante un año	>8

Tabla 7. Indicadores objetivo operativo 2. Incluir a todos los actores en el diseño. Design thinking en estructuras funcionantes. Fuente: elaboración propia.

Actividad 2.2. Utilizar técnicas o herramientas como design thinking integrando a los verdaderos actores (pacientes y profesionales) en el microdiseño de un área de alto riesgo que se vaya a construir (CAHU)

Tareas.

- ✓ Pilotar en el diseño una experiencia en un centro sanitario de nueva construcción (CAHU) en un área de alto riesgo (urgencias hospitalarias)

La elección no es baladí dada la frecuentación, el diseño actual del proceso de urgencias y la especial percepción y necesidad de conocimiento de las experiencias de pacientes y profesionales (han realizado una encuesta de conocimiento y satisfacción de ambos participantes) en un hospital de nueva construcción.

Indicadores:

Existencia de líder en CAHU	>1
Evaluación del área de urgencias a través de la metodología “Design Thinking” en el momento del diseño del proceso de urgencias.	SI

Tabla 8. Indicadores objetivo operativo 2. Incluir a todos los actores en el diseño. Design thinking en estructuras nuevas. Fuente: elaboración propia.

C. Comunicación, comunicación, comunicación.

La comunicación entre los profesionales y entre los profesionales y los pacientes y/o usuarios se ha convertido en el principal problema de seguridad del paciente en nuestros centros sanitarios y en uno de los principales desencadenantes de situaciones conflictivas tanto por desinformación, tacto, generar falsas expectativas, mostrar ineficiencia profesional y del sistema, ...

Aunque desde el Instituto Adolfo Posada se han desarrollado numerosas actividades formativas sobre comunicación tanto en personal administrativo o personal que está en primera línea de atención a los pacientes y/o usuarios, como en manejo de situaciones conflictivas, todavía sigue siendo necesario la evaluación y puesta en marcha de medidas correctoras.

Objetivo operativo 3. Implantar los puntos 3 al 9 del decálogo de Joan Elías Monclus para el Plan de confortabilidad de los centros sanitarios de la red pública del Principado de Asturias.

40

1. Cumplir siempre todas las promesas que se hacen al usuario.
2. Adaptarse al "reloj" del usuario.
3. Tener "obsesión" por los detalles.
4. Ser siempre cortés.
5. Mantener el rol.
6. Dar seguridad y confianza.
7. Respetar la confidencialidad.
8. Ser extremadamente accesibles.
9. Comunicar comprensiblemente.
10. Reparar el error.

Actividad 3.1. Difundir a través de los sindicatos, los colegios profesionales y los mandos intermedios los puntos 3 al 9 del decálogo informando que sólo cumpliendo esos puntos conseguimos reducir el enfado, la agresividad y la posible conflictividad con los usuarios del sistema.

Tareas:

-) Inclusión en el correo electrónico de todos los empleados del Servicio de Salud del Principado de Asturias los puntos del Decálogo en la pantalla de inicio.
-) Inclusión en las páginas web y formas de difusión de los sindicatos actualmente representados en los centros sanitarios del SESPA del decálogo y la importancia de su cumplimiento.
-) Traslado a los Colegios Profesionales de la importancia de trabajar en esta línea.
-) Información a universidad, facultades, escuelas o academias que forman a trabajadores que van a formar parte del sistema de los principios del decálogo. Entrega del decálogo a cualquier persona que comience a trabajar en nuestros centros sanitarios dentro del Plan de acogida de cada centro.
-) Traslado a las empresas adjudicatarias de concursos que trabajan en nuestros centros de la obligatoriedad de cumplir el decálogo.
-) Evaluar mediante audit aleatorio tanto de centros como de servicios o actividades la aplicación del decálogo sobre todo en las unidades de alto riesgo de conflictividad.

41

Indicadores:

Presencia del decálogo en página de entrada de correo electrónico del SESPA	SI
Presencia y difusión del decálogo a través de las fuerzas sindicales (> 80% confirmación de su difusión de todas las fuerzas representadas en el momento actual).	SI
Nº de actividades desarrolladas por los Colegios Profesionales en este ámbito.	>1
Numero de decálogos entregados/número de personas que trabajan o hacen prácticas en nuestro sistema por primera vez en un año.	>90%
Planificar y realizar un audit del conocimiento e implantación del decálogo en las unidades , centros y servicios de primera línea de atención comenzando por las de alto riesgo	SI

Tabla 9. Indicadores objetivo operativo 3. Implantación del decálogo JEM. Fuente: elaboración propia.

Objetivo operativo 4. Hacer partícipes a pacientes y/o usuarios de la aplicación del decálogo de forma bidireccional.

Actividad 4.1. Difusión de la existencia del decálogo.

Tareas:

-) Difusión a través de un “mensajero mediático” de la importancia del cumplimiento del decálogo en medios de comunicación en prensa, radio, televisión, redes sociales.
-) Comunicación a través de los Consejos de Salud de Área y de Zona de la existencia de este Decálogo.

Indicadores:

Presencia del decálogo en medios	SI
Inclusión en las actas (una) de los Consejos de Salud como punto del orden del día. / total de consejos de salud de área y de zona constituidos y activos y con reunión anual	100%

42

Tabla 10. Indicadores objetivo operativo 4. Implantación del decálogo JEM. Fuente: elaboración propia.

Objetivo operativo 5. Que decimos/que escuchamos/que nos dicen/que nos escuchan/que nos entienden.

Actividad 5.1. Mejorar la comunicación sobre todo en lo relativo a frustrar y/o generar desencadenantes que puedan dar lugar a situaciones conflictivas.

Tareas:

-) Revisar en la bibliografía existente cuales son las alteraciones de la comunicación que conllevan mayor desasosiego por parte de los ciudadanos y/o usuarios
-) Evaluar mediante encuesta y audit los puntos posibles de conflicto.
-) Constituir un grupo mixto trabajadores /usuarios/pacientes que proponga iniciativas.

Indicadores:

Revisión bibliográfica y de experiencias documentada y priorizada.	SI
Evaluar los puntos de conflicto para ver si corresponden con lo previsto.	SI
Proponer iniciativas en mejora de la comunicación/ implantarlas y evaluarlas	>3

Tabla 11. Indicadores objetivo operativo 5. Evaluación de la comunicación. Fuente: elaboración propia.

Actividad 5.2. Hacer partícipes a los pacientes de la información que necesitan para una mejora de la comunicación.

Tareas:

-) Incorporar al menos a 5 asociaciones de pacientes de patologías prevalentes para que descubran cual es la información mínima que deben tener en su circuito habitual en el sistema sanitario para poder disminuir la incertidumbre tanto en a donde ir, como ir, en qué condiciones, como preguntar dudas, como y que contar que es importante y la información a la salida del proceso. Es decir, realizar un “roadmap” del viaje del paciente en un proceso concreto para que él sea proactivo y traiga la información necesaria preparada y pregunte lo que es necesario para él.
-) Implantarlo y evaluarlo.

43

Indicadores:

Roadmap elaborados e implantados en cinco procesos asistenciales concretos	>3
--	----

Tabla 12. Indicadores objetivo operativo 5. Roadmap de información. Fuente: elaboración propia.

D. No estamos solos.

La única forma de poder anticiparse a posibles situaciones conflictivas mejorando el clima general en la relación entre profesionales y sanitarios es trabajar todos en la misma dirección. Existen numerosos colectivos que están ayudando y llevando a cabo tareas y programas que pueden compatibilizarse y priorizarse bien para que sean actividades que generen efecto eco por su repetición bien por una línea de trabajo única.

Interlocutor Policial Sanitario.

La figura propuesta por la Resolución del Ministerio del Interior de fecha 5 de Julio de 2017 aporta y puede aportar una visión nueva desde el conocimiento y la experiencia a la previsión de conflictos. La incorporación de esta figura a los centros sanitarios franceses ha sido de especial relevancia no sólo en cuanto a la disminución de agresiones y situaciones de riesgo, sino también de prevención de delitos que se suceden habitualmente en nuestros centros y en la preparación de profesionales y usuarios ante la situación de amenaza de atentado terrorista sufrida en los pasados años.

En nuestro entorno, nos parece de especial interés:

-) En la evaluación de los espacios para proponer posibles alternativas que dificulten las agresiones y conflictos.
-) En la formación de manejo de situaciones difíciles
-) En la forma de avisar y ponerse en contacto con cualquier Fuerza del Orden Público.
-) En el uso de aplicaciones y/o dispositivos que puedan mejorar la seguridad de los profesionales sanitarios (alert copps)

El **objetivo** propuesto sería colaborar junto con el Interlocutor Policial Sanitario, la Dirección General de Interior de la Consejería de Presidencia responsable de la seguridad en los edificios públicos y todos aquellos que participen en la seguridad del SESPA.

6. Línea estratégica 2. Minimizando los daños

Aunque se trabaje adecuadamente en la prevención va a haber situaciones que precipiten una situación de conflicto, de amenazas, insultos, agresiones verbales o la peor situación, agresiones físicas.

A. Dominar el escenario.

Objetivo operativo 6. Dominar el escenario.

Actividad 6.1. Saber disminuir el nivel de agresividad.

Tareas:

-) Incorporar en las competencias profesionales para la mejora de la confianza y la seguridad de los profesionales del sector sanitario un taller de formación en “como manejar las situaciones difíciles”.
-) Formar a un representante de cada uno de los centros, servicios o unidades de alto riesgo en formación teórico practica para manejar las situaciones difíciles. La formación también podrá extenderse a las personas que voluntariamente quieran participar.
-) Cada representante deberá explicar individualmente al resto de los integrantes de la unidad en un supuesto práctico de diez minutos en el puesto de trabajo.

45

Indicadores:

Existencia de representante formador en cada área sanitaria	>1
Número de profesionales formados en manejo de situaciones difíciles/ área sanitaria-año	>40
Número de profesionales formados en cascada de forma práctica en su puesto de trabajo/área sanitaria-año	>300

Tabla 13. Indicadores objetivo operativo 6. Agresividad. Fuente: elaboración propia.

Actividad 6.2. Huir no es de cobardes.

Tareas:

-) Cada trabajador que tenga contacto directo con usuarios y/o pacientes deberá tener diseñado en el formato que crea oportuno y practicado cual es la forma de salir de su puesto de trabajo ante una situación de riesgo (puede ser extensible a cualquier necesidad de evacuación ante cualquier amenaza)
-) El formador en manejo de situaciones difíciles indicara a cada trabajador la necesidad de evaluar el entorno y tenerlo en formato físico, así como practicarlo temporalmente.
-) Las fuerzas sindicales, especialmente a través de los delegados de prevención, podrán ayudar a los trabajadores en la búsqueda del mejor diseño de evacuación.

Indicadores:

Número de trabajadores que tienen diseñado la forma de salir de su puesto de trabajo ante una situación difícil /número de trabajadores en unidades de alto riesgo por área sanitaria	>90
---	-----

Tabla 14. Indicadores objetivo operativo 6. Huir no es de cobardes. Fuente: elaboración propia.

Actividad 6.3. Planificar situaciones excepcionales. En determinadas situaciones la agresividad de los pacientes y/o usuarios puede no ir dirigida solo al profesional de forma individual, sino que puede ser una amenaza colectiva. En ese caso es necesario planificar que hacer y cómo comunicarlo para minimizar los posibles daños colectivos.

Tareas:

En colaboración con el Interlocutor Policial Sanitario, los Servicios de Prevención de las Áreas Sanitarias, la Dirección General de Interior, así como los directores de los planes de autoprotección de los centros sanitarios se revisará el protocolo de actuación ante amenaza externa y se actualizará si fuera necesario.

Indicadores:

Número de áreas sanitarias con revisión del plan de autoprotección en el punto específico de amenazas colectivas (agresiones externas)	8
--	---

Tabla 15. Indicadores objetivo operativo 6. Amenazas comunes. Fuente: elaboración propia.

Actividad 6.4. Minimizar los daños físicos. Es necesario tener conocimientos de alguna competencia de defensa personal por si la agresión llegara a producirse.

Tareas:

-) Incorporar al programa de competencias profesionales en mejora de la confianza y seguridad de los profesionales del sector salud un módulo de formación en defensa personal
-) Diseñar diferentes tipos de cursos que aumenten la capacidad de los trabajadores en defensa personal y evaluar su aceptación, factibilidad y eficacia de los mismos.
-) Difundir aquel que reciba una mejor evaluación.

Indicadores:

Programa diseñado en diferentes modalidades de cursos de defensa personal	SI
Modalidades de curso evaluadas	>2
Plan de formación en defensa personal incorporado a las competencias en mejora de la confianza y seguridad de los profesionales del sector salud.	Borrador

Tabla 16. Indicadores objetivo operativo 6. Saber defenderse. Fuente: elaboración propia.

B. Uso de nuevas tecnologías

Objetivo operativo 7. Incorporar aquellas tecnologías que por su eficiencia hayan demostrado disminuir el número de agresiones o la gravedad de las mismas.

La existencia de nuevos dispositivos tanto en la protección como en el aviso y alerta pueden facilitar la comunicación y aportar seguridad al trabajo diario.

Tareas:

-) Crear un grupo de trabajo de implantación de nuevos desarrollos tecnológicos eficientes en la minimización de las agresiones y el daño que producen a los profesionales del sector salud.
-) Elaborar una propuesta de implantación a la Gerencia del SESPA.

Indicadores

Elaborar una propuesta de nuevas tecnologías para mejorar la seguridad y la conflictividad en los trabajadores del Servicio de Salud del Principado de Asturias.	SI
--	----

Tabla 17. Indicadores objetivo operativo 7. Nuevas tecnologías. Fuente: elaboración propia.

C. No estamos solos.

La presencia de la figura del Interlocutor Policial Sanitario nos podrá facilitar cuales son las diferentes fórmulas correctas y óptimas por las que podemos contactar con las fuerzas del Orden Publico ante una agresión. Siempre se ha contado con la colaboración tanto de Policía Local, como de Policía Autonómica, Cuerpo Nacional de Policía y Guardia Civil, pero, probablemente por desconocimiento muchas veces, o no se avisa en el momento oportuno o no se avisa a quien debe ser. Es una importante oportunidad de mejora la solución propuesta por el Ministerio del Interior.

Ante una agresión, en primer lugar, se debe atender al agredido acudiendo al Servicio de Urgencias si fuera necesario tanto de la Mutua concertada como de los centros sanitarios del SESPA si la situación fuera urgente o no se pudiera acudir a la mutua.

Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales son asesores especializados para el manejo de situaciones difíciles y deberán ser consultados siempre que ocurra una agresión.

Los Servicios de Personal deben conocer y proporcionar toda la información necesaria para la notificación, tramitación de la misma así de cuantas actuaciones pueden llevarse a cabo en función de la gravedad, baja, denuncia...

Los Colegios Profesionales disponen también de asesores profesionales para poder consultar y tramitar diferentes ayudas de acuerdo al tipo de incidente.

Los sindicatos, en especial los delegados de prevención deberán apoyar al trabajador proporcionando información útil para completar el circuito.

Por último, los mandos intermedios, el cuerpo directivo del área sanitaria y el personal de los Servicios Centrales del SESPA deben tener conocimiento, estar disponibles y asequibles ante el trabajador y mediar y evaluar la situación conflictiva.

Toda la administración del Principado de Asturias, específicamente el Instituto de Prevención de Riesgos laborales, la Consejería de Presidencia así cuantos técnicos puedan aportar conocimiento y experiencia deben ser tenidos en cuenta ante este tipo de situaciones.

6. Línea estratégica3. ¿Alguien sabe lo que ha pasado?

A. Notificar. ¿Cómo? ¿A quién? ¿Cuándo?

Es el momento de incorporar de forma telemática la hoja de registro de notificación de incidentes conflictivos en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. Debe ser operativa, aportar toda la información necesaria para poder responder frente a las solicitudes de información de entidades públicas de interés, así como de Observatorios nacionales adscritos a organismos colegiales o a la Administración Pública central.

Además, es necesario homogeneizar la notificación con el actual procedimiento que el Protocolo de prevención y gestión de la violencia externa de la Administración Pública del Principado de Asturias, que, desde la Consejería de Presidencia, a través del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales se ha publicado recientemente.

50

Objetivo operativo 8. Revisar el sistema de notificación de incidentes-

Actividad 8.1. Comparar la hoja de registro de incidentes con otros mecanismos de notificación más actuales, de forma que una misma hoja sirva para todas las notificaciones.

Tareas:

-) Preguntar a los Colegios Profesionales si disponen de observatorios de agresiones a profesionales y cuáles son sus hojas de comunicación.
-) Informarnos en los sindicatos del sector si mantienen algún mecanismo de notificación o comunicación de este tipo de incidentes.
-) Homogeneizar la hoja y los conceptos de notificación en base al documento de prevención y gestión de la violencia externa de la administración pública del Principado de Asturias.

Actividad 8.2. Definir el circuito de notificación de incidentes en el SESPA, tanto dentro de las áreas sanitarias como hacia servicios centrales y otras entidades públicas de interés en la notificación.

Tareas:

-) Fijar el papel del gestor del incidente en los servicios de personal de las áreas sanitarias
-) Evaluar la posibilidad de la actuación de un mediador
-) Definir el papel de los Servicios de Prevención de las áreas sanitarias en la asesoría y gestión de los incidentes.
-) Concretar la comunicación a Servicios Centrales y los pasos posteriores en el Plan.
-) Aprobar por todos los organismos implicados.
-) Implantar.

Indicadores:

Elaborar una hoja de notificación revisada y consensuada acorde a todas las necesidades que se puedan presentar	SI
Definir el circuito de comunicación interno y externo y su aplicación real en cada área sanitaria	SI
Diseño de informes que se puedan necesitar en función de la hoja de recogida de datos de notificación de incidentes.	SI

Tabla 18. Indicadores objetivo operativo 8. Sistema de notificación. Fuente: elaboración propia.

B. Registro de Incidentes

Actividad 8.3. Al modificar posiblemente la hoja de notificación se deberá modificar el Registro de Incidentes actual, sería importante que la hoja se pudiera presentar de forma telemática, que volcará directamente los datos en una base de datos fácilmente exportable y con los informes predefinidos que permitan sacar indicadores comparables con otros observatorios o sistemas de notificación y que esté debidamente legalizado.

C. El apoyo jurídico

Actividad 8.4. ¿Qué hacen? ¿Qué deben hacer? ¿Que no deben hacer los Servicios Jurídicos?

De la experiencia recogida en los últimos años, desde el Servicio Jurídico y el Servicio de Personal del SESPA se observa que existen numerosas dificultades para que el trabajador conozca qué puede denunciar, que cobertura va a tener por parte del servicio de salud, qué posibilidades tiene de que la denuncia que presenta llegue a término, qué otros apoyos jurídicos podrían tener de colegios profesionales, sindicatos, sociedades científicas, seguros privados...

Con el trabajo cooperativo de estos agentes y el Interlocutor Policial Sanitario es el momento de esclarecer dudas y optimizar el trabajo de todos.

Tareas:

-) Definir entre los posibles servicios jurídicos que pueden atender al profesional las diferentes coberturas y carteras de servicios de forma que salga más beneficiado el trabajador.
-) Conocer cuál es el mecanismo de denuncia, que tipos de denuncia existen y qué consecuencias tiene denunciar.
-) En caso de llegar a los servicios jurídicos y proceder estos a la apertura de las medidas oportunas deberá comunicar la resolución y resultado de las mismas a toda la cadena de notificación y personas implicadas.

6.Línea estratégica 4. Aprender de lo sucedido.

A. Donde

Objetivo operativo 9. Localizar los centros, servicios y unidades de riesgo.

Tras la elaboración de un mapa de riesgos inicial con la colaboración de todos es necesario localizar las unidades de alto riesgo. EL trabajo desde la Dirección General de Policía del Ministerio del Interior puede servir de punto de partida de conocimiento para priorizar posteriormente posibles líneas de actuación.

Tareas:

Tareas:

-) Evaluar las quejas, reclamaciones y sugerencias detectando situaciones más frecuentes y centros que sean o puedan ser unidades de riesgo
-) Evaluar en base al Registro de Notificación de Incidentes los centros, servicios o unidades con una mayor prevalencia de notificaciones o una incidencia puntual registrada.
-) Solicitar opinión y asesoramiento a entidades colaboradoras (mutuas, sindicato, colegios profesionales, sociedades científicas, servicios de prevención, administración pública, interlocutor policial sanitario, dirección general de interior...)

53

Indicadores:

Conocer, en base a todas las fuentes disponibles de información cuáles son los centros, unidades o servicios de alto riesgo de situaciones conflictivas en nuestra Comunidad Autónoma	SI
Priorizar la necesidad de intervención en base a ese conocimiento	SI

Tabla 19. Indicadores objetivo operativo 9. Puntos de riesgo. Fuente: elaboración propia.

B. Como

Objetivo operativo 10. Aprendiendo de los ocurrido.

Actividad 10.1. Puesta en escena de diferentes situaciones que llegaron o no a provocar un incidente con los causantes de situaciones conflictivas con el objetivo de ponerse en el lugar del otro y para analizar que se hizo y que se debería haber hecho (lo ideal y lo real).

1. Quienes.

Objetivo operativo 11. Ética de la localización y conocimiento de los sujetos centinela.

Actividad 11.1. Solicitar al Comité de Ética del Principado de Asturias un informe sobre la idoneidad o no de alertar a los sujetos centinela que puedan ser causantes de situaciones difíciles o de riesgo o de cuál sería la forma correcta de hacerlo.

7.Hechos no palabras.

La parte más difícil de un plan siempre es su implantación. Existen tantas cosas que comunicar, notificar y aprender que conseguir llamar la atención parece a priori, al menos complicado. Sin embargo, dos hechos condicionan que esta implantación pueda tener éxito:

1. Realmente los profesionales del sector salud y diferentes entidades que defienden sus intereses profesionales o sociales están interesados en que no ocurran o se minimicen las situaciones desagradables para los trabajadores.
2. Desde hace dos años existen diferentes iniciativas promovidas por las sociedades científicas o colectivos profesionales cuyo fin es humanizar la asistencia sanitaria bien en el ámbito de la UCI, como de las Urgencias y últimamente en el mundo de la gestión sanitaria.

Con todo ello vamos a definir cinco ámbitos de acciones para la implantación:

1. Programa de formación en competencias para la mejora de la confianza y seguridad de los profesionales del sector salud.
2. Programa de trabajo conjunto con entidades públicas y colectivos en la búsqueda de acciones y tareas para llevar a cabo objetivos comunes para nuestros profesionales.
3. Implantación de todos los pasos del circuito de notificación y cuidado del profesional con asignación de funciones independientemente de la persona que este al cargo.
4. Análisis, evaluación y feed back continuo.
5. Difusión a la opinión pública para su implicación a través de medios de comunicación, así como solicitando la participación de diferentes asociaciones de pacientes para estudiar flujos y mecanismo de información de pacientes.

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN COMPETENCIAS PARA LA MEJORA DE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD.

Conocimientos

Necesarios para cualquier trabajador:

-) Habilidades de comunicación: empatía y asertividad
-) La gestión de las emociones en el conflicto. Técnicas de legitimación emocional
-) Modelos de solución de problemas
-) Trabajo en equipo
-) Notificación de incidentes.

Necesarios para cualquier trabajador en contacto con los pacientes y/o usuarios

-) Manejo de la reacción hostil en sus distintas intensidades.
-) Técnicas de persuasión
-) Técnicas de contención física en situaciones extremas.
-) Técnicas de autoprotección.
-) Técnicas de autocontrol y entrenamiento en relajación.
-) Técnicas de evasión.

56

Necesarios para los “líderes” de implantación.

-) Experiencia del paciente: aprendiendo de los otros.
-) Design Thinking
-) Evaluando situaciones conflictivas
-) Técnicas de mediación
-) Notificación a nivel asesor.

Formación recomendada

Modulo I. Formación en competencias básicas.

Módulo II. Formación para la resolución y minimización de riesgos.

Módulo III. Líderes de la estrategia.

PROGRAMA DE REUNIONES Y OBJETIVOS DE LAS MISMAS.

1. Contacto con el Interlocutor Policial Sanitario- Dirección General de Interior

Presentación. Definición de objetivos a conseguir. Plan de trabajo.
Creación de una comisión gestora de la prevención y manejo de situaciones conflictivas en el ámbito de los profesionales del SESPA. Composición y funciones.
Difusión del decálogo y los objetivos del plan a la población.

2. Contacto con los Colegios Profesionales que representan a los profesionales que trabajan en el SESPA.

Presentación de objetivos comunes.
Definir los cauces de comunicación eficaz.
Conocer si existen sistemas de notificación, cuál es su formato, cuales las necesidades.
Conocer los apoyos que desde un punto de vista jurídico se pueden presentar y cuál es el foco desde un punto de vista colegial.
Proponer acciones formativas o informativas desde el ámbito colegial que puedan favorecer la seguridad de sus colegiados complementarias a las que se vayan a realizar desde el SESPA. Estudiar las propuestas que se hagan desde los Colegios.

3. Contacto con los sindicatos representantes de los trabajadores del Servicio de Salud.

Presentación de objetivos comunes.
Definir los cauces de comunicación eficaz. Uso de estructuras creadas.
Evaluar la fórmula de apoyo a la estrategia desde un punto de vista sindical
Conocer si existen sistemas de notificación, cuál es su formato, cuales las necesidades.
Conocer los apoyos que desde un punto de vista jurídico se pueden presentar y cuál es el foco desde un punto de vista sindical
Proponer acciones formativas o informativas desde el ámbito sindical que puedan favorecer la seguridad de sus sindicatos complementarias a las que se vayan a realizar desde el SESPA. Estudiar las propuestas que se hagan.

4. Contacto con los Servicios de Prevención del SESPA y de la Administración Pública del Principado de Asturias. Instituto de Prevención de Riesgos Laborales.

Presentación de objetivos comunes.
Conocer los sistemas de notificación, cuál es su formato, cuales las necesidades
Conocer las propuestas en formación que desde estos ámbitos se hagan dada su experiencia y conocimiento
Conocer el papel de los Servicios de Prevención en cuanto a la gestión de incidentes y/o agresiones.
Definir posibles mecanismos de evaluación y conocimiento de centros sanitarios de riesgo.

5. Constitución del grupo evaluador para el uso de nuevas tecnologías para la prevención y minimización de las situaciones conflictivas en el ámbito sanitario.

Proponer plan de trabajo y funciones.

6. Constitución de un grupo de trabajo en el SESPA para la revisión de los circuitos con las necesidades detectadas tras las entrevistas realizadas con otros sectores.

Revisión y toma de decisiones en el ámbito de la notificación, registro, herramienta de registro, cartera de servicios de apoyo jurídico, circuitos, formación.

7. Presentación a los equipos directivos de las áreas sanitarias.

Opiniones y sugerencias.

Participación en la definición de los circuitos.

Asignación de líderes o responsables de los microproyectos que surgen de la estrategia.

Planificación de actividades intraarea.

8. Contacto con el Instituto Beryl de experiencia del paciente para el posible uso de sus herramientas de formación.

8. Bibliografía.

A REPORT ON THE BERYL INSTITUTE BENCHMARKING STUDY THE STATE OF PATIENT EXPERIENCE 2017: A RETURN TO PURPOSE JASON A. WOLF, PH.D., CPXP, PRESIDENT The Beryl Institute Website, www.theberylinstitute.org.

Agresiones a los médicos en el ejercicio de las funciones de su cargo o con ocasión de ellas. Cad Aten Primaria. 2006; 13:21 ALARCÓN MJ, RUIZ DE ALDANA JJ.

Alarcón MJ, et al. La violencia en el sector sanitario. Actas del Congreso de la Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid 2005.

An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota Nurse's Study. Occup Environ Med. 2004; 61:495-503. VILLARREALBENÍTEZ D, MUR ANDREU EM.

Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. Med Clin. 2007; 128 (8):307-310. Organización Médica Colegial de España. Observatorio de Agresiones.

Aspectos médico-legales de las agresiones al personal sanitario y su consideración como delito de atentado. Revista Sideme. 2010; 5:1-11.

Caldwell MF, Incidence of PTSD among staff victims of patients violence. Hosp Community Psychiatry. 1992; 43/8:838-9

EL LIBRO BLANCO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ASTURIANOS. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. Revista Bioética. 2010; 18 (2):263-274. MARTÍNEZ JARRET A B. En <http://www.sideme.org/revista/num5/>

Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria del Principado de Asturias. Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Gerberich SG et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of the work related violence: The Minnesota Nurse's Study. Occup Environ Med. 2004; 61:495-503.

Grant D. US report on violence in the medical workplace may hold lesson for Canadian MDs. Can Med Assoc J. 1995; 153:1651-62. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.002>

Improving patient experience in A&E. Design Council 2014

Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. Hosp Community Psychiatry . 1992; 43/8:838-9. MARTÍNEZ LEÓN M, QUEIPO BURÓN D, MARTÍNEZ LEÓN C, TORRES MARTÍN H.

Insaweb.com/básicas/whiteind.htm El sistema de salud británico

INSTRUCCIÓN 3/2017, DE LA SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURIDAD, SOBRE MEDIDAS POLICIALES A ADOPTAR FRENTE A AGRESIONES A PROFESIONALES DE LA SALUD, Ministerio del Interior Secretaria de Estado de Seguridad Madrid 2017

La relación médico paciente: patrimonio cultural inmaterial de la humanidad. Foro de la Profesión Médica de España. Organización Médica Colegial. Madrid, Julio 2017.

La violencia en el medio sanitario. Actas del Congreso de la Asociación Española de Derecho Sanitario, Madrid, 2005. GRANT D.

Los profesionales sanitarios ante el problema de las agresiones. En: XII Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid, 20 y 21 de octubre de 2005. Asociación Española de Derecho Sanitario. LAMAS MEILÁN MM. MARTÍNEZ LEÓN M.

Estrategia de mejora de la confianza y seguridad de los profesionales del SESPA.

Martínez León M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. Rev Bioética.2010; 18 (2):263-274.

Martínez León M. Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. Revista de la escuela de medicina Legal. ISSN 1885-9577. 2011.

Martínez Pereda JM. Los profesionales sanitarios ante el problema de las agresiones. En XII Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid 2005.

NEUROBIOLOGIA DE LA AGRESIVIDAD HUMANA. Huertas, D.; López-Ibor Aliño, J.J.;Crespo Hervás, M.D. Ars Medica,2005.

Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos INFORME 2016 ORGANIZACION MEDICA COLEGIAL. Consejo General de Colegios Oficiales de Medicos. En http://www.cgcom.es/documentacion_agresiones

Ortells Abuyé N. et al. Características de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias de un hospital comarcal. Enf Global. 2013. 4:198

PLAN DE ACCIÓN DE LA CAMPAÑA MUNDIAL DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA 2012-2020 OMS,2012. En http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/actionplan

PLAN DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES EXTERNAS EN EL ÁMBITO DE LA MESA SECTORIAL DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL, Región de Murcia. Consejería de Presidencia y Administración Publica Dirección General de Empleo Público. Murcia 2007

PLAN DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE A POTENCIALES SITUACIONES CONFLICTIVAS EN CENTROS SANITARIOS Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2007

PLAN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL PROFESIONAL DEL SERVICIO RIOJANO DE SALUD VICTIMA DE AGRESIÓN EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES Servicio Riojano de Salud. 2013

PLAN DE SALUD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE LABORAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2016-2020 Instituto de Prevención de Riesgos Laborales de Asturias, 2016.

PROGRAMA DE MEJORA DEL CONFORT EN LOS CENTROS SANITARIOS Editorial: Instituto Nacional de la Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo).

PROTOCOLO DE ACTUACION FRENTE A LAS AGRESIONES PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SACYL. Junta de Castilla León. Disponible en www.saludcastillayleon.es

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA PREVENIR Y AFRONTAR AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO Maria Altemir.; Alfonso Arteaga. Enfermería clínica. 2017

REDUCING VIOLENCE AND AGGRESSION IN A&E THROUGH A BETTER EXPERIENCE Design Council 2014

Reducing violence and aggression in A&E: Through a better experience AN IMPACT EVALUATION FOR THE DESIGN COUNCIL Frontier Economics Ltd, London. November 2013

US report on violence in the medical workplace may hold lessons for Canadian MDs. Can Med Assoc J. 1995;153:1651-62. CALDWELL MF.

Villarreal Benítez D, et al. Violencia laboral en atención primaria. Gestión Práctica de Riesgos Laborales. 2010.72:14-22

Violencia laboral en atención primaria. Gestión Práctica de Riesgos Laborales. 2010; 72:14-22. MARTÍNEZ PEREDA JM.

www.iesalut.es/pensaments/papel_ciudadano/ciudadano.htm Papel del ciudadano en los servicios de salud.

9.Tablas y figuras.

Tabla 1. Amenazas en la relación médico-paciente. Fuente: La relación médico-paciente. Patrimonio Inmaterial Cultural de la Humanidad

Tabla 2. Incidencia acumulada de agresiones por Comunidades Autónomas y Sexo. Fuente: Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos. OMC.

Tabla 3. Datos del Plan de Agresiones 2016. Fuente: Dirección de Recursos Humanos. SESPA

Tabla 4. Resultados de la encuesta sobre conocimientos y percepción del Plan para el manejo de situaciones conflictivas en los servicios sanitarios del Principado de Asturias. Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Triggers desencadenantes de una situación conflictiva: Fuente: elaboración propia. THROUGH A BETTER EXPERIENCE REDUCING VIOLENCE AND AGGRESSION IN A&E

Tabla 6. Indicadores objetivo operativo 1. Invertir los papeles. Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Indicadores objetivo operativo 2. Incluir a todos los actores en el diseño. Design thinking en estructuras funcionantes. Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Indicadores objetivo operativo 3. Implantación del decálogo JEM. Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Indicadores objetivo operativo 4. Implantación del decálogo JEM. Fuente: elaboración propia.

Tabla 10. Indicadores objetivo operativo 5. Evaluación de la comunicación. Fuente: elaboración propia.

Tabla 11. Indicadores objetivo operativo 5. Roadmap de información. Fuente: elaboración propia.

Tabla 12. Indicadores objetivo operativo 6. Agresividad. Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. Indicadores objetivo operativo 6. Huir no es de cobardes. Fuente: elaboración propia.

Tabla 14. Indicadores objetivo operativo 6. Amenazas comunes. Fuente: elaboración propia.

Tabla 15. Indicadores objetivo operativo 6. Saber defenderse. Fuente: elaboración propia.

Tabla 16. Indicadores objetivo operativo 7. Nuevas tecnologías. Fuente: elaboración propia.

Tabla 17. Indicadores objetivo operativo 9. Puntos de riesgo. Fuente: elaboración propia.

Fig.1. Número total de Agresiones a Médicos en España.2010-2016. Fuente: OMC.

Fig.2. Distribución de colegiados por sexo en España.2010-2016. Fuente: OMC

Fig.3. Evolución de la incidencia acumulada de agresiones a colegiados por sexos en España.2010-2016. Fuente: OMC.

Fig.4. Evolución de las agresiones en el Servicio de Salud del Principado de Asturias por áreas sanitarias y serie temporal 2013-2016. Fuente: SESPA. Elaboración propia.

Fig.5. Evolución del trato recibido y del conocimiento percibido de los profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias 1995-2016. Fuente: Elaboración propia con datos del Barómetro Sanitario 2017.

Fig.6. Cadena de la relación profesional-paciente. Fuente: Elaboración propia.

10.Abreviaturas.

AP25:	ATENCION PRIMARIA 25 OBJETIVOS
FIG:	FIGURA
CAHU:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES
INGESA:	INSTITUTO NACIONAL DE GESTION SANITARIA
NHS:	NATIONAL HEALTH SERVICE
OIT:	ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO
OMC:	ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL
OMS:	ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SESPA:	SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
UCI:	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Resumen ejecutivo.

Con el objetivo principal que el trabajo nunca lleve asociado un riesgo de violencia y que las relaciones entre los trabajadores del sector salud y los pacientes y usuarios se desenvuelvan en un clima donde prime el respeto y la confianza mutua, se analiza la situación real del conflicto y se proponen actuaciones en cuatro líneas estratégicas fundamentales siguiendo la historia natural de la agresión.

ANTES DE PRODUCIRSE LA SITUACION VIOLENTA O AGRESION: APRENDIENDO A EVITAR UNA SITUACION DIFICIL.

Si somos capaces de mejorar el clima de comunicación, el respeto y la confianza mutua a través de diferentes herramientas físicas, de espacios, de comunicación y de empatía, la experiencia y la bibliografía nos dice que disminuyen las situaciones conflictivas. La colaboración con las Fuerzas del Orden Público es un elemento clave de confianza y seguridad.

SI NO PODEMOS PREVENIRLO, MINIMIZAREMOS LOS DAÑOS.

Dominar el escenario, saber disminuir el nivel de agresividad, saber como huir o como defenderse y pedir ayuda, así como contar con nuevas ayudas tecnológicas puede minimizar los daños.

NOTIFICAR: PARA CONOCER, PARA CUIDAR, PARA APOYAR Y EMPRENDER LAS MEDIDAS NECESARIAS.

Todos los actores implicados debemos coordinarnos para facilitar la notificación y para que los profesionales puedan tener todos los recursos disponibles a su mano.

63

Y SOBRE TODO APRENDER DE LO SUCEDIDO.

No tiene sentido notificar sino conseguimos aprender e incorporar acciones de mejora para que no vuelva a suceder.

Nuevas metodologías de formación en experiencia del paciente, de comunicación, de defensa personal y la existencia de acciones dirigidas en la misma dirección por sindicatos, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, equipos directivos y por supuesto los ciudadanos podrán intentar mejorar las cosas, aunque como dice la introducción del documento:

Difícil misión que nunca se consigue si no se intenta.

