

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN  
DE RIESGOS LABORALES

**AGRESIONES A PROFESIONALES DE  
CENTROS SANITARIOS ADSCRITOS  
A UNA UNIDAD PERIFÉRICA DE  
PREVENCIÓN DE RIESGOS  
LABORALES**

---

Director del Proyecto: José Luis Carretero Ares

Autor: Joaquín Herrero Carbonell

Fecha de entrega: Junio 2018

## RESUMEN

**Introducción:** la violencia laboral es uno de los principales riesgos a los que se encuentran expuestos los profesionales del ámbito sanitario y se ha producido un aumento en los últimos años. La estrecha interrelación que supone la atención directa de pacientes eleva el riesgo de violencia en el lugar de trabajo. La importancia de este riesgo psicosocial reside, además de la frecuencia de su presentación, en las posibles consecuencias sobre la salud de los trabajadores, así como en la aparición de otros efectos como desmotivación, insatisfacción laboral o menoscabo en la relación con los pacientes. A pesar de la posible trascendencia de los incidentes violentos, existe una deficiente información sobre las agresiones en estos profesionales, debido a que se solamente se declaran una parte de estas situaciones. Algunos de los estudios que se han realizado sobre agresiones se centran en una categoría profesional (preferentemente personal médico y de enfermería) o en un ámbito sanitario (Atención Primaria o Especializada), existiendo pocas investigaciones que incluyan a todos los ámbitos asistenciales y a todas las categorías laborales de los centros sanitarios. La finalidad de este estudio es analizar las agresiones externas originadas por pacientes, familiares o acompañantes en los profesionales de centros sanitarios adscritos a una Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública durante un periodo de cuatro años.

**Resultados:** en el periodo de estudio (2014-2017) se notificaron un total de 254 agresiones, siendo las agresiones de tipo verbal las más frecuentes (76%). El mayor número de declaraciones se produjeron en Atención Especializada (63,4%), siendo en este ámbito asistencial en el que se producen la mayoría de las agresiones físicas (95%). La categoría profesional de enfermería es la que más agresiones declara en Atención Especializada (34,1%), mientras que en Atención Primaria es el personal facultativo es el que presenta más agresiones (44,1%). La mayor tasa de incidencia se produjo en personal facultativo (5,4 por 100-trabajadores año). La principal causa de las agresiones fue la disconformidad por la atención recibida (33,5%). Las agresiones son ocasionadas con mayor frecuencia por los pacientes (67,3%). El 10,2% del personal que sufrió una agresión (física o verbal) requirió una baja médica por accidente de trabajo y el 7,4% de los agredidos presentó denuncia judicial.

**Conclusiones:** La distribución del riesgo de producirse incidentes violentos no es uniforme, presentando diferencias entre el tipo de agresión y la frecuencia de presentación, en función de variables personales y laborales de los profesionales. El riesgo de sufrir agresiones es mayor en mujeres en la categoría profesional de facultativas y enfermeras, siendo superior en

hombres en personal administrativo y celadores. El principal motivo de las agresiones notificadas está en relación con posibles deficiencias en la organización. Hay que tener en consideración factores como el ámbito asistencial, tipo de servicio o unidad y la categoría laboral para la planificación de medidas preventivas.

**Palabras clave:** violencia laboral; profesional sanitario; agresión verbal y física.



## ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN .....	4
2. INTRODUCCIÓN .....	6
3. OBJETIVOS .....	21
4. METODOLOGÍA .....	22
5. RESULTADOS .....	26
6. DISCUSIÓN.....	39
7. CONCLUSIONES.....	50
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53
9. ANEXOS.....	57



# 1. JUSTIFICACIÓN

El fenómeno de la violencia laboral no es una cuestión nueva; afecta prácticamente a todos los sectores y ocupaciones y ha ido aumentando en los últimos años. Un sector de los más afectados es el sanitario, donde se produce un estrecho contacto con usuarios, pacientes y familiares, considerándose que los profesionales que ejercen su actividad en instituciones sanitarias tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones que otros colectivos.

La importancia de este riesgo psicosocial no sólo radica en la frecuencia de su presentación, sino también en la gravedad de las posibles consecuencias que pueden derivarse de él. Las consecuencias sobre la salud de los trabajadores pueden ser de tipo físico y/o psicológico, como son las lesiones causadas por agresiones físicas, cuadros psicopatológicos reactivos (ansiedad, depresión), síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) o abuso de sustancias, pero también afecta a la economía de las empresas por la posible presencia de absentismo laboral o la pérdida de productividad.

A pesar de la dimensión del problema existe una información insuficiente sobre las agresiones en profesionales que trabajan en centros sanitarios, ya que sólo una parte de estas conductas violentas se registran, y además muchos de estos trabajadores tienen la percepción de que se trata de un hecho habitual y no asociado a un riesgo profesional determinado.

Existen diferentes estudios e informes que describen y analizan datos sobre agresiones a personal sanitario en nuestro país. Algunos de estos estudios realizados hasta el momento sobre agresiones en el medio sanitario se centran únicamente en el ámbito de la atención primaria o especializada, en determinados servicios o unidades (Psiquiatría, Urgencias...) y en el personal exclusivamente sanitario (médico y de enfermería). Sin embargo, el resto del personal que trabaja en instituciones sanitarias también está expuesto a agresiones de tipo verbal y/o física.

Todo ello hace necesario realizar más estudios para obtener una mejor información sobre los factores de riesgo asociados a las agresiones y sus consecuencias, para poder proponer medidas de prevención e intervención adaptadas de forma específica a los diferentes servicios, centros de trabajo y categorías profesionales.

La finalidad de esta investigación es analizar las agresiones notificadas por el personal al servicio de las instituciones sanitarias públicas que se encuentran adscritos a una Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública durante un periodo de cuatro años (2014-2017).

Con ello se propone conocer la dimensión del problema de la violencia externa en el ámbito de tres Departamentos de Salud (Elda, Orihuela y Elche-Hospital General) de forma más específica, identificando el tipo de agresiones, el ámbito sanitario en que se producen, las categorías profesionales más afectadas y los factores causales de los incidentes violentos. Esto permite identificar los factores de riesgo que producen las agresiones y plantear posibles medidas correctoras y preventivas para evitar que aparezca la violencia o disminuir su incidencia.



## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. VIOLENCIA LABORAL. RIESGO PSICOSOCIAL EN EL SECTOR SANITARIO.

En el sector sanitario existe una amplia variedad de riesgos a los que pueden estar expuestos sus trabajadores. Los más destacados y significativos son los riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos y psicosociales. En el caso concreto de los riesgos psicosociales presentes en este ámbito podemos destacar el estrés laboral y la violencia en el trabajo.

El estrés en estos profesionales está asociado a factores específicos de las tareas, de la organización y del tiempo de trabajo. Factores tales como la incertidumbre de la práctica clínica, el trato con pacientes y familiares, la gravedad de los enfermos, las excesivas demandas emocionales, la presión temporal para el desarrollo de las tareas, las consecuencias de las decisiones, el enfrentamiento con la muerte, la introducción de nuevas tecnologías, el horario de trabajo (realización de jornadas prolongadas, trabajo a turnos y nocturno), la carga de trabajo creciente (por aumento de la demanda), la insuficiencia de recursos humanos y materiales, son, entre otros, elementos favorecedores de la aparición de estrés laboral (1).

Por otro lado, la interrelación estrecha con otras personas que supone la atención directa de pacientes (algunos con enfermedades mentales, adicciones a drogas, alcoholismo...) y la interacción con familiares y acompañantes, aumenta el riesgo de violencia en el trabajo, encontrándose expuestos los trabajadores de los centros sanitarios a situaciones de agresiones verbales y físicas (1).

La violencia en el lugar de trabajo se ha erigido en una cuestión de ámbito internacional, afectando a muchos ámbitos laborales y diferentes categorías profesionales. La incidencia de situaciones de violencia laboral se ha ido incrementando últimamente y actualmente supone una inquietud preferente para países avanzados así como para naciones en vías de desarrollo. La violencia tiene, por un lado, consecuencias inminentes (lesiones en los trabajadores, daños materiales...), pero también pueden aparecer efectos a largo plazo, con repercusiones sobre la organización y las relaciones laborales (2).

Aunque el problema de la violencia está presente en el mundo laboral en general, existen actividades y colectivos, como el Sector Salud, que están más expuestos a situaciones de ofensas verbales, amenazas y violencia física al trabajar de cara al público. Ésta situación

se recoge en la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (6ª EWCS), en la que sobresale el Sector Salud como el principal receptor de violencia física (5%), situaciones de acoso y/o intimidación (7%) y ofensas verbales (15%), superando significativamente el promedio total de otras actividades económicas (3).

La Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Internacional del Trabajo destacan el alcance de la violencia ocupacional en el ámbito sanitario, considerando que aproximadamente una cuarta parte de las situaciones violentas laborales suceden en el entorno sanitario. Además, estiman que más de la mitad de los profesionales sanitarios han sufrido alguna experiencia violenta en el desempeño de sus actividades laborales (2).

En el año 2014 se publica un informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. En dicho informe se recoge información de las agresiones producidas sobre profesionales del Sistema Nacional de Salud durante cinco años (de 2008 a 2012). En dicho periodo más de 30.000 trabajadores del ámbito de la salud fueron objeto de agresiones en nuestro país (4).

La Organización Médica Colegial (OMC) creó en el año 2010 el Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos tras el fallecimiento el año anterior de una médico interna residente como consecuencia de la agresión sufrida por un paciente. El Observatorio recopila las notificaciones de agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos provinciales, y desde su puesta en marcha se han registrado 2.914 agresiones a médicos. Concretamente, en el Informe de 2016 se revela que, dentro de las agresiones que suceden en el ámbito sanitario, el 55% ocurren en Atención Primaria, el 18% en servicios de urgencias situados fuera del hospital, el 17% en el medio hospitalario y el 10% en servicios de urgencias hospitalarios, siendo principalmente los pacientes (71,5%) los causantes de estas situaciones violentas (5).

Los factores causales de la violencia son variados. La relación profesional sanitario-paciente, el entorno laboral (incluido el entorno físico) y las propias características de pacientes/acompañantes y de los trabajadores que los atienden pueden ser fuente potencial del origen de las agresiones (6).

Algunos factores causales están en relación con una insuficiente o incorrecta organización del trabajo, con áreas de recepción y circuitos no apropiados (sin estar orientados en el usuario), el trabajar con personal o medios insuficientes, la sobrecarga de los centros sanitarios (que originan incomodidades y aglomeraciones en las salas), el tiempo excesivo de para la atención sanitaria o la dificultad para que ésta sea inmediata, la deficiente

coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, la dificultad en el manejo de las consultas (con interrupciones de manera frecuente, que obstaculizan el normal desarrollo de la atención sanitaria), el déficit en la información proporcionada por los profesionales e incluso las malas condiciones del entorno físico de trabajo (salas de espera inadecuadas). En estas situaciones, pacientes, familiares o acompañantes pueden percibir que no son correctamente atendidos y aparecer situaciones de violencia (6).

Asimismo, puede haber causas relativas al paciente o su entorno, como puede ser la angustia o el sufrimiento propio del paciente por presentar problema de salud o motivado por la enfermedad de un familiar, la insatisfacción del usuario que demanda mayores o distintas expectativas a las que el sistema sanitario puede ofrecerle, la presencia de determinadas alteraciones en el estado de salud de los pacientes que los pueden hacer violentos (alcoholismo, adicción a drogas, trastornos mentales o alteraciones del comportamiento...), la no asunción de decisiones adoptadas por los profesionales sanitarios (no prescripción de fármacos, disconformidad con diagnósticos, tratamientos o derivaciones a otros especialistas sanitarios, negación en la emisión de determinados informes de interés personal, de bajas laborales, de solicitud de analíticas u otras pruebas complementarias...), creencias, opiniones o criterios contrarios a los del profesional que los atiende. También la situación socioeconómica de los usuarios, la presencia de obstáculos socio-culturales o la mayor información de los usuarios en relación con las enfermedades a través de internet o de medios de comunicación (en ocasiones incorrecta o inadecuada) pueden ser causa de la presencia de violencia laboral (6).

Por otro lado, puede haber factores causales derivados del propio personal sanitario. Se producen situaciones en las que algunos trabajadores proporcionan un trato inadecuado a pacientes o familiares, bien por una insuficiente formación de los profesionales, por inexperiencia en la atención de usuarios, por falta de habilidades comunicativas o porque existe una deficiente empatía con los enfermos y que pueden contribuir a originar situaciones violentas. También la propia incertidumbre en la práctica asistencial, la falta de capacidad de resolución de conflictos, el contacto continuado con la ansiedad y el sufrimiento de los pacientes, son factores causales de la aparición de insatisfacción laboral y estrés en estos profesionales, que a su vez se pueden asociar a la aparición de situaciones violentas en su ámbito laboral (6).

Las consecuencias de la violencia laboral para los profesionales son diferentes, encontrándose entre ellas la falta de motivación de los profesionales, la insatisfacción laboral, la aparición de estrés, así como problemas de salud mentales o físicos. Pueden producirse

síntomas tras los incidentes violentos, como miedo, fobias y trastornos del sueño. En algunas situaciones más intensas, se ha descrito la aparición de síndrome de estrés postraumático (7).

La violencia ocupacional, por otra parte, repercute en la organización, pudiendo ocasionar una falta de motivación de los profesionales, elevar el absentismo laboral, disminuir la productividad e interferir en la relación con los pacientes y sus familiares (7).

## 2.2. MARCO CONCEPTUAL. DEFINICIONES

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el año 2003 publica el *“Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla”* (8), en el que define *“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”*. También define la violencia interna en el lugar de trabajo, como *“la que tiene lugar entre los trabajadores, incluidos directores y supervisores”*. Por otro lado, define la violencia externa como *“la que tiene lugar entre trabajadores (y directores y supervisores) y toda otra persona presente en el lugar de trabajo”* (8).

En la Nota Técnica de Prevención 489 *“Violencia en el lugar de trabajo”* del Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo, se describen tres tipos de violencia en el trabajo:

- Violencia tipo I, que se caracteriza porque quienes realizan estas acciones violentas no tienen ningún tipo de relación con los agredidos. Los agresores son ajenos a la empresa y al servicio (suelen ser provocadas con motivo de atracos, robos).
- Violencia tipo II, en las que existe alguna relación profesional entre el agresor y el agredido. Los agresores son ajenos a la empresa pero están relacionados con el servicio que se presta (en este tipo de violencia habitualmente los incidentes violentos ocurren durante la prestación de servicios, como sucede con los trabajadores de los centros sanitarios).
- Violencia tipo III, en la que el agresor tiene algún tipo de implicación laboral con el personal del centro de trabajo o existe un vínculo personal entre agresor-agredido. Existe, por tanto, una relación profesional. Lo más frecuente en este tipo es que la finalidad del incidente violento está en centrado en un superior o en un compañero de la empresa.

Según dicha Nota Técnica de Prevención, en la violencia tipo II (que es la que se suele producir en el ámbito de la sanidad), lo más frecuente son abusos verbales y amenazas y también agresiones físicas con repercusiones más leves (9).

En el informe *“Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud”* realizado en el año 2014 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se describe los siguientes tipos de agresiones que se pueden infligir a los profesionales:

1) Agresiones físicas. *“Son aquellos actos o ataques violentos que implican contacto físico con o sin armas entre agresor/a y trabajador/a con ánimo de provocar un daño o lesión a éste y pueden o no producir un daño físico o lesión”*. Las agresiones físicas las subdivide, a su vez, en grado 1 (que se corresponden con vejaciones e insultos) y grado 2 (entre las que se encuentran coacciones, amenazas...).

2) Agresiones no físicas. *“Son aquellas que no conllevan contacto físico. Se corresponden con insultos, amenazas, intento de agresión, acoso por razón de sexo”* (10).

De otra parte, en el *Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en la Administración General del Estado* (Resolución de 26 de noviembre de 2015 de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas) (11) se tienen en consideración diferentes clases de agresiones:

1. Agresión física. Dentro de esta clase se diferencia entre:

- Coacción: que radica *“en impedir a otro con violencia hacer lo que la ley no prohíbe, o le compele a efectuar lo que no quiere, sea justo o injusto”*.

- Lesiones: que implican el usar la fuerza de tipo físico contra un individuo o conjunto de personas, y que *“produce daños físicos y/o psicológicos y que podrán ser constitutivas de delito atendiendo a su gravedad”*.

2. Agresión verbal: en esta clase de agresiones se encuadran:

- Insultos o palabras groseras.

- Amenazas, que supone el *“dar a entender a alguien la intención de provocarle algún mal en su persona o en la de sus allegados”*. En el artículo 169 del Código Penal (12) se contempla el delito de amenazas *“el que amenazare a otro con causarle a él, a su familia o a otras personas con las que está íntimamente vinculado un mal que constituya delitos de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico”*.

- Calumnias, que significa “*la imputación a alguien de un delito hecha con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad.*”
- Injurias, que implican acciones o expresiones “*que lesionan la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación.*”

### **2.3. MARCO JURÍDICO. NORMATIVA**

Afrontar la prevención de la violencia ocupacional es una obligación de las Administraciones Públicas y de los empresarios respecto de los trabajadores a su cargo que se sustenta en diferentes normativas, como son, entre otras:

- La Constitución Española, que encomienda a los poderes públicos el velar por la seguridad y salud de los trabajadores (artículo 40.2). También establece como derechos fundamentales la dignidad de la persona (artículo 10), la integridad física y moral (artículo 15), el derecho a la seguridad (artículo 17) y el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (artículo 18) (13).

- La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que en su artículo 14 impone al empresario una serie de obligaciones de tipo preventivo frente a los riesgos laborales y reconoce el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. Este deber de protección constituye también un deber de las Administraciones Públicas en relación con los trabajadores a su servicio (14). Y en este deber general de protección se incluyen todos los riesgos laborales, incluidos los derivados de los factores de riesgo psicosociales.

- El Estatuto Marco del personal de los servicios de salud, que en su artículo 17 establece como derechos de estos profesionales el recibir una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como sobre los riesgos generales en el centro donde se desempeñe la actividad laboral o derivados del trabajo habitual. Igualmente se reconoce el derecho a que sea respetada su dignidad e intimidad personal en el trabajo y a ser tratado con respeto, corrección y consideración (15).

- El Real Decreto Legislativo 2/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, establece como derechos de los trabajadores el respeto de su intimidad y la debida consideración de su dignidad, así como la integridad física de los mismos y una adecuada prevención de los riesgos laborales (16).

- El Real Decreto Legislativo 5/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, que establece el derecho de estos profesionales a que se respete su intimidad, propia imagen y dignidad en el trabajo, y a recibir protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo (17).

La proclamación de los derechos de los trabajadores a su dignidad, intimidad, integridad física y a una adecuada política de prevención de riesgos laborales, está estableciendo a su vez una obligación, tanto de las Administraciones Públicas como de los empresarios, a proporcionar y garantizar una adecuada protección y seguridad de los trabajadores a su servicio. El incumplimiento de estas obligaciones se encuentra tipificado como infracción y determina la existencia de responsabilidad administrativa por parte de la empresa. Dichas infracciones en materia de prevención de riesgos laborales vienen recogidas en la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (18).

Por otro lado, la Ley General de la Seguridad Social define en el artículo 156 el concepto de accidente de trabajo como *“toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”*. En el concepto de lesión corporal se incluye tanto daños físicos como psíquicos. Asimismo, en el apartado 5 del citado artículo 156 se establece que *“la concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo o de un tercero”* no impedirá su calificación como accidente de trabajo (19).

Un hecho a destacar en el ámbito sanitario es el cambio que supuso la modificación del Código Penal en el año 2015 (12). Concretamente el artículo 550 establece que *“se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas”* y se considera atentado las agresiones, la intimidación grave o el empleo de la violencia, así como el acometimiento dirigidos contra los trabajadores de los centros sanitarios públicos durante el desempeño de sus actividades. Este cambio supone que las agresiones a los profesionales sanitarios se puedan calificar como delitos de atentado contra la autoridad. Concretamente, los delitos de atentado en estos supuestos se castigan con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de 3 a 6 meses.

La inquietud de la Administración Central ha llevado al desarrollo de la *“Instrucción 3/2017 de la Secretaría de Estado de Seguridad sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud”* (20). Con dicha instrucción se inicia un procedimiento de ejecución por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y se establecen una serie de medidas preventivas, asistenciales, investigadoras, informativas y formativas con

la finalidad de asegurar y proteger el libre ejercicio de la función sanitaria. En dicho procedimiento se contempla la figura del “*Interlocutor Policial Territorial Sanitario*”, que serán expertos habilitados por la Guardia Civil y la Policía Nacional. Dicho interlocutor policial se configura como nexo de comunicación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y las personas que tienen a su cargo los distintos centros sanitarios, y que son los responsables de implementar las acciones relacionadas con las situaciones de violencia sobre los trabajadores de su ámbito territorial. Estos expertos serán el cauce de comunicación con los representantes de los centros de atención sanitaria, autoridades territoriales y los correspondientes colegios profesionales (Médicos, de Enfermería). Dicho interlocutor también orientará sobre las actuaciones a desarrollar para evitar o disminuir las situaciones de violencia laboral.

Entre las medidas singulares referidas en la instrucción para prevenir e investigar los incidentes violentos se encuentra el desarrollo de actividades de formación en trabajadores de los centros sanitarios destinadas a la autoprotección y a la prevención, incidiendo en aquellas conductas dirigidas contra estos profesionales por medio de las redes sociales, así como promoviendo e instando a los mismo a interponer denuncias judiciales.

También se propone en la instrucción la creación de un “Catalogo de Centros Médicos”, distinguiendo entre centros que poseen medidas permanentes de seguridad, de los que disponen de forma parcial o de los que no disponen de ninguna medida de este tipo, así como si los centros realizan una actividad asistencial permanente. En relación con este catalogación los centros sanitarios de clasificarán por riesgo de acción delictiva (20).

## **2.4. NORMATIVA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

Previamente a la reforma del Código Penal algunas Comunidades Autónomas ya habían reconocido la condición de autoridad pública a los profesionales de la sanidad. En la Comunidad Valenciana, con la promulgación en 2014 de la Ley de Salud de la Comunidad Valenciana, se establece la consideración de autoridad pública a todos los trabajadores sanitarios del Sistema Valenciano de Salud en el desempeño de las tareas inherentes a su categoría profesional, y se añade además que dispondrán de la protección reconocida por tal condición por la normativa vigente (21).

En el sistema sanitario público diferentes Comunidades Autónomas han realizado planes de prevención frente a las agresiones de sus profesionales, así como también se han

creado sistemas de registro propios para un mejor conocimiento de la entidad de este problema.

En la Comunidad Valenciana se publica en el año 2009 el *“Decreto 159/2009, por el que se establecen las actuaciones de los órganos de la Conselleria de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat”*, cuya finalidad es la protección y prevención de los trabajadores frente a las agresiones de las que son objeto por parte de usuarios de los servicios de salud, así como garantizar la ayuda y orientación necesarias en el caso de los profesionales que hayan resultado agredidos (22).

El Real Decreto 159/2009, en su artículo 4, establece que el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanidad deberá realizar el *“Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones, a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat”* (23), y en el que se determinarán los contenidos y el protocolo de actuación para su desarrollo. Dicho Plan fue elaborado por la Unidad Central del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanidad y entró en vigor el 31 de octubre de 2010.

El procedimiento incluye actividades orientadas a la prevención de incidentes violentos y agresiones que se produzcan contra los profesionales de los centros sanitarios dependientes de la Generalitat Valenciana, ofreciendo asistencia sanitaria y legal, además de implementar determinadas actuaciones sobre los sujetos causantes de la agresión. Específicamente, en el procedimiento se tienen en consideración aspectos relativos a los dispositivos de auxilio, la atención sanitaria, la cumplimentación del incidente o accidente de trabajo, el estudio de las agresiones, la intervención de la gerencia del departamento de salud ante estas situaciones, la realización del asesoramiento legal al profesional agredido y, si se considera oportuno, la remisión al agresor del manifiesto de no tolerancia de este tipo de conductas. Asimismo, se plantea la realización de actividades preventivas, como son la formación de los profesionales así como medidas de información o sensibilización de los pacientes.

En el anexo II del Plan Integral se establece un nuevo formulario de comunicación de accidentes/incidentes de trabajo, denominado CAT, ampliando el utilizado con anterioridad en la Conselleria de Sanidad, y dando un tratamiento singularizado en el caso de accidentes/incidentes por agresiones a los trabajadores de dicha Conselleria. El documento CAT debe ser cumplimentado en todos los accidentes de trabajo, tanto si ocasionan baja como si no, y en los incidentes potencialmente peligrosos que se produzcan y con el objetivo

de mejorar el registro de las situaciones conflictivas se distinguen dos casillas diferenciadas relacionadas con las agresiones: agresión física y agresión verbal (anexo 1).

Entre los procedimientos de auxilio adoptados por la Conselleria de Sanidad tras la aprobación del Plan Integral se puso en funcionamiento en el año 2011 en los centros de trabajo una aplicación informática denominado “Código Alerta”. Este código instalado en los ordenadores permite al trabajador emitir un mensaje de alerta cuando se produzca un incidente violento, a través de la activación de un icono que aparece en la pantalla del ordenador (en forma de salvavidas). Este aviso de alarma se recibe en el resto de ordenadores del centro con los que se encuentra conectado e informa del lugar donde se está produciendo la situación conflictiva (Figura 1).

**Figura 1.** Icono de activación del Código Alerta.



Asimismo, entre las medidas de información a los profesionales de los centros sanitarios descritas en el Plan Integral se incluye la elaboración de un tríptico denominado “Guía de Prevención y Actuación ante una situación de agresión a los trabajadores del sector sanitario público”, para ser facilitado a los todos los profesionales. En dicho tríptico se incluyen recomendaciones de tipo preventivo relativas a cómo proceder ante una posible situación de riesgo de agresión y también orientaciones de actuación para el trabajador cuando se haya producido una agresión física o verbal (anexo 2).

El Plan Integral contempla la facultad de que el profesional agredido pueda solicitar la asistencia jurídica por parte de la Abogacía General de la Generalidad Valenciana, a través de un modelo de solicitud (anexo 3), así como, en el caso de los facultativos, la posibilidad de rechazar la actividad asistencial de un determinado paciente, mediante un “Modelo de rechazo

al paciente” (anexo 4). También se incluye un “Modelo de manifiesto de rechazo a la agresión”, cumplimentado por la Gerencia del Departamento de Salud correspondiente y dirigido a la persona responsable de la agresión, informándole de que no se pueden consentir presuntos actos violentos y de la posibilidad de que se notifique desde la Gerencia dichas situaciones al órgano judicial correspondiente (anexo 5).

Entre las medidas de información para los trabajadores se encuentra en la página web de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública una serie de “Fichas Informativas” y “Recomendaciones” de todas las disciplinas preventivas. Entre ellas se encuentra la ficha E11 “Actuación ante una agresión”, donde se expone los consejos generales de actuación previos a la aparición de una situación de violencia y, en caso de producirse una agresión física o verbal, las intervenciones posteriores a realizar (anexo 6).

Entre las actuaciones de información dirigidas a los usuarios se realizaron y colocaron en los centros sanitarios dos tipos de carteles informativos comunicando, por un lado, que cualquier situación de violencia contra los trabajadores supondrá el ejercicio de acciones legales contra los agresores (anexo 7), y por otro lado, que los distintos servicios o unidades se encuentran dotados de sistemas de alarma para su activación en el supuesto de producirse incidentes violentos (anexo 8).

## **2.5. SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD. COMPETENCIAS DE LAS UNIDADES PERIFÉRICAS.**

A través de la “Orden de 6 de agosto de 2001 del conseller de Sanidad” (24) se realiza la estructuración del Sector Sanitario de la Generalitat Valenciana. En el artículo 4 de esta normativa se especifica que la organización de los recursos para las actividades de prevención se realizará constituyendo un servicio de prevención propio. Dicha orden también establece la composición del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, que estará formado de una Unidad Central, con el cometido de apoyar, coordinar, controlar y realizar la dirección técnica del resto de unidades, y por ocho Unidades Periféricas (cuatro en la provincia de Valencia, tres en Alicante y una en Castellón), dependientes funcional y orgánicamente del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, y que dan cobertura a los distintos Departamentos de Salud (antiguas áreas de salud) que tienen adscritos cada una de ellas. Todas las Unidades Periféricas disponen como mínimo de un técnico de nivel superior por cada una de las especialidades o disciplinas preventivas contempladas en la normativa:

higiene industrial, seguridad en el trabajo y ergonomía y psicología aplicada, excepto la especialidad de medicina del trabajo, que consta como mínimo de un facultativo especialista en medicina del trabajo y de un enfermero/a especialista en enfermería del trabajo, aunque la mayoría de Unidades Periféricas disponen de dos facultativos y dos enfermeros/as.

Las Unidades Periféricas desarrollan las actividades de prevención en todos los centros sanitarios (Hospitales, Centros de Salud, Consultorios Auxiliares, Centros de Salud Pública...) que se encuentren en su ámbito geográfico (24).

La distribución territorial por Departamentos de Salud a las que dan cobertura las Unidades Periféricas del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales es la siguiente (Figura 2):

- Unidad Periférica 1. Departamentos de Salud de Vinaroz, Castellón y La Plana.
- Unidad Periférica 2. Departamentos de Salud de Sagunto, Valencia Clínico-Malvarrosa y Valencia-Arnau de Vilanova-Liria.
- Unidad Periférica 3. Departamentos de Valencia La Fe y Manises.
- Unidad Periférica 4. Departamentos de Requena, Valencia-Hospital General y Valencia-Doctor Peset.
- Unidad Periférica 5. Departamentos de Gandía y Játiva-Onteniente.
- Unidad Periférica 6. Departamentos de Denia, Alcoy y Marina Baja.
- Unidad Periférica 7. Departamentos de San Juan de Alicante y Alicante-Hospital General.
- Unidad Periférica 8. Departamentos de Elda, Elche-Hospital General, Orihuela, Elche-Crevillente y Torreveja.

**Figura 2.** Distribución territorial por Departamentos de Salud de las Unidades Periféricas de Prevención de Riesgos Laborales.



Las competencias de las Unidades Periféricas del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en relación con la ocurrencia de agresiones verbales o físicas se encuentran definidas en el *“Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones, a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat”* (23).

Entre ellas se encuentran, entre otras: orientar a los responsables de los diversos centros sanitarios en el conocimiento e implantación del Plan Integral de Prevención de Agresiones, colaborar en el conocimiento de los profesionales del tríptico “guía de actuación y prevención ante una situación de agresión a los trabajadores del sector sanitario público”,

comunicar a los supervisores/coordinadores/jefes de Servicio o Unidad el procedimiento a seguir en la toma de datos y posterior cumplimentación del documento de comunicación de agresiones, registrar en la base de datos de accidentes las situaciones violentas que se hayan comunicado, investigar los incidentes/accidentes relativos a las agresiones físicas y verbales, realizar el informe de investigación proponiendo las recomendaciones de tipo preventivo que se consideren adecuadas para su posterior comunicación al responsable del centro sanitario, en función del suceso acontecido, cuando proceda, se adecuará la planificación de la actividad preventiva, englobando la evaluación de riesgos del lugar de trabajo, elaborar las estadísticas anuales de incidentes/accidentes causados por agresiones y formular las medidas que se consideren adecuadas para disminuir la siniestralidad por estas causas.

## **2.6. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN PREVENTIVA EN EL SECTOR SANITARIO.**

Los centros sanitarios poseen un conjunto de características singulares que los diferencian de la organización preventiva de otros ámbitos o sectores laborales. Estas características propias suponen una mayor complejidad en la forma de gestionar la actividad preventiva, además de ser considerado un sector esencial para la sociedad.

Entre estas características podemos resaltar: la variedad de riesgos existentes, que implica una mayor dificultad en la evaluación de los mismos; la coincidencia de diferentes riesgos en algunos puestos de trabajo, que también conlleva una mayor complicación en la realización de la vigilancia de la salud y la evaluación de riesgos; el importante número de centros de trabajo así como la dispersión geográfica de los mismos, que supone que existan unidades o servicios de prevención que tienen adscritos muchos centros de trabajo y haga más dificultosa su actividad; la presencia de un elevado número de profesionales (principalmente en los hospitales), con actividades y tareas muy diversas, lo que supone un escenario más complejo para la identificación y evaluación de riesgos; la realización de trabajo a turnos y trabajo en horario nocturno y el desempeño de actividades de especial vigilancia y atención sobre pacientes, lo que complica el hacer efectiva las actividades preventivas y la accesibilidad a los propios servicios o unidades de prevención; la gran cantidad de trabajadores temporales en dicho ámbito (contratos de vacaciones, sustitución por bajas laborales...), en ocasiones con contrataciones de escasa duración, lo que dificulta las actividades de información, formación, vigilancia de la salud...; la presencia en los centros de trabajo de otros profesionales auxiliares que pueden pertenecer a empresas externas

(personal de limpieza, restauración, seguridad, mantenimiento...) y que deben tenerse en cuenta en la aplicación de medidas preventivas (coordinación de actividades empresariales); la gravedad y trascendencia de los riesgos, tanto en los profesionales (lesiones físicas graves, secuelas psicológicas...) como en la población (transmisión de enfermedades infecciosas); la atención de los primeros auxilios y urgencias en estos profesionales por otros servicios distintos a los servicios de prevención, como sucede con los servicios de urgencias o de medicina preventiva (riesgo biológico) (25).



### 3. OBJETIVOS

Objetivo General: analizar las agresiones externas notificadas por los profesionales de los centros sanitarios adscritos a una Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública durante el periodo 2014-2017.

Objetivos Específicos:

- Conocer la frecuencia de comunicación de situaciones violentas, tipología de las agresiones, ámbito asistencial en el que se producen (atención primaria o especializada) y categorías laborales más afectadas.
- Identificar las causas que motivan los incidentes violentos y el perfil del agresor.
- Determinar las consecuencias de las agresiones en términos de paso de los trabajadores a situación de incapacidad temporal por accidente de trabajo.
- Conocer la frecuencia de presentación de denuncias judiciales por los agredidos.



## 4. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo realizado en una Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública que tiene adscritos a profesionales de tres Departamentos de Salud (Elda, Orihuela Y Elche-Hospital General) de la provincia de Alicante. Tiene como fuente de información las notificaciones de agresiones verbales y/o físicas realizadas por los trabajadores de los centros sanitarios que realizan su actividad en estos Departamentos, siendo el periodo de estudio el comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2017.

Estas notificaciones se realizan a través del documento de comunicación de accidentes/incidentes de trabajo (documento CAT). Este documento es rellenado en todos los incidentes y accidentes de trabajo que acontezcan, ocasionen o no baja médica, y se diferencian dos casillas para caracterizar el tipo de agresión: una para agresiones físicas y otra para agresiones verbales. La Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales cuando recibe el documento CAT lo registra en un programa informático propio, denominado PREVEN, y realiza la correspondiente investigación del incidente/accidente.

El ámbito de actuación de la Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales está compuesto por tres Hospitales Generales, un Centro Sanitario Integrado, dos Centros de Especialidades, setenta y cinco Centros de Atención Primaria (sumando centros de salud y consultorios auxiliares), tres Centros de Salud Pública y ocho bases del Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU).

El total de trabajadores adscritos a la Unidad Periférica en la que se ha realizado este estudio es de 6.739, de los que el 74,0% (n=4.990) desempeñan su actividad en Atención Especializada, el 23,7% (n=1.593) pertenecen a Atención Primaria y el 2,3% (n=156) desempeñan su actividad en Centros de Salud Pública y en el Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU). El 72,5% del personal son mujeres (n=4.888).

En el registro informático de agresiones la plantilla se distribuye en 7 categorías profesionales:

- Personal facultativo
- Personal de enfermería
- Personal auxiliar de enfermería
- Personal celador
- Personal administrativo
- Personal de oficios

- Otros técnicos: técnicos de radiodiagnóstico, de laboratorio, trabajadores sociales, psicólogos, veterinarios...

En el estudio se incluyeron a todos los trabajadores (sanitarios y no sanitarios) que sufrieron algún tipo de agresión externa (verbal y/o física) durante los años 2014-2017 y que cumplimentaron el documento CAT, con el correspondiente registro en la Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Como variables resultado se incluyeron agresiones verbales, definidas como comportamiento que cause descalificaciones, amenazas, ofensas, gritos o insultos, y agresiones físicas, entendidas como cualquier acto que cause daño a la integridad física asociado o no a amenazas/insultos. Aquellas agresiones que tenían el doble componente de físico y verbal se clasificaron como agresiones de tipo físico. Como variables descriptoras de la agresión se incluyeron el año de la agresión y el tipo de agresor (usuario/paciente o familiar/acompañante).

Otras variables que se utilizaron para caracterizar la agresión fueron las causas o desencadenantes de la misma: derivadas de la organización del centro (como son el tiempo de espera y la falta de información), disconformidad con la atención recibida por parte del profesional y derivadas del perfil del agresor en el caso de pacientes (paciente psiquiátrico, violento, agitado, drogodependiente, paciente alcohólico y conducta racista –diversidad cultural-).

También se incluyeron características sociodemográficas (sexo y edad del agredido), características laborales (situación laboral –fijo o temporal-), categoría profesional (personal facultativo, de enfermería, auxiliar de enfermería, celador, administrativo, personal de oficios, otros técnicos y personal en formación –MIR-) y otras características de la actividad como ámbito laboral (Atención Primaria y Atención Especializada), y dentro de la Atención Especializada, las especialidades hospitalarias o Servicios donde se produjeron las agresiones (Salud Mental, Urgencias...). Las agresiones producidas en trabajadores de los Centros de Salud Pública y SAMU se incluyeron como Atención Especializada.

También se incluyó las consecuencias de las agresiones en términos de precisar los profesionales una baja médica por incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo, tiempo de duración de la misma, así como la interposición de denuncia judicial por parte de los agredidos.

Los datos se obtuvieron del registro de agresiones en la aplicación informática PREVEN (software para la gestión técnica de la prevención disponible en la Unidad Periférica)

y del programa CIRO (que permite obtener los datos relativos al personal contratado, edad, sexo, puesto de trabajo, categoría profesional, situación laboral, consulta de situaciones de incapacidad temporal y duración de la misma).

Las características del personal agredido y de la agresión se describieron mediante frecuencias y porcentajes, y la edad también mediante media con intervalo de confianza (IC) al 95%. Las variables correspondientes a los campos abiertos del registro de notificación se categorizaron previamente a la descripción y análisis. La relación entre el tipo de agresión (verbal o física) y las características sociodemográficas y laborales del personal agredido, se valoraron mediante la prueba Chi-cuadrado, con ajuste de Bonferroni cuando había más de dos categorías. La tasa de incidencia anual de agresiones se estimó a partir del número de agresiones para cada una de las categorías de las características sociodemográficas y laborales, por 100 trabajadores-año, junto con sus intervalos de confianza al 95%. El nivel de significación considerado fue  $p < 0,05$ . Para el estudio descriptivo y de asociación se utilizó el programa IBM SPSS 21.

### **Metodología de búsqueda bibliográfica.**

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se ha utilizado la estrategia PICO. Población: personal sanitario; Intervención: exposición a agresiones verbales y físicas; Comparación: personal sanitario que sufre agresiones en otras poblaciones; Resultado: incapacidad laboral.

Los descriptores utilizados en la pregunta de investigación son: “Health personnel”, “Workplace violence”, “Agresion” y “Work incapacity”

Se ha realizado en primer lugar una búsqueda en la base de datos Medline, mediante las siguientes ecuaciones de búsqueda: “Health personnel” AND “Workplace violence” AND “Agresion” AND “Work incapacity”. Se introdujo como límites aquellas publicaciones de los últimos 5 años y que fueran escritas en los idiomas español e inglés. No se hicieron restricciones por tipo de estudio. Se seleccionaron aquellas publicaciones que se hubieran realizado en el ámbito sanitario español.

También se realizó una búsqueda en la biblioteca virtual SciELO y en las revistas “Medicina y Seguridad en el Trabajo” y “Archivos de Prevención de Riesgos Laborales”.

Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluíbles para la revisión. Dichos artículos fueron localizados a través de Google Scholar.

Se seleccionaron ocho artículos, seis de ellos son estudios descriptivos basados en notificaciones y registros de agresiones y en los otros dos se han utilizado encuestas para su realización.



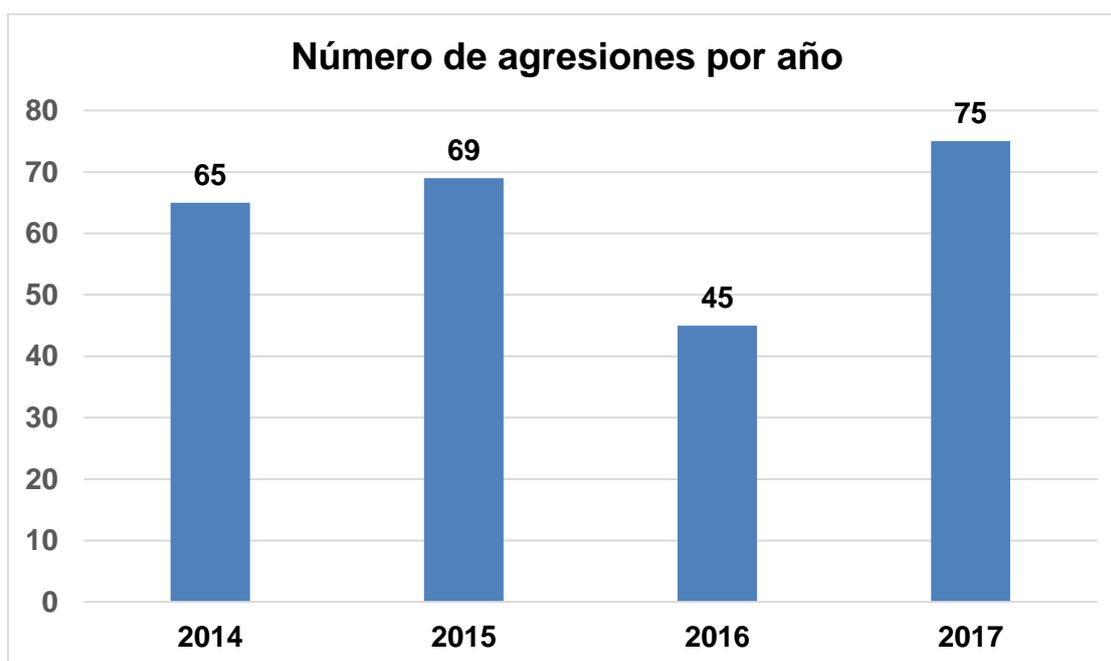
## 5. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio comprendido entre los años 2014 y 2017 se registraron en la Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública un total de 254 notificaciones de agresiones por parte de los profesionales de los centros sanitarios. En el año 2017 se produce el mayor número de notificación de agresiones, representando un 29,5% ( $p > 0,05$ ) (Tabla 1 y Figura 3).

**Tabla 1.** Número de agresiones y porcentaje por año.

	Agresiones Totales	
	n	%
<b>Año</b>		
2014	65	25,6
2015	69	27,2
2016	45	17,7
2017	75	29,5
Total	254	100,0

**Figura 3.** Número de agresiones por año.



En relación con el sexo del profesional agredido, el 70,5% de las agresiones se producen en mujeres (n=179) y el 29,5% en hombres (n=75), existiendo una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Número de agresiones según el sexo del profesional agredido.

	Agresiones Totales	
	n	%
Mujer	179	70,5
Hombre	75	29,5
Total	254	100,0

La edad media del personal víctima de agresión es de 46,3 años (IC 95% 45,1-47,5).

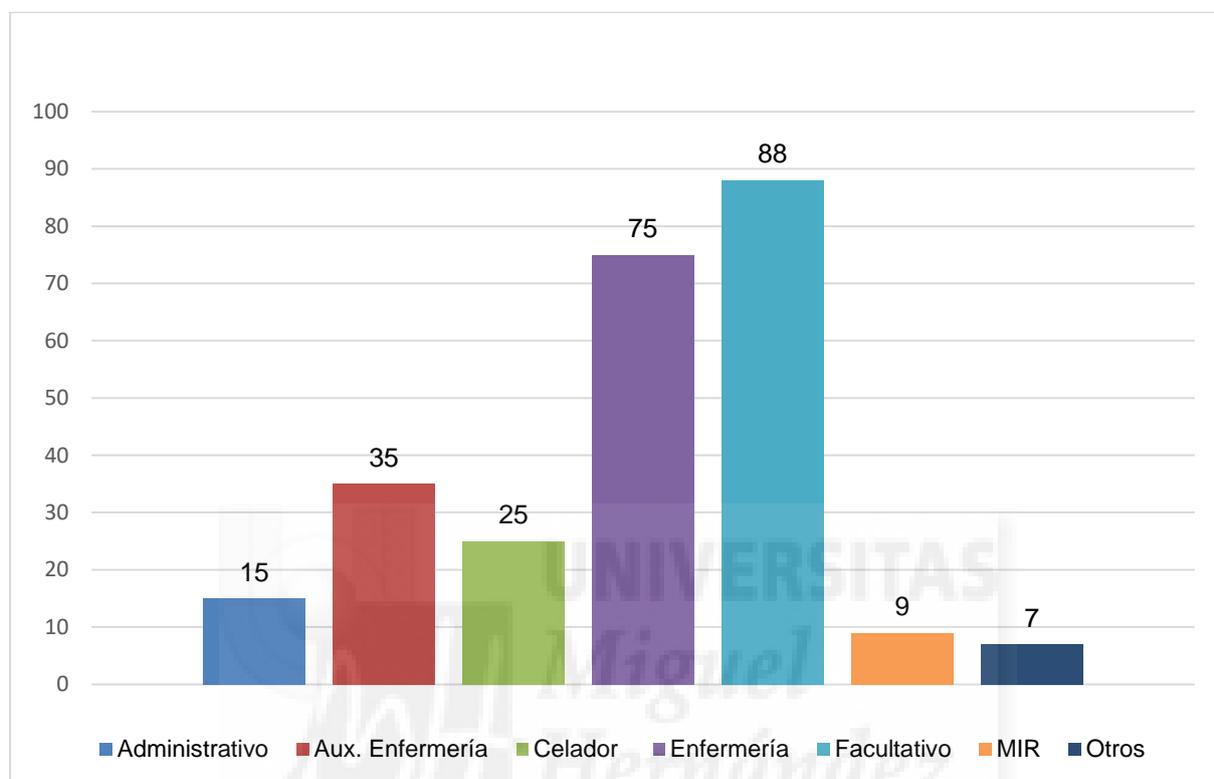
El grupo de edad en el que se producen más agresiones es el comprendido entre los 36 y 45 años, que supone el 28,7% (n=73) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Número de agresiones y distribución porcentual según grupo de edad.

	Agresiones Totales	
	n	%
Hasta 35 años	48	18,9
·36-45 años	73	28,7
46-55 años	72	28,3
>55 años	61	24,0
Total	254	100,0

Por categoría profesional, el personal que más agresiones notifica es el personal facultativo, representando el 34,6% (n=88) ( $p < 0,001$ ), seguido por el personal de enfermería, 29,5% (n=75) y por los auxiliares de enfermería (n=35) (Figura 4).

**Figura 4.** Número total de agresiones notificadas por categoría profesional.



En relación con el ámbito asistencial en el que se producen las agresiones, es en Atención Especializada donde se notifican un mayor número de agresiones, representando un 63,4% ( $p < 0,001$ ) (Tabla 4).

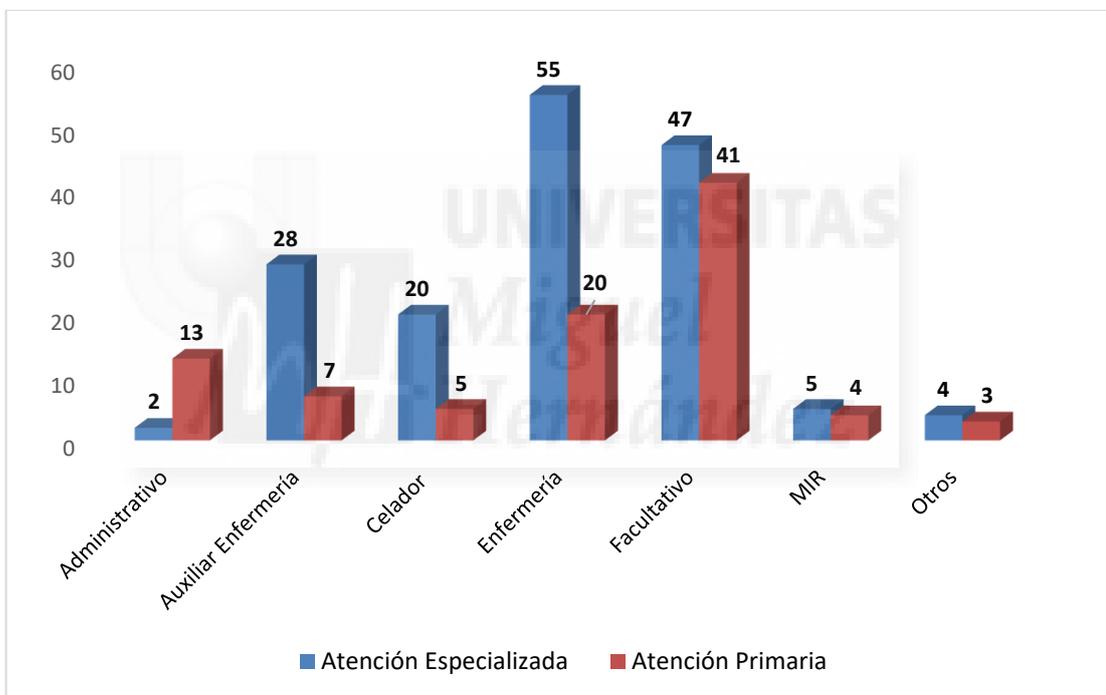
**Tabla 4.** Número de agresiones según el ámbito asistencial donde se producen.

	Agresiones Totales	
	n	%
Atención Especializada	161	63,4
Atención Primaria	90	35,4
Total	254	100,0

Al considerar el ámbito asistencial donde se ejerce la actividad laboral, la categoría profesional de enfermería es la que más agresiones notifica en Atención Especializada, 34,1% (n=55), mientras que en Atención Primaria son los facultativos los que presentan un número mayor de declaraciones, 44,1 % (n=41) (Figura 5).

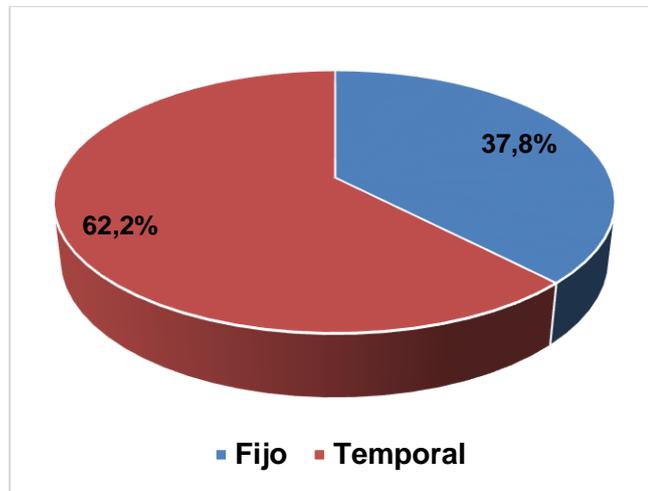
Las categorías profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores sufren más agresiones en Atención Especializada, mientras que los administrativos resultan más agredidos en Atención Primaria (p<0,001) (Figura 5).

**Figura 5.** Número de agresiones por categoría profesional según ámbito asistencial.



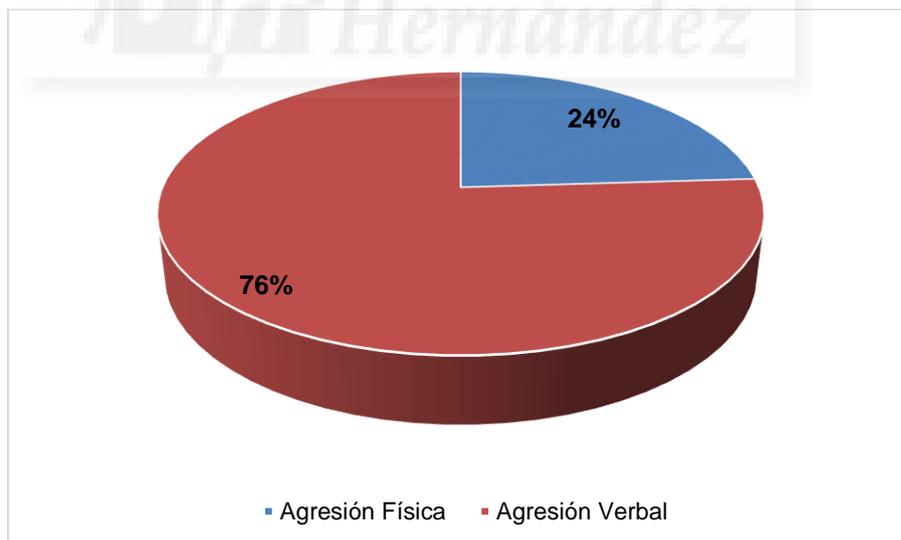
En relación con la situación laboral de los agredidos el personal temporal (eventual o de sustitución) presenta un mayor número de agresiones que el personal con contrato fijo, notificando el 62,2% (n=158) de los casos (p<0,001) (Figura 6).

**Figura 6.** Distribución porcentual de agresiones según situación laboral



El tipo de agresión más frecuentemente notificada es la agresión verbal, con un 76,0% (n=193), representando las agresiones físicas un 24,0% (n=61) ( $p < 0,001$ ) (Figura 7).

**Figura 7.** Distribución porcentual según el tipo de agresión.



Si tenemos en consideración el tipo de agresión según en el ámbito asistencial en el que se produce, las agresiones físicas son más frecuentes en Atención Especializada (95%) que en Atención Primaria (5%) ( $p < 0,001$ ) (Tabla 5).

**Tabla 5.** Número de agresiones en Atención Especializada y Atención Primaria según el tipo de agresión (física o verbal).

	Agresión Física	Agresión Verbal	Total
Atención Especializada	58	103	161
Atención Primaria	3	90	93
Total	61	193	254

Por categoría profesional, se observa que las agresiones verbales están asociadas al personal facultativo y administrativo, mientras que las agresiones físicas se asocian a los celadores ( $p < 0,001$ ) (Tabla 6).

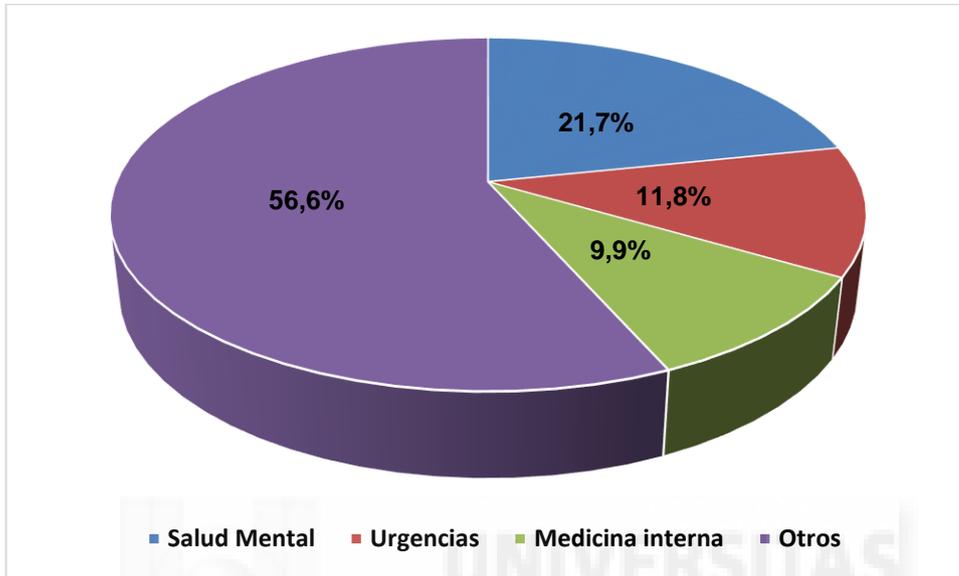
**Tabla 6.** Número de agresiones físicas y verbales según categoría profesional

	Agresiones Físicas	Agresiones Verbales
Administrativo	0	15
Auxiliar Enfermería	16	19
Celador	17	8
Enfermería	21	54
Facultativo	6	82
MIR	0	9
Otros	1	6
Total	61	193

Respecto al entorno de trabajo donde se produce la agresión, dentro del ámbito de la Atención Especializada el mayor número de agresiones se produce en Unidades de Salud Mental 21,7% ( $n=35$ ), seguido del Servicio de Urgencias, 11,8% ( $n=19$ ) y Medicina Interna,

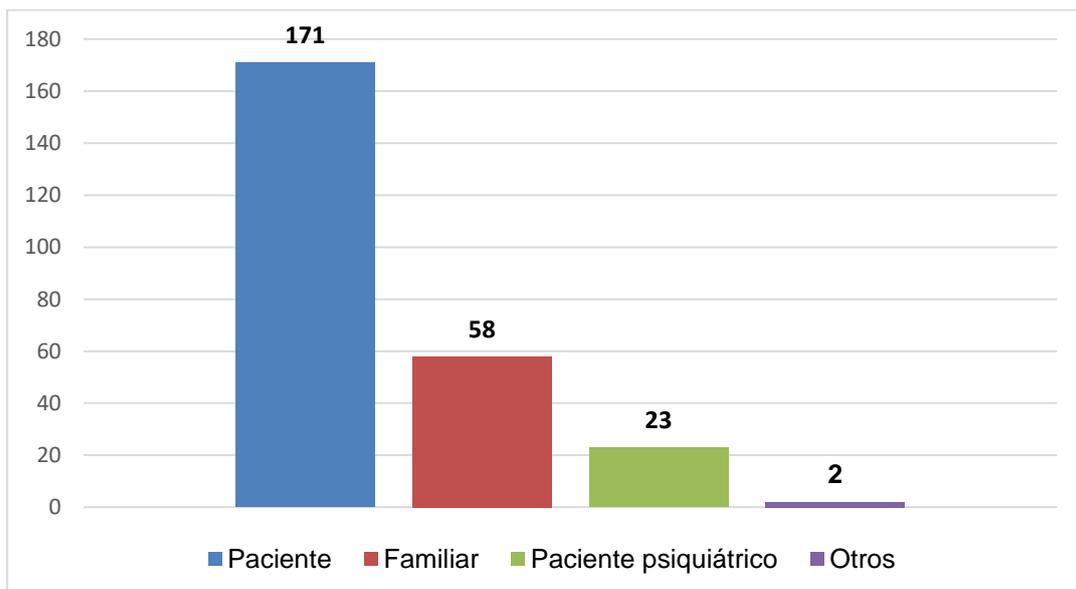
9,9% (n=16). En la mayoría de los Servicios o Unidades pertenecientes a la Atención Especializada se notifican agresiones, aunque en menor porcentaje (Figura 8).

**Figura 8.** Distribución porcentual de agresiones en Atención Especializada según el Servicio o Unidad asistencial.



Las agresiones son ocasionadas con mayor frecuencia por los pacientes, con un 67,3% (n= 171), siendo los familiares o acompañantes los responsables de un 22,8% de situaciones violentas (n=58) (Figura 9).

**Figura 9.** Número de agresiones según el autor de la agresión.



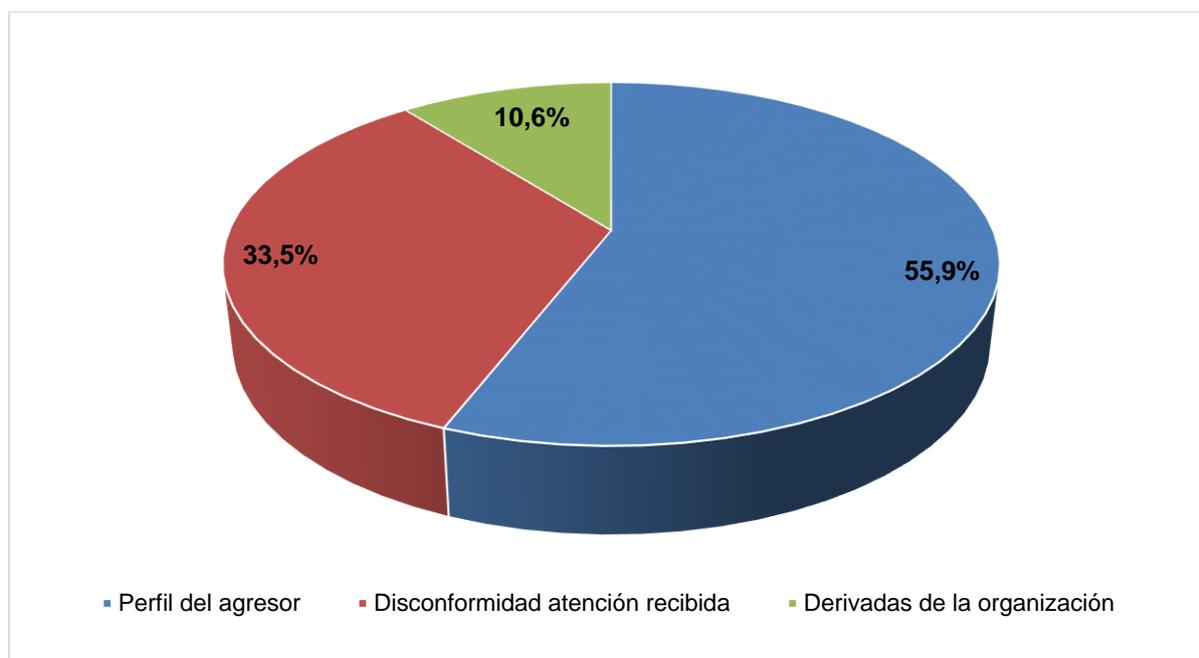
Tanto los pacientes como los familiares y acompañantes generan un mayor número de agresiones de tipo verbal que física. Las agresiones físicas son proporcionalmente más entre los pacientes y las verbales más entre los familiares y acompañantes, siendo esta diferencia significativa ( $p=0,001$ ) (Tabla 7).

**Tabla 7.** Número de agresiones físicas y verbales según el autor de la agresión.

	<b>Agresión Física</b>	<b>Agresión Verbal</b>	<b>Total</b>
<b>Agresor</b>			
Paciente	57	137	194
Familiar/acompañante	4	54	58
Otros	0	2	2
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>193</b>	<b>254</b>

El principal motivo de las agresiones notificadas fue la disconformidad por la atención recibida, tanto por el personal sanitario como no sanitario, representando el 33,5% ( $n=85$ ), seguido por el perfil violento del agresor, que supone el 25,6% de las situaciones violentas ( $n=65$ ) (Figura 10).

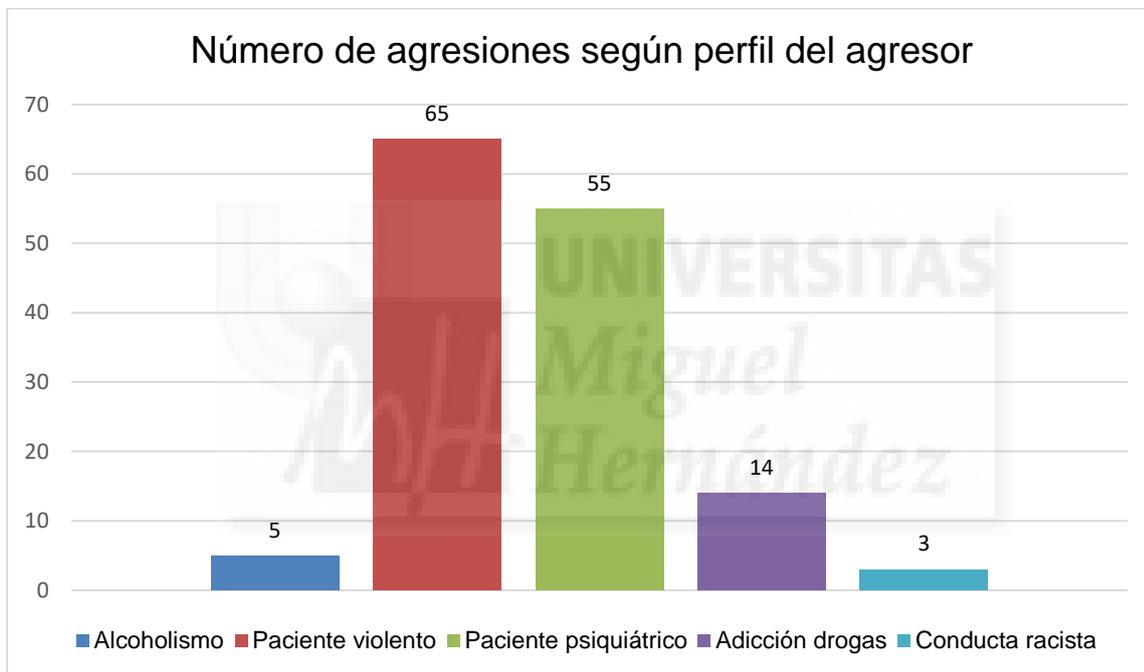
**Figura 10.** Distribución porcentual según las causas que motivan las agresiones



Las causas de las agresiones derivadas de la organización suponen el 10,6% (n=27), siendo el tiempo de espera (n=19) y la falta de información (n=8) las circunstancias que motivan las agresiones.

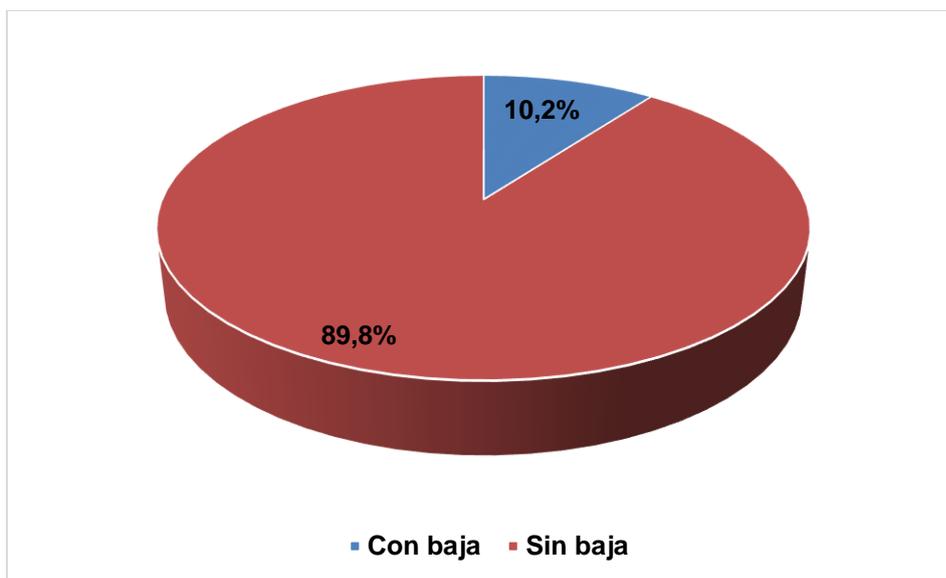
En relación con el perfil del agresor, el mayor número de agresiones las ocasionan pacientes considerados violentos, 54,8% (n=65), seguido de pacientes psiquiátricos, 38,7% (n=55) (Figura 11).

**Figura 11.** Número de agresiones producidas según el perfil del agresor.



Si atendemos a las consecuencias de las agresiones sobre los profesionales, se observa que es más frecuente que la agresión no conlleve una situación de baja por incapacidad temporal, con un 89,8% (n=228), representando el 10,2% (n=26) los casos que sí requieren baja médica (Figura 12).

**Figura 12.** Distribución porcentual de agresiones según requieran o no baja médica



En los 26 casos en los que se requirió baja médica por incapacidad temporal, la duración mediana de la baja fue de 20,5 días (rango intercuartílico: 9-53).

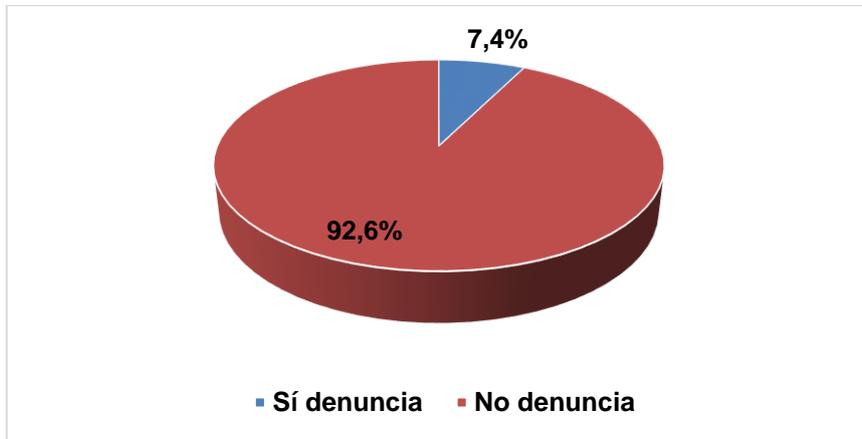
La duración media de las situaciones de baja laboral es de 39,2 días (IC 95% 16,4-62,0), siendo la duración mínima de 1 día y la máxima de 303 días.

Tras las agresiones sufridas por los profesionales, el porcentaje total de denuncias interpuestas durante el periodo de estudio es de un 7,4% (n =19) (Figuras 13 y 14).

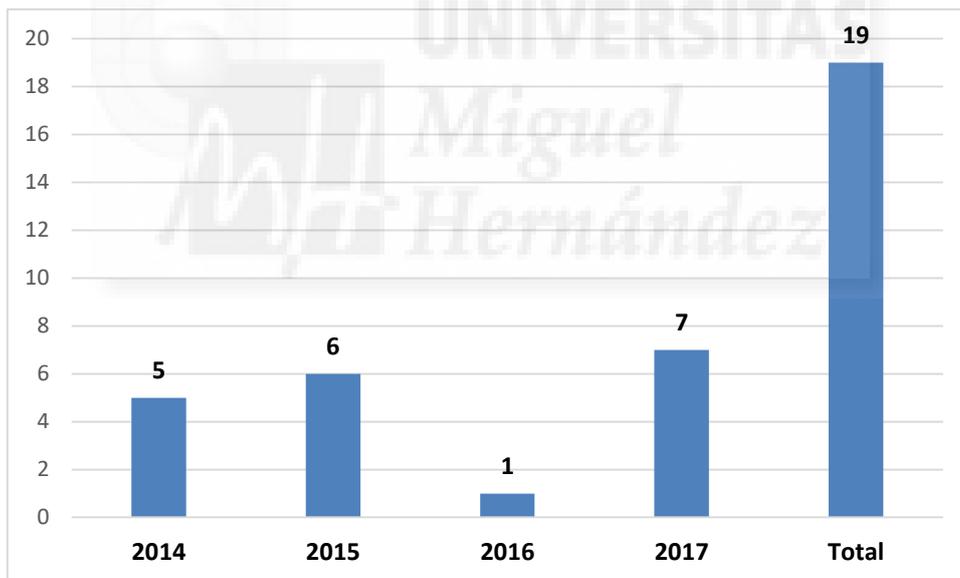
El año en que más denuncias se producen es el 2017 (n=7) (Figura 14).

Las denuncias se producen tras agresiones verbales (n= 7) y físicas (n=12).

**Figura 13.** Distribución porcentual según se haya presentado o no denuncia por el agredido.



**Figura 14.** Número de denuncias interpuestas por los profesionales agredidos según año.



Relacionado con el análisis de la incidencia de agresiones a los trabajadores, se observa una mayor tasa de incidencia en hombres (4,1) que en mujeres (3,7). Respecto a la categoría profesional, la tasa de incidencia más elevada es la de facultativos (5,4), seguido del personal de enfermería (5,3) (Tabla 8).

**Tabla 8.** Tasas de incidencia con intervalo de confianza al 95% y razones de tasas de las agresiones a profesionales por sexo, categoría profesional y Departamento de Salud.

	Agresiones	Profesionales	Tasa de Incidencia	IC 95	Razones de tasas
<b>Sexo</b>					
Hombre	75	1851	4,1	3,2-5,0	1,0
Mujer	179	4888	3,7	3,2-4,2	0,9
<b>Categoría Profesional</b>					
Administrativo	15	548	2,7	1,3-4,1	1,0
Celador	25	530	4,7	2,9-6,5	1,7
Enfermería	110	2065	5,3	4,3-6,3	1,9
Facultativo	97	1809	5,4	4,4-6,4	2,0
Otros	7	1787	0,4	0,1-0,7	0,1
<b>Departamento de Salud</b>					
Elda	106	2282	4,6	3,7-5,5	1,0
Orihuela	71	1864	3,8	2,9-4,7	0,8
Elche-H.General	77	2593	3,0	2,3-3,7	0,6

Al realizar la estratificación por categorías profesiones se observa un mayor riesgo en mujeres que en varones en la categoría profesional de facultativas y enfermeras, siendo mayor en hombres respecto a mujeres en personal administrativo y en celadores (Tabla 9).

**Tabla 9.** Tasas de incidencia con intervalo de confianza al 95% y razones de tasas de las agresiones a profesionales por sexo dentro de cada categoría profesional

	Agresiones	Profesionales	Tasa de Incidencia	IC 95	Razones de tasas
<b>Categoría Profesional/sexo</b>					
Administrativo					
Hombre	6	127	4,7	1,0-8,4	1,0
Mujer	9	421	2,1	0,7-3,5	0,5
Celador					
Hombre	14	255	5,5	2,7-8,3	1,0
Mujer	11	275	4,0	1,7-6,3	0,7
Enfermería					
Hombre	18	437	4,1	2,2-6,0	1,0
Mujer	92	1628	5,7	4,6-6,8	1,4
Facultativo					
Hombre	37	814	4,5	3,1-5,9	1,0
Mujer	60	995	6,0	4,5-7,5	1,3
Otros					
Hombre	0	218	-	-	-
Mujer	7	1569	0,4	0,1-0,7	-

## 6. DISCUSIÓN

En primer lugar, consideramos que los datos obtenidos por este estudio pueden proporcionar una información relevante acerca de la caracterización de los diferentes tipos de agresiones, su frecuencia, servicios o unidades con más riesgo, categorías profesionales más afectadas y causas que las motivan dentro del ámbito geográfico que abarca una Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana.

Los datos proporcionados por nuestro estudio posibilitan la comparación con otras investigaciones previas realizadas en el ámbito sanitario, aunque existen limitaciones motivadas por el uso de diferentes metodologías en los diferentes estudios e informes analizados. Por un lado, en algunos estudios se utilizan encuestas en lugar de registros, en otros solamente se analiza una categoría profesional (generalmente médicos o enfermeras), un ámbito asistencial (Atención Primaria o Especializada), un centro asistencial (generalmente hospitalario) o existen periodos de estudio muy diversos.

Como aportación de este estudio, destacar que engloba la totalidad de los centros asistenciales de Atención Primaria y Especializada de tres Departamentos de Salud, incluyendo sus diferentes Unidades y Servicios, así como Centros de Salud Pública y Servicios de Atención Médica Urgente (SAMU), abarcando todas las categorías profesionales, y analizando datos relativos a un periodo de cuatro años. Además, se han utilizado datos demográficos y profesionales actuales de los trabajadores estudiados.

En nuestro estudio se observa un mayor número de agresiones notificadas por trabajadoras de sexo femenino (70,5%) en términos absolutos. Si bien es cierto que el 72,5% de la plantilla adscrita a la Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales son mujeres, hay una diferencia estadísticamente significativa con el grupo de hombres. Nuestros datos coinciden con los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que en un informe correspondiente al periodo 2008-2012 (4), señala que en mujeres se producen un 72% del total de las agresiones (señalando dicho informe que el sector de la sanidad está compuesto por un 73% de personal de sexo femenino y podría ser una explicación de estos porcentajes). En otros estudios que abarcan todas las categorías profesionales, los resultados respecto al sexo del personal agredido, considerados de forma global, son similares a los de nuestra investigación: Gutiérrez et al. en Navarra (26) refieren un 75% de agresiones en mujeres, y Rincón-del Toro et al. (27) en la Comunidad de Madrid refieren un porcentaje del 84%.

Sin embargo, en nuestro estudio, al analizar la tasa de incidencia de agresiones según el sexo del profesional agredido, se observa una tasa de incidencia mayor en hombres (4,1) que en mujeres (3,7). En otros estudios, como el de Gutiérrez et al. (26) presentan la misma tasa de incidencia hombres y mujeres (1,6).

La edad media del personal agredido en nuestro estudio es de 46,3 años. En otros estudios se observan edades inferiores, como el realizado en el Servicio Navarro de Salud durante el periodo 2008-2012 (26) en el que la edad media es 42,6 años, así como en el realizado en un hospital de Andalucía por Mayorca et al. (28) en el que es de 38 años, siendo de 34,5 años la edad media descrita en el estudio realizado en Cataluña a través de un cuestionario online por Cervantes et al. (29).

Los grupos de edad en los que se producen más agresiones son los comprendidos entre los 36-45 años y entre los 46-55 años, siendo prácticamente iguales (28,7% en el primer caso y 28,3% en el segundo grupo). En el informe de 2016 de la Organización Médica Colegial de España sobre "Agresiones a Médicos" (5) el mayor porcentaje de incidentes (30%) se produce en el rango de edad de 46 a 55 años, presentando los grupos de edad de 36-45 años y 56-65 años el mismo resultado (27%) (5). Aunque los resultados son similares, no son del todo comparables con los de nuestro estudio, al estar realizado el citado informe solamente en personal médico.

El personal facultativo es la categoría profesional que más agresiones notifica en nuestra investigación (35%), siendo el personal de enfermería el segundo grupo en frecuencia (29%). Estos datos coinciden con los publicados en 2014 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (4), que obtiene unos porcentajes del 35% en médicos y del 31% en enfermería. También existen resultados similares en el estudio de Martínez-León et al. (30) en la Comunidad de Castilla y León (incluyendo personal de atención primaria y especializada), donde el personal facultativo (36%) y el personal de enfermería (33%) son los más afectados. En otros estudios, como el de de-San-Segundo et. realizado en Madrid (31), el grupo profesional más frecuentemente agredido es el de enfermería (34%). También hay otros estudios que presentan más agresiones en otros colectivos profesionales, como el Gutiérrez et al. (26) en el que la categoría profesional de Auxiliares de Enfermería es la más frecuentemente agredida (35%), seguida del personal de enfermería (28%) y del personal facultativo (22%).

En el estudio de la incidencia de agresiones por categoría profesional, la tasa de incidencia mayor ocurre en facultativos (5,4), con un resultado similar al personal de enfermería (5,4). Otros estudios presentan unas tasas de incidencia mayores en otros grupos

profesionales, como el estudio realizado en el Servicio Navarro de Salud (26), en el que los celadores (4,5) son la categoría profesional con más alta incidencia, seguido de auxiliares de enfermería (3,6). En este estudio (26) la tasa de incidencia en facultativos es 1,5 y en enfermería 1,4, siendo inferiores a nuestros resultados.

Al realizar la estratificación por categorías profesiones se observa un mayor riesgo en mujeres que en varones en la categoría profesional de facultativas (6,0) y enfermeras (5,7), siendo mayor en hombres respecto a mujeres en personal administrativo (4,7) y en celadores (5,5).

Cuando tenemos en consideración el número de trabajadores por categoría profesional y sexo se observa que el personal médico de sexo femenino es el que tiene un mayor riesgo de agresiones.

Si observamos los datos relativos al ámbito asistencial en el que tienen lugar las agresiones, en nuestra investigación se notifican más situaciones de agresiones en Atención Especializada (63%), representando los casos en Atención Primaria un 37%. Estos resultados coinciden con otras investigaciones que incluyen ambos ámbitos asistenciales. En el estudio de-San-Segundo et al. (31), se observa que el 61% de las agresiones se originan en Atención Especializada. También en el “Estudio sobre agresiones a la profesión enfermera” de la Organización Colegial de Enfermería (32) se refleja un 66% de agresiones en el ámbito hospitalario, aunque dicho estudio se refiere exclusivamente al colectivo de enfermería. Sin embargo, otros estudios e informes presentan un mayor número de notificaciones en Atención Primaria. En el estudio de Gutiérrez et al. en Navarra (26) el 75% de las agresiones se producen en el ámbito extrahospitalario. Asimismo, en el estudio de agresiones a médicos de la Organización Médica Colegial de 2016 (5) se declara un 55% de incidentes violentos en Atención Primaria y en el Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud (2008-2012) (4), el porcentaje de casos detectados en Atención Primaria es de un 51%.

En nuestro estudio observamos diferencias en las categorías profesionales más agredidas según el ámbito asistencial en el que ejercen su actividad laboral. Así, es el personal de enfermería el más frecuente agredido en Atención Especializada (34%), mientras que en el ámbito de Atención Primaria es el personal facultativo el que acumula un mayor número de incidentes (44%). Estos resultados coinciden con los de otros estudios como el de de-San-Segundo et al. (31) en el que también las categorías profesionales más agredidas difieren según su ámbito de atención: así en Atención Primaria son los facultativos los que más agresiones notifican (53%), mientras que en Atención Especializada es el personal de

enfermería el que obtiene un mayor porcentaje (47%). También en un estudio realizado en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid por Rincón-del Toro et al. (27) el personal facultativo (53%) es el que más agresiones notifica, seguido en este caso por el personal Administrativo (24%).

Además del personal de enfermería, las auxiliares de enfermería (28 notificaciones en Especializada frente a 7 en Primaria) y los celadores (20 en Especializada por 5 en Primaria) presentan un mayor número de agresiones en Atención Especializada que en Atención Primaria. Esta situación se produce en probable relación con el más estrecho contacto personal que se produce con los pacientes ingresados por estos profesionales (cuidado de pacientes, higiene, movilizaciones, maniobras de contención...) (26).

En el caso del personal administrativo, este colectivo presenta en nuestro estudio un mayor número de incidentes violentos en Atención Primaria que en Especializada. Esta mayor declaración de situaciones conflictivas por parte del colectivo administrativo en Atención Primaria también es referida en otros estudios, como el Rincón del Toro et al. (27), que registran un 24% de agresiones en administrativos, siendo la segunda categoría profesional en frecuencia tan sólo por debajo del personal facultativo. El motivo de estas situaciones violentas en este grupo se podría deber al ser este personal el que atiende en primera instancia a los pacientes/usuarios en los Centros de Salud y es el responsable de la gestión de las citas para las consultas (27).

En nuestro estudio se observa un mayor número de agresiones en personal temporal (interino o de sustitución), con un 62%. En el Informe del Grupo de Trabajo a profesionales del Sistema Nacional de Salud (4) la frecuencia de agresiones es similar entre los trabajadores con contrato eventual (51%) y los que tienen un contrato de larga duración (49%). Estos datos son diferentes a los presentados en otras investigaciones, como la realizada en el Servicio Navarro de Salud (26), en el que el personal más agredido tiene un contrato fijo (67 %), al igual que sucede en el estudio de Mayorca et al. (28), con un 63 % de trabajadores agredidos con contrato fijo. Sin embargo, en este apartado consideramos que nuestros resultados no son totalmente comparables con los de otros estudios debido a las diferencias en la consideración de personal fijo, que en nuestra investigación se ha considerado como tal al trabajador que tiene la plaza en propiedad. En algunos estudios se ha considerado como personal fijo a aquellos trabajadores que tienen un contrato estable o indefinido, como sucede en el estudio de Cervantes et al. (29) y en otros no se especifica el criterio para la consideración de personal fijo (26).

El mayor porcentaje de las agresiones notificadas en nuestra investigación son de tipo verbal (70%). En la mayoría de informes y estudios analizados se confirma esta mayor frecuencia de agresiones verbales. En el Informe del año 2014 del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud (4) el porcentaje de agresiones no físicas (amenazas, insultos, vejaciones, etc.) es del 82%, siendo superior al observado en nuestro estudio. En el estudio de Cervantes et al. (29) realizado en Cataluña se refiere un 77% de agresiones verbales. Unos resultados similares a los de nuestra investigación se producen en el estudio realizado en profesionales sanitarios en la Comunidad de Castilla y León por Martínez-León et al. (30) con un 65% de agresiones verbales. Por otro lado, el estudio de Gutiérrez et al. (26) presenta unos porcentajes similares entre agresiones físicas (52%) y verbales (48%). Sin embargo, en el estudio de Lameiro et al. (33) realizado en el Complejo Hospitalario de Vigo se observa que el mayor número de agresiones son de tipo físico (80%). Estas diferencias entre los estudios pueden estar motivadas por el hecho de que muchas agresiones de tipo verbal no son declaradas al minimizarse su importancia, porque se consideran como un hecho inherente a la propia actividad laboral y también a las diferentes características del entorno sanitario donde se ha realizado el estudio, donde pueden existir más servicios de salud mental o de urgencias (33).

En nuestro estudio el mayor porcentaje de agresiones en Atención Especializada se produce en las Plantas de Hospitalización de Salud Mental (22%) y en Urgencias Hospitalarias (12%). Estos resultados coinciden con el estudio de Gutiérrez et al. (26), que refieren un 28% de incidentes violentos en Salud Mental Hospitalaria y un 5% en Urgencias. También en el estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Castilla y León por Martínez-León et al. (30) los Servicios de Psiquiatría representan el mayor porcentaje de agresiones de tipo físico (52%) seguido de los Servicios de Urgencias (13%). En el estudio de de-San-Segundo et al. (31) es el Servicio de Urgencias Hospitalario (35%) el lugar donde más agresiones se producen dentro de la Atención Especializada. En el caso de las Plantas de Hospitalización de Salud Mental estaría motivado por las peculiaridades propias de los pacientes psiquiátricos, que frecuentemente presentan comportamientos agresivos e imprevisibles.

En relación con el autor de las agresiones, son los pacientes los que protagonizan el mayor número de agresiones (64% de los casos en nuestra investigación). Porcentajes similares presenta el estudio realizado por Martínez-León et al. (30), en el que 7 de cada diez casos es el paciente el implicado en la agresión del profesional que lo asiste y también el Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos (5) refleja un 71% de agresiones provocadas por pacientes. Otros estudios como el de de-San-Segundo et al. (31), registran un 57% de agresiones en el ámbito de la Atención Especializada producidas por pacientes, siendo menor

el porcentaje en el ámbito de la Atención Primaria (51% de los casos). También en un estudio realizado en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid por Rincón-del Toro et al. (27) es el paciente el principal agresor (68%).

En nuestro estudio las agresiones físicas las ocasionan más frecuentemente los pacientes, representando el 93% del total de agresiones de este tipo. Esta mayor frecuencia de agresiones físicas por parte de pacientes también se constata en otras investigaciones, como la realizada por Rincón-del Toro et al. (27) en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, en el que se constata que las agresiones físicas generadas por pacientes son tres veces más frecuentes que las que ocasionan sus familiares o acompañantes.

Al analizar las causas de las agresiones, en nuestra investigación el motivo más frecuente es la disconformidad con la atención recibida (33%), tanto por parte de personal sanitario como no sanitario. Este resultado coincide con el estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios de Martínez León et al. (30) en el que la discrepancia con la atención médica recibida desencadena el 34% de agresiones. También en el estudio realizado en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid por Rincón-del Toro et al. (27) la principal causa de las agresiones se produce en relación con la disconformidad de la asistencia recibida (36%).

Al analizar las consecuencias de las agresiones sobre los profesionales, observamos en nuestra investigación que del total de agresiones sufridas un 10% de los agredidos requirieron el paso a una situación de baja médica por incapacidad temporal. Este valor es superior al observado en el estudio de Cervantes et al. (29) en Cataluña, donde un 3% de las víctimas de agresiones solicitó la baja laboral y al descrito en el Informe del Grupo de Trabajo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (4) donde el porcentaje es del 2%. También es superior al observado en el estudio de Gutiérrez et al. (26) realizado en Navarra, donde el 1,6% de los profesionales agredidos requiere una baja médica por incapacidad temporal, así como el Rincón-del Toro et al. (27), con un porcentaje inferior (0,9%). Sin embargo, el Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos en su informe de 2016 (5) registra un 16% de bajas laborales en médicos como consecuencia de las agresiones sufridas.

En nuestro estudio es reducido el porcentaje de profesionales que presenta una denuncia ante un Juzgado, concretamente un 7,4%, produciéndose tanto en situaciones en las que ha habido agresión física como verbal. Esta situación se corrobora en otros estudios e informes. En un estudio realizado por Martínez-Jarreta et al. (34) los resultados son inferiores, denunciándose un 3,7% de las agresiones físicas y ninguna de las agresiones verbales. En el estudio de Rincón-del Toro et al. (27) en Atención Primaria de la Comunidad

de Madrid registra un 6% de denuncias. En estudios e informes más recientes se observa un mayor número de denuncias judiciales, como el realizado por el Instituto Español de Investigación Enfermera y el Consejo General de Enfermería (32) sobre un total de 1.623 entrevistas realizadas a enfermeras de todo el ámbito nacional, y en el que el porcentaje de denuncias judiciales referido es del 8%. En el Informe del Ministerio de Sanidad de 2014 (4) el porcentaje es superior, cifrándose en un 10,9%. Sin embargo, en el Informe de la Organización Médica Colegial de 2016 (5) el porcentaje de denuncias realizadas por médicos tras las agresiones sufridas es del 68%, que puede estar motivado por la disposición de asesorías jurídicas en los Colegios Médicos y su implicación en defensa de este colectivo, así como la sensibilización de estos profesionales cuando deciden acudir a su Colegio Profesional.

Esta situación de baja interposición de denuncias judiciales puede ser debida a que muchos profesionales tienden a minimizar los incidentes violentos, a que las agresiones se consideran algo inherente a su actividad profesional o al posible temor de los trabajadores a las represalias de los agresores (27).

#### Limitaciones del estudio

Los resultados de nuestro estudio presentan algunas limitaciones. En primer lugar, se han analizado los datos relativos a las agresiones declaradas y registradas, ignorándose los datos de situaciones violentas producidas y no notificadas por los profesionales. Además, los sucesos violentos notificados son representativos de la situación de los Departamentos de Salud adscritos a una Unidad Periférica del Servicio de Prevención, pero no tienen por qué serlo del resto de Departamentos de Salud pertenecientes a otras Unidades Periféricas, ni hacerse extensible a otras Comunidades Autónomas.

Por las características de nuestro estudio desconocemos los efectos a largo plazo de las agresiones verbales y físicas sobre la salud de los trabajadores agredidos, así como su repercusión sobre la aparición de otros problemas como es la desmotivación de estos profesionales, la presencia de insatisfacción laboral, estrés o la posible afectación a la relación con los pacientes.

En relación con las causas de las agresiones, indicar que este estudio sólo analiza una parte del problema que suponen las situaciones violentas, ya que está realizado en base a las notificaciones de los profesionales, pero no se tiene en consideración los posibles factores causantes derivados del agresor (salvo en el caso de pacientes con trastornos mentales, adictos a drogas o violentos). En este sentido, sería necesario analizar las causas que motivan

la agresión desde el punto de vista de los sujetos que la originan: ¿por qué agreden a unos profesionales cuya función es cuidar y proteger su salud?

### Recomendaciones

Sería fundamental estudiar y profundizar en el origen de la tendencia a actuar o a responder agresivamente y cuáles son los motivos o situaciones que originan estos comportamientos violentos.

La violencia ocupacional de origen externo hacia los trabajadores debe tener la misma consideración que los demás riesgos laborales y hay que incluirla en la evaluación de los riesgos psicosociales de las organizaciones, y especialmente en el sector sanitario en el que el riesgo es mayor que en otros ámbitos laborales.

Las medidas de tipo preventivo deberían estar centradas en reducir la probabilidad de aparición de incidentes violentos (prevención primaria), realizando la correcta identificación de los factores de riesgo presentes en la organización, evaluando el riesgo específico de violencia laboral y realizando las propuestas de intervención concretas y precisas en base a los resultados de la evaluación de riesgos. Sería necesario, por tanto, englobar la violencia de pacientes/usuarios y familiares/acompañantes dentro del plan de prevención de la empresa.

En caso de no poder impedir el que se produzcan situaciones violentas se deberían aplicar las medidas necesarias para evitar o reducir la posibilidad del daño (prevención secundaria) y en el supuesto de que se hayan producido daños en los trabajadores (físicos o psíquicos) establecer todas las actuaciones tendentes a asistir tempranamente y recuperar el estado de salud anterior del trabajador (prevención terciaria), siendo fundamental la pronta intervención en estas situaciones.

Dentro de las estrategias destinadas a la prevención de la violencia en el lugar de trabajo se deberían evitar las acciones aisladas, ya que este tipo de intervenciones tienen un efecto limitado y no suelen ser efectivas en la prevención de los riesgos psicosociales (34). Consideramos, por tanto, que se tendría que actuar sobre todos los posibles factores que intervienen en la generación de violencia ocupacional: pacientes y familiares o acompañantes, profesionales de centros sanitarios y circunstancias del ámbito laboral (entorno y organización del trabajo).

En este sentido, en los siguientes cuadros se plantean posibles intervenciones de tipo preventivo enfocadas sobre cada uno de los agentes partícipes en las situaciones de violencia en el sector sanitario: pacientes y familiares/acompañantes (cuadro 1), profesionales (cuadro 2) y sobre la organización (cuadro 3).

### Cuadro 1. Medidas en Pacientes y Familiares/Acompañantes

<b>PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Informar a los pacientes de los procedimientos que debe seguir para el acceso a los centros sanitarios.</li><li>2. Mejorar la información de pacientes, familiares y acompañantes a través de pantallas informativas, megafonía, y de forma directa por los propios profesionales en relación con la posible demora en las consultas, cancelación de citas, posibles alternativas en caso de anulación de consultas, etc.</li><li>3. Favorecer la comunicación fluida entre los profesionales y los pacientes y familiares o acompañantes.</li><li>4. Entrega a los pacientes y familiares de folletos informativos, donde consten sus derechos y deberes con respecto al sistema sanitario, así como de las posibles consecuencias legales de actuaciones violentas.</li><li>5. Favorecer la información de los usuarios en relación con el procedimiento de acceso a los servicios sanitarios, catálogo de prestaciones básicas, circuitos de derivación entre Atención Primaria y Especializada (para pruebas complementarias, exploraciones...).</li><li>6. Elaborar un procedimiento de gestión de reclamaciones y/o quejas para la comunicación de deficiencias en el funcionamiento de los centros o de la disconformidad con la atención prestada, sabiendo que se va a realizar un estudio detallado de las mismas.</li><li>7. Realizar campañas de sensibilización dirigidas a los usuarios sobre el grave problema que suponen las agresiones a los profesionales de centros sanitarios (a través de medios de comunicación, charlas en centros sociales...).</li><li>8. Señalización adecuada de las distintas Unidades o Servicios de los centros sanitarios, así como la identificación correcta de todos los profesionales sanitarios, para que los usuarios sepan dónde dirigirse y a quién.</li><li>9. Concienciar a la población sobre la importancia de comunicar la imposibilidad de acudir a las citas de pruebas diagnósticas complementarias o consultas programadas de Atención Primaria o Especializada.</li></ol>

## Cuadro 2. Medidas en Profesionales

<b>PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dar a conocer a todos los profesionales la existencia de los Planes de Prevención y Atención de Agresiones en los distintos Servicios de Salud.</li><li>2. Proporcionar formación teórica y práctica en prevención de agresiones, priorizando la formación de aquellos trabajadores y en aquellos Servicios con un riesgo mayor. Incluir formación de Jefes de Servicio, supervisores y mandos intermedios.</li><li>3. Potenciar la formación para adquirir habilidades sociales, mejorar en técnicas de comunicación y en el manejo del abordaje de situaciones críticas o conflictivas.</li><li>4. Concienciar de la importancia de la notificación de los incidentes violentos, incluidas las formas verbales de agresión, incidiendo en aquellos Centros o Servicios donde se sospecha que existe una infradeclaración (SAMU, Centros de Salud Pública).</li><li>5. En la atención domiciliaria que se prevea de riesgo realizarla acompañado de otro profesional.</li><li>6. Realización de talleres prácticos adaptados a la realidad de la organización donde se trabaja, con el objetivo de prevenir las situaciones de violencia, o en el caso de producirse, cómo afrontarlas. Tener en consideración las vivencias o experiencias anteriores de los profesionales que han sufridos ese tipo de situaciones.</li><li>7. Asesoramiento y apoyo precoces del trabajador que ha sufrido una agresión (física o verbal) por parte de la organización para la que trabaja.</li><li>8. Posibilitar el cambio de puesto o lugar de trabajo en aquellas situaciones graves que aconsejen que un profesional no tenga que atender de nuevo al agresor.</li><li>9. Informar a los profesionales de los centros sanitarios de la posibilidad de interponer una denuncia judicial contra el agresor y de las consecuencias que conllevaría su actuación.</li><li>10. Valorar la posibilidad de realización de cursos de defensa personal para poder evitar ser agredidos físicamente.</li></ol>

### Cuadro 3. Medidas Técnicas y sobre la Organización

<b>PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mejorar la accesibilidad y los circuitos de atención a los usuarios: mejorar el acceso telefónico de los usuarios, favorecer las citas vía telemática.</li><li>2. Mejorar la gestión de cita previa con el objetivo de reducir la demora para la atención sanitaria en atención primaria y especializada y para la realización de pruebas complementarias.</li><li>3. Favorecer una mejor coordinación entre los distintos niveles asistenciales</li><li>4. Establecer protocolos de actuación para la atención de usuarios sin cita y de pacientes urgentes.</li><li>5. Ubicación adecuada del mobiliario en los puestos de trabajo, de tal forma que permita al trabajador abandonar fácilmente el lugar de trabajo cuando se produzca un incidente violento.</li><li>6. Evitar tener en la consulta objetos que puedan ser utilizados para causar lesiones.</li><li>7. En aquellos Centros Sanitarios o Unidades con mayor riesgo (Unidad de Conductas Adictivas, Centros de Salud con una especial conflictividad...) dotarlos de personal de seguridad.</li><li>8. Instalación de videocámaras en salas de espera o zonas comunes y de mamparas en puntos de información.</li><li>9. En aquellas Unidades o Servicios Hospitalarios que suelen tener pacientes especialmente agresivos (Psiquiatría), dotar de más personal de apoyo y durante toda la jornada laboral (Ej. Celadores exclusivamente ubicados en dicho Servicio).</li><li>10. Establecer sistemas de comunicación directa con las Fuerzas de Orden Público y los Servicios de Seguridad.</li></ol>

## 7. CONCLUSIONES

En primer lugar, consideramos que los datos obtenidos por este estudio pueden proporcionar una información relevante acerca de la caracterización de los diferentes tipos de agresiones, su frecuencia, las categorías profesionales más afectadas y las causas que las motivan dentro del ámbito geográfico que abarca una Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana, y además, posibilitan la comparación con otros estudios previos realizados en el ámbito sanitario en otras Comunidades Autónomas.

Asimismo, el que se incluya en esta investigación a todos los centros sanitarios y a todas las categorías profesionales que ejercen su actividad laboral en ellos, durante un periodo prolongado de cuatro años, nos permite mejorar el conocimiento de las situaciones conflictivas violentas producidas por pacientes y familiares o acompañantes en el ámbito sanitario, ampliando también la información relativa a las agresiones sufridas por determinados profesionales que no siempre se tienen en consideración en este tipo de estudios y que también están expuestos al riesgo de violencia laboral.

La distribución del riesgo de producirse incidentes violentos no es uniforme, presentando diferencias entre el tipo de agresión y la frecuencia de presentación, en función de variables personales y laborales de los profesionales y ámbito asistencial.

El riesgo de presentar situaciones de violencia laboral es mayor en el personal sanitario y con contrato temporal, siendo el personal facultativo el más afectado por los incidentes violentos, seguido del personal de enfermería.

La tasa de incidencia considerada de forma global es mayor en hombres que en mujeres, sin embargo existe un mayor riesgo de agresiones en mujeres que en hombres en la categoría profesional de facultativos y enfermeras, siendo mayor en hombres en el personal administrativo y celadores.

Las formas verbales de agresión predominan sobre las formas físicas. Las formas físicas de agresiones las generan preferentemente los pacientes y se asocian al perfil violento del agresor.

En Atención Especializada existe un mayor riesgo de producirse formas físicas de violencia, preferentemente en Servicios que atienden a pacientes con problemas de salud mental, dependientes de drogas o antecedentes de violencia, como son las Unidades de Salud Mental y Urgencias.

En Atención Primaria prevalecen las formas verbales de agresión, siendo el personal facultativo, de enfermería y administrativo los que más agresiones sufren.

Existe una baja declaración de situaciones de violencia en determinados Servicios o Unidades, como sucede con el personal de los Centros de Salud Pública y del Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU), que puede estar motivada por la asunción de las agresiones como parte intrínseca de su trabajo, así como la posible tendencia a minimizar los hechos violentos por parte de estos profesionales.

El principal motivo de las agresiones notificadas está en relación con posibles deficiencias en la organización, como es la disconformidad por la atención recibida.

En relación con las consecuencias de las agresiones sobre los profesionales, un pequeño porcentaje requiere una baja médica por incapacidad temporal tras las situaciones violentas, aunque desconocemos los efectos a largo plazo en la salud física y mental de los agredidos.

La mayoría de los profesionales agredidos optan por no presentar denuncia judicial alguna.

La correcta caracterización de las agresiones en función del tipo de agresión, ámbito asistencial en el que se produce, tipo de servicio o unidad y categoría laboral, así como el análisis de los motivos desencadenantes de los incidentes violentos son necesarios para la planificación de medidas preventivas específicas que impidan o disminuyan la aparición de estas situaciones y mejoren la seguridad de los trabajadores.

La viabilidad de las medidas propuestas pasa por la implicación de todos aquellos agentes que pueden estar comprometidos en la prevención de riesgos laborales. En el caso de la violencia ocupacional: administraciones (sanitaria, judicial, fuerzas y cuerpos de seguridad), empresa, trabajadores, representantes de los trabajadores, servicios de prevención y colegios profesionales tienen un papel primordial. La implicación de la empresa es fundamental, dotando de los medios técnicos y organizativos, formando específicamente a directivos, jefes de servicio, supervisores, mandos intermedios y trabajadores en cómo prevenir y afrontar los incidentes violentos, y garantizando una atención inmediata de todos los profesionales agredidos (no sólo de los casos más graves). Por otra parte, los Servicios de Prevención deben evaluar siempre el riesgo de violencia laboral como parte imprescindible de la valoración psicosocial de las organizaciones y realizar el seguimiento a medio y largo plazo de los agredidos para identificar posibles repercusiones en su salud.

### ADENDA: Futuras investigaciones

Aunque existen estudios sobre la infradeclaración de las agresiones (28), se tendría que continuar las investigaciones de las causas que motivan la no declaración de las situaciones violentas en cada ámbito de trabajo (posible minimización de las situaciones conflictivas, miedo a posibles repercusiones por parte de pacientes o familiares, sentirse desprotegido por la organización...), para poder aumentar así la notificación y mejorar la información sobre lo que ocurre verdaderamente en torno a las situaciones de violencia ocupacional (conocer la dimensión del problema), y de esa manera poder intervenir sobre esas causas.

Asimismo, sería importante profundizar en el estudio de los motivos que generan la violencia en el ámbito laboral teniendo en consideración la visión de los pacientes y de sus familiares o acompañantes (no sólo desde el punto de vista del profesional sanitario o desde las Instituciones Sanitarias o Asociaciones Profesionales), siendo necesaria esta información para poder buscar soluciones y medidas correctoras que eviten o disminuyan la probabilidad de aparición de situaciones conflictivas.

Considerar la realización de estudios de seguimiento a largo plazo de los profesionales agredidos, para identificar posibles consecuencias sobre la salud física o mental de estos trabajadores, así como la aparición de otros efectos como la falta de motivación, la presencia de insatisfacción laboral o deterioro en la relación con los pacientes y usuarios.

Por último, y teniendo en consideración que la mayoría de los estudios sobre violencia ocupacional en el ámbito sanitario son de tipo descriptivo, se debería considerar el desarrollo de investigaciones que aportaran información sobre si las medidas propuestas y adoptadas son realmente efectivas en la capacidad de disminuir las situaciones violentas.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nota Técnica de Prevención (NTP) 275: Carga mental en el trabajo hospitalario: Guía para su valoración. Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el trabajo (INSSBT).
2. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: ILO/ICN/WHO/PSI; 2002. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/workplace/es/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/es/)
3. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/GENERALIDAD/ENCT%202015.pdf>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Ordenación Profesional, Subdirección General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Informe de 14 de febrero 2014. Grupo de Trabajo de Agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud. Comisión de Recursos Humanos del SNS; 2014.
5. Organización Médica Colegial de España. Estudio de agresiones a médicos. Informe OMC; 2016. Disponible en: [http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/agresiones\\_2016\\_nacional.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/agresiones_2016_nacional.pdf)
6. Síndic de Greuges de Catalunya. Agresiones al personal sanitario y no sanitario. Informe al Parlamento, 2007. Disponible en: [www.sindic.cat/site/unitFiles/2228/521\\_9.3salut-informe-cast.pdf](http://www.sindic.cat/site/unitFiles/2228/521_9.3salut-informe-cast.pdf)
7. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. FACTS 24. La violencia en el trabajo. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/factsheets/24>
8. Organización Internacional del Trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla. Ginebra 2003. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms\\_112578.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112578.pdf)
9. Nota Técnica de Prevención (NTP) 489: Violencia en el lugar de trabajo. Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo (INSSBT).

10. Informe Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Disponible en: [https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/informe\\_agresiones\\_profesionales.pdf](https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/informe_agresiones_profesionales.pdf)
11. Resolución de 26 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 20 de noviembre de 2015, por el que se aprueba el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en la Administración General del Estado y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella.
12. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
13. Constitución Española. «BOE» núm. 311, de 29/12/1978.
14. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
15. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
16. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
17. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
18. Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.
19. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
20. Instrucción 3/2017 de la Secretaría de Estado de Seguridad sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud. Disponible en: <https://www.cmb.eus/legislacion/instruccion-3-2017-secretaria-estado-seguridad-sobre-medidas-policiales-a-adoptar-frente-a-agresiones-a-profesionales-salud>.
21. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana.
22. Decreto 159/2009, de 2 de octubre, del Consell, por el que se establecen las actuaciones de los órganos de la Conselleria de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat.

23. Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones, a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat. Disponible en: [http://www.san.gva.es/documents/155952/752483/DEFINITIVOPIP31\\_05.pdf](http://www.san.gva.es/documents/155952/752483/DEFINITIVOPIP31_05.pdf)
24. Orden de 6 de agosto del conseller de Sanidad por la que se estructura y organiza el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Sector Sanitario de la Generalitat Valenciana.
25. Álvarez JF. Organización de la prevención en el sector sanitario. Principales riesgos. En: Gil F. Tratado de Medicina del Trabajo. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2012. p. 917-928.
26. Gutiérrez L, Hernández MJ, Molina L. Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). Arch Prev Riesgos Labor 2016; 19 (3): 166-174.
27. Rincón-del Toro T, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, de Castro-Monteiro E et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. Rev Esp Salud Pública 2016. 90
28. Mayorca IA, Lucena S, Cortés ME, Lucerna MA. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? Med Seg Trab. 2013; 59 (231): 235-258.
29. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). Arch Prev Riesgos Labor. 2010; 13 (3): 135-140.
30. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). Rev Esp Med Legal 2012; 38: 5-10. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-analisis-medico-legal-las-agresiones-los> - S0377473211000022
31. De-San-Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez-de-Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez-Úriz MA. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). SEMERGEN. 2017; 43 (2): 85-90.

32. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermera. Organización Colegial de Enfermería. 2012. Consejo General. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0446.pdf>
33. Lameiro C, Besteiro A, Cuevas A, Pérez A, Gómez C, Del Campo V. Violencia laboral en Instituciones Sanitarias. Análisis de un perfil cambiante. Rev Enferm Trabajo 2013; 3: 66-74.
34. Nota Técnica de Prevención (NTP) 944: Intervención psicosocial en prevención de riesgos laborales: principios comunes. Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo (INSSBT).



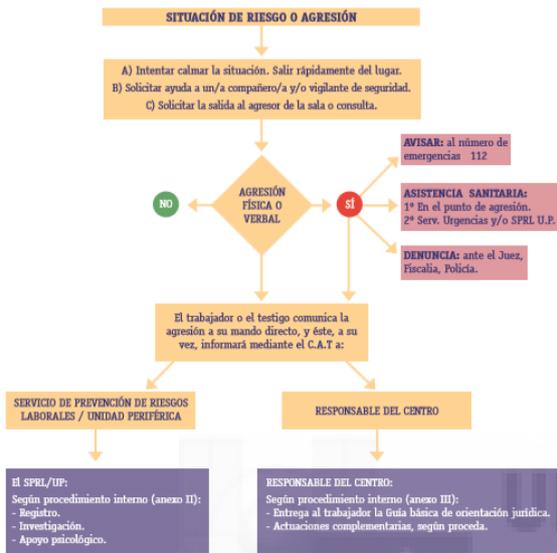
## 9. ANEXOS

### ANEXO 1. DOCUMENTO DE COMUNICACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO (CAT).

GENERALITAT VALENCIANA		COMUNICACIÓ D'ACCIDENT DE TREBALL COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO		CAI
<input type="checkbox"/> A. ACCIDENT BIOLÒGIC ACCIDENTE BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> C1. AGRESIÓ FÍSICA AGRESIÓN FÍSICA		<input type="checkbox"/> B. ACCIDENT GENERAL ACCIDENTE GENERAL <input type="checkbox"/> C2. AGRESIÓ VERBAL AGRESIÓN VERBAL		NÚMERO DE ACCIDENTE NÚMERO DE ACCIDENTE
<b>A DADES DEL TREBALLADOR / DATOS DEL TRABAJADOR</b>				
COGNOMS / APELLIDOS		NOME / NOMBRE		DNI / NIF
TELEFON / TELEFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO DE / NÚMERO DE	
EDAT DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE LA SEGURITAT SOCIAL / NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL		SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Home / Hombre <input type="checkbox"/> Dona / Mujer	
<b>B DADES DEL LLOC DE TREBALL / DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO</b>				
CENTRE / CENTRO		SERVEI (1) / SERVICIO (1)		LLOC DE TREBALL (2) / PUESTO DE TRABAJO (2)
SITUACIÓ ACTUAL / SITUACIÓN ACTUAL			ANTERIOR / ANTERIOR	
<input type="checkbox"/> Funcionari carrera / Funcionario carrera <input type="checkbox"/> Funcionari interí / Funcionario interino <input type="checkbox"/> Estabulati fe / Establado interino <input type="checkbox"/> Estabulati interí / Establado interino <input type="checkbox"/> Laboral fe / Laboral fe <input type="checkbox"/> Laboral tpo / Laboral temporal <input type="checkbox"/> Altres / Otros:			<input type="checkbox"/> Fins a 1 mes (indique dies) / Hasta 1 mes (indique días) <input type="checkbox"/> Més d'1 mes (indique mesos) / Más de 1 mes (indique meses) <input type="checkbox"/> Més de 1 mes (indique mesos) / Más de 1 mes (indique meses)	
(1) Per a personal docent, docent, investigador. Para personal docente, docente e investigador. Para personal sanitario, categoría profesional. Para personal docente, cuerpo y especialidad. Para personal sanitario, categoría profesional.				
<b>C DADES DE L'ACCIDENT / DATOS DEL ACCIDENTE</b>				
LLOC DE L'ACCIDENT / LUGAR DEL ACCIDENTE		DATA / FECHA		HORA DEL DIA (1) / HORA DEL TRABAJO (1, 2, 3, etc.)
DESCRIPCIÓ DE L'ACCIDENT / DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE (1)		DESCRIPCIÓ DE LA LESIÓ (2) / DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (2)		TIPO DE LESIÓ (2) / TIPO DE LESIÓN (2)
MATERIALS / MATERIALS		CAUSA / CAUSA		CONSECUÈNCIES / CONSECUENCIAS
FORMA DE CONTACTE (1) / FORMA DE CONTACTO (1)		LLOC (1) / CÓDIGO (1)		TIPO DE LESIÓ (2) / TIPO DE LESIÓN (2)
NOM DEL RESPONSABLE DE PERSONAL O SUPERIOR JERÀRQUIC (1) / NOMBRE DEL RESPONSABLE DE PERSONAL O SUPERIOR JERÁRQUICO (1)		TELEFON / TELEFONO		INSTRUMENTS / INSTRUMENTOS
LLOC / LUGAR		TELEFON / TELEFONO		INSTRUMENTS / INSTRUMENTOS
<input type="checkbox"/> En el centre o lloc de treball habitual / En el centro o lugar de trabajo habitual <input type="checkbox"/> En un altre centre o lloc de treball / En otro centro o lugar de trabajo <input type="checkbox"/> En un desplaçament en la jornada laboral (en transit) / En desplazamiento en su jornada laboral (en tránsito)		<input type="checkbox"/> En el centre o lloc de treball habitual / En el centro o lugar de trabajo habitual <input type="checkbox"/> En un altre centre o lloc de treball / En otro centro o lugar de trabajo <input type="checkbox"/> En un desplaçament en la jornada laboral (en transit) / En desplazamiento en su jornada laboral (en tránsito)		<input type="checkbox"/> En un desplaçament en la jornada laboral (en transit) / En desplazamiento en su jornada laboral (en tránsito) <input type="checkbox"/> A més, marque si ha sigut un accident de trànsit / Además, marque si ha sido accidente de tráfico
<input type="checkbox"/> Tancat habitual / Tarea habitual <input type="checkbox"/> Tancat / Cerrado <input type="checkbox"/> No s'ha demanat / No se ha solicitado		<input type="checkbox"/> Sí s'ha realitzat / Sí se realizó <input type="checkbox"/> Sí s'ha realitzat / Sí se realizó		<input type="checkbox"/> Sí s'ha demanat / Sí se solicitó <input type="checkbox"/> No s'ha demanat / No se solicitó
(1) (1) (1) Consultar feites vençudes / Consultar fechas vencidas. (2) (2) (2) En el centre docent indica el nom del director del centre. En el centro docente indicar el nombre de director de centro. En el caso de transporte se cumplimenta la Unidad de Registro Laboral.				
<b>D COMUNICACIÓ / COMUNICACIÓN</b>				
Es comuniquen totes estes dades als efectes que es realitza l'assistència sanitària per esta contingència i perquè, si és el cas, s'inicia la investigació dels serveis de prevenció. Se comunican todas estas dadas a los efectos de que se realice la asistencia sanitaria por esta contingencia y para que, en su caso, se inicie la investigación por los servicios de prevención.				
Signatura del responsable de personal o superior jeràrquic (1) / Firma del responsable de personal o superior jerárquico (1)		Signatura de la persona accidentada / Firma de la persona accidentada		
Firma: _____		Firma: _____		
(1) Per a personal docent, firma del director del centre. Para personal docente, firma de director de centro. Si s'ha realitzat l'avaluació de riscos, s'ha realitzat l'avaluació de riscos. Si se ha realizado la evaluación de riesgos, se ha realizado la evaluación de riesgos. Les dades de caràcter personal que conté l'original podran ser utilitzats en un altre per al seu tramitament per este legule administratiu, amb la firma responsable del fitxer, en fins de les funcions que li són atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Así mismo, se informará de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 293, de 10/1/99). Los datos de carácter personal contenidos en el original podrán ser utilizados en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 293, de 10/1/99).				

# ANEXO 2. TRÍPTICO “GUÍA DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE AGRESIÓN A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO PÚBLICO”

## ¿Qué hacer ante una agresión?



### Consejos generales de actuación

1. Identificar indicios que pudieran asociarse con ataques inminentes tales como:
  - Lenguaje y tono alterados.
  - Gestos amenazadores.
  - Ira y frustración expresadas verbalmente.
  - Arregas al resto de usuarios poniéndolos en su contra.
  - Señales de uso de drogas o alcohol.
  - Presencia de un arma, etc.
2. Mantener conductas que permitan que no se descontrola la ira del usuario:
  - Actitud tranquila.
  - No responder a amenazas con amenazas.
  - Ser asertivos.
  - Estar alerta.
  - Evaluar la situación.

**Actuación en situación de violencia controlada (sin ataque físico):**

- Intentar calmar la situación.
- Utilizar un lenguaje y tono de voz serenos.
- Invitar al usuario o paciente a que abandone el lugar de trabajo.

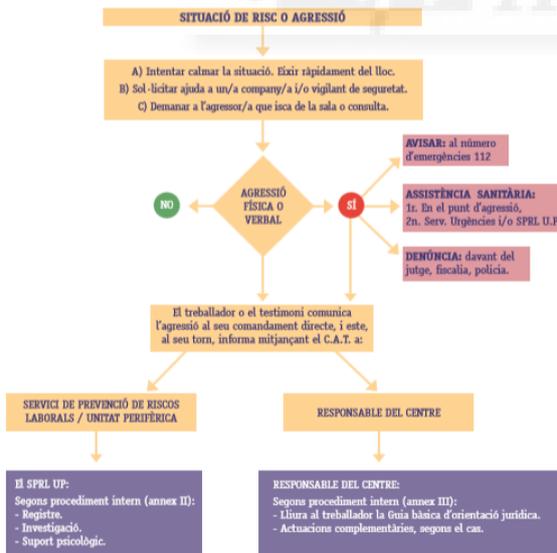
**Actuación en situación de violencia incontrolada:**

- Salir rápidamente del lugar de trabajo en el que se encuentra.
- Requerir el auxilio de la vigilancia de seguridad del centro, si lo hubiere.
- Reclamar ayuda de los compañeros u otras personas cercanas para intentar neutralizar la situación de violencia.
- De persistir la situación de riesgo o agresión, llamar al número de emergencias 112, quien movilizará los servicios de urgencias que precise.

### Actuación tras la agresión

1. Si existe agresión física o verbal y el trabajador agredido necesita asistencia sanitaria, será atendido de forma inmediata en el lugar del incidente o preferentemente en el Servicio de Urgencias.
2. Si del suceso se derivan lesiones, el trabajador solicitará el correspondiente parte de lesiones (muy importante a la hora de emprender las posibles acciones en defensa de sus intereses legítimos). El trabajador puede interponer denuncia de los hechos ante el órgano competente: (policía municipal, guardia civil, juzgado, fiscalía, etc.). El plazo de prescripción es de 6 meses en caso de falta, aumentando los plazos según el Código Penal.
3. El trabajador comunicará el incidente o accidente violento a su mando directo, cumplimentando el formulario autocopiativo de Comunicación de Accidente/Incidente de Trabajo (CAT), que se encuentra en todos los centros y servicios, entregando al trabajador dos copias, y dando traslado de una al responsable del centro y otra al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales / Unidad Periférica, para su registro e investigación.
4. Si el trabajador precisase apoyo psicológico, lo solicitará al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales - Unidad periférica.
5. Si el trabajador agredido desea recibir la asistencia jurídica de los letrados de la Generalitat, cumplimentará un escrito de solicitud de asistencia jurídica, según modelo que le facilitará el responsable del centro, junto con la guía básica de orientación jurídica, adjuntando la correspondiente denuncia.

## Què fem davant d'una agressió?



### Consells generals d'actuació

1. Identificar indícis que puguin associar-se amb atacs inminents, com ara:
  - Lenguatge i to alters.
  - Gestos amenaçadors.
  - Ira i frustració expressades verbalment.
  - Arregues a la resta d'usuaris per posar-los en contra seua.
  - Senyals d'ús de drogues o alcohol.
  - Presència d'una arma, etc.
2. Mantindre conductes que permeten que no es descontrola la ira de l'usuari:
  - Actitud tranquil·la.
  - No responde les amenaces amb amenaces.
  - Ser asertius.
  - Estar alerta.
  - Avaluar la situació.

**Actuació en situació de violència controlada (sense atac físic):**

- Intentar calmar la situació.
- Utilitzar un llenguatge i to de veu serens.
- Invitar l'usuari o pacient a abandonar el lloc de treball.

**Actuació en situació de violència incontrolada:**

- Eixir ràpidament del lloc de treball en què es trobe.
- Requerir l'auxili de la vigilància de seguretat del centre, si n'hi ha.
- Reclamar ajuda als companys o altres persones pròximes per intentar neutralitzar la situació de violència.
- Si persisteix la situació de risc o agressió, telefonar al número 112 d'emergències, que mobilitarà els serveis d'urgències que necessite.

### Actuació després de l'agressió

1. Si hi ha agressió física o verbal i el treballador agredit necessita assistència sanitària, ha de ser atès de forma immediata en el lloc de l'incident o preferentment en el Servei d'Urgències.
2. Si del succés es deriven lesions, el treballador ha de sol·licitar un informe de lesions (molt important a l'hora de mamprendre les possibles accions en defensa dels seus interessos legítims). El treballador pot interposar denúncia del fet davant l'òrgan competent: (policia municipal, guàrdia civil, jutjat, fiscalia, etc.). El termini de prescripció és de 6 mesos en cas de falta, i els terminis augmenten segons el Codi Penal.
3. El treballador ha de comunicar l'incident o accident violent a seu comandament directe, el qual ha d'omplir el formulari de Comunicació d'Accident/Incident de Treball (CAT) que es troba en tots els centres i serviris, i n'ha d'entregar al treballador dos còpies i enviar-ne una al responsable del centre i una altra al Servei de Prevenció de Riscos Laborals/Unitat perifèrica, perquè el registren i ho investiguen.
4. Si el treballador necessita suport psicològic, n'ha de demanar al Servei de Prevenció de Riscos Laborals - Unitat perifèrica.
5. Si el treballador agredit desitja rebre l'assistència jurídica dels letrats de la Generalitat, ha d'omplir un escrit de sol·licitud d'assistència jurídica, segons el model que li facilitarà el responsable del centre, juntament amb la guia bàsica d'orientació jurídica, al qual ha d'adjuntar la denúncia.

## ANEXO 3. MODELO DE ASISTENCIA JURÍDICA

### MODELO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA JURÍDICA

D/D<sup>a</sup>....., personal al servicio de la Generalitat, con DNI ....., con domicilio a efectos de notificaciones en .....

....., teléfono personal de contacto nº.....y teléfono del centro de trabajo nº....., mediante el presente escrito formulo

**SOLICITUD DE ASISTENCIA JURÍDICA**, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11. de la Ley 10/2005, de 9 de diciembre, de Asistencia Jurídica a la Generalitat, habida cuenta que he sido objeto de una acción ilícita como consecuencia del ejercicio de mi cargo o función, tal como se desprende del siguiente relato de hechos, que constan asimismo en la **DENUNCIA** que se acompaña:



UNIVERSITAS  
Miguel  
Hernández

(continúa...)

De los anteriores hechos fueron **TESTIGOS** (indicar cargo o puesto y teléfono de contacto)

D./D<sup>a</sup> .....  
D./D<sup>a</sup> .....  
D./D<sup>a</sup> .....

**PARTE DE ASISTENCIA MÉDICA**    Sí     No   
**OTROS ELEMENTOS DE PRUEBA**    Sí     No

## ANEXO 4. MODELO DE RECHAZO AL PACIENTE

### MODELO RECHAZO AL PACIENTE

De conformidad con lo establecido en el artículo 9.2 del Decreto 37/2006, de 24 de marzo, del Consell de la Generalitat, por el que se regula la libre elección de facultativo y centro, en el ámbito de la Sanidad Pública de la Comunidad Valenciana, según el cual el facultativo podrá rechazar la continuidad asistencial de un paciente ya atendido por el mismo, por razones de salvaguarda de la buena relación médico-paciente o por razones de ética profesional

#### MANIFIESTO:

#### Por lo que SOLICITO:



Lugar, fecha y firma:

A .....\*1

\*1 Órgano Responsable del centro

## ANEXO 5. MODELO DE RECHAZO A LA AGRESIÓN

### MODELO DE MANIFIESTO DE RECHAZO A LA AGRESIÓN

Me dirijo a usted en relación con los hechos producidos en fecha....., en la atención que se le prestó en .....

He sido informado de que durante los mismos presuntamente (describir la conducta agresiva), a (categoría del personal objeto de la conducta agresiva).

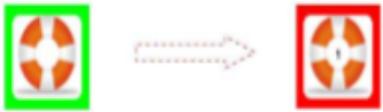
La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, cuyo objeto es garantizar en nuestra Comunidad Autónoma el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución, refleja el necesario equilibrio en el mutuo respeto que se deben los profesionales y los usuarios del sistema sanitario –entre los cuales usted se encuentra- debiendo guardar por su parte el debido respeto de las normas establecidas en cada centro sanitario y al personal que en él presta sus servicios, a tenor de lo establecido en la Ley de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana y en la Orden de la Conselleria de Sanidad, por la que se aprueba la Carta al Paciente de la Comunidad Valenciana.

Desde esta Gerencia velamos por que el trato que dispensan todos nuestros profesionales sea correcto, pero al mismo tiempo debe comprender que no podemos tolerar que se produzcan contra ellos presuntos incidentes violentos estando obligados, llegado el caso, a notificar estas circunstancias a los órganos jurisdiccionales competentes en cumplimiento de lo establecido en el vigente Código Penal y Ley de Enjuiciamiento criminal.

Atentamente.

Fecha:  
Fdo.: (El responsable del centro)

## ANEXO 6. FICHA INFORMATIVA E 11. PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UNA AGRESIÓN

<b>PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE AGRESIÓN</b>		<b>E 11</b>
<b>CONSEJOS GENERALES</b>		
<p><b>ACTUACIÓN ANTES DEL INCIDENTE VIOLENTO.</b></p> <p>1- Identificar indicios de ataques inminentes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lenguaje y tono alterados.</li> <li>○ Gestos amenazadores.</li> <li>○ Ira y frustración expresados verbalmente.</li> <li>○ Arengas al resto de usuarios poniéndolos en su contra.</li> <li>○ Señales de uso de drogas o alcohol.</li> <li>○ Presencia de un arma, etc.</li> </ul> <p>2-. Mantener conductas que permitan que no se descontrole la ira del usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Actitud tranquila.</li> <li>○ Intentar calmar la situación.</li> <li>○ Utilizar lenguaje y tono de voz serenos.</li> <li>○ No responder a amenazas con amenazas.</li> <li>○ Ser asertivos.</li> <li>○ Permanecer en alerta.</li> <li>○ Evaluar la situación.</li> </ul> <p>3-. <b>APLICAR CODIGO ALERTA</b></p> <p>Es una aplicación que se activa de modo sencillo bien mediante una tecla o bien haciendo clic sobre el icono en la aplicación, pone una alerta en tantos ordenadores como se desee, emitiendo un mensaje que alerta sobre una agresión.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p><b>ACTUACIÓN POSTERIOR AL INCIDENTE VIOLENTO</b></p> <p>Las intervenciones a posteriori del suceso deben ir encaminadas a reducir al mínimo las repercusiones y las secuelas de la violencia laboral sobre el trabajador/a y testigos, por lo que la actuación irá dirigida hacia todos los implicados: agredido/a testigos, e incluso agresor/a.</p> <p><b>Medidas para la víctima</b> El trabajador/a deberá comunicar el incidente o accidente violento a su mando directo.</p> <p>Si existe agresión física o verbal y el trabajador agredido necesita asistencia sanitaria, será atendido de forma inmediata.</p> <p>Si el trabajador necesita apoyo psicológico, lo debe solicitar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.</p> <p>Si el trabajador agredido desea recibir la asistencia jurídica de los letrados de la Generalitat, cumplimentará un escrito de solicitud de asistencia jurídica.</p> <p>Rehabilitación y reincorporación a su trabajo (vigilancia de su salud y adaptación del puesto de trabajo si fuera necesario).</p> <p><b>Medidas para el agresor/a:</b> Amonestarle por escrito rechazando la agresión e instarle al cumplimiento de sus deberes (uso de los servicios en un ambiente de mutua cordialidad, confianza, respeto...). Solicitud de daños y perjuicios. Se analizará la conveniencia del <b>cambio de profesional o de centro donde se le atiende.</b></p>	

## ANEXO 7. CARTEL INFORMATIVO SOBRE EL EJERCICIO DE ACCIONES LEGALES CONTRA LOS AGRESORES POR PARTE DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD

LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA, CONSCIENTE DE LA IMPORTANCIA QUE PARA SUS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS SUPONE DESARROLLAR SU LABOR EN UN CLIMA DE CONFIANZA, RESPETO Y SEGURIDAD

**INFORMA A TODOS LOS PACIENTES Y USUARIOS QUE:**

CUALQUIER INSULTO, AMENAZA, VEJACIÓN O AGRESIÓN AL PERSONAL EN LA PRÁCTICA DE SUS FUNCIONES, SUPONDRÁ EL EJERCICIO INMEDIATO DE ACCIONES LEGALES, INCLUIDA LA VÍA PENAL CONTRA LOS RESPONSABLES

SE RECUERDA QUE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA VALENCIANO DE SALUD EN EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU CATEGORÍA TIENEN LA CONSIDERACIÓN DE AUTORIDAD PÚBLICA Y GOZAN DE LA PROTECCIÓN RECONOCIDA A TAL CONDICIÓN POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE.

LEY 18/2014, de 28 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana. (2014/1889). Artículo 16.2  
Decreto 139/2019 de 2 de octubre, del Consell por el que se establecen las actuaciones de los órganos de la Conselleria de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat Valenciana

## ANEXO 8. CARTEL INFORMATIVO SOBRE LA DOTACIÓN DE SISTEMAS DE ALARMA EN LOS CENTROS SANITARIOS

