



**ESTUDIO DE LAS AGRESIONES LABORALES COMO  
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN TRABAJADORES  
DEL ÁMBITO SANITARIO EN EL ÁREA I DEL SERVICIO  
MURCIANO DE SALUD DURANTE EL PERIODO DE 2019 A 2021**

AUTOR: Carlos Carrión Márquez

Director del proyecto: D. Antonio Francisco Cardona Llorens

Proyecto de Investigación Trabajo Final de Master de Prevención de Riesgos Laborales.  
2021/2022

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

AUTOR: D. Carlos Carrión Márquez

TUTOR: D. José María Roel Valdés

## INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

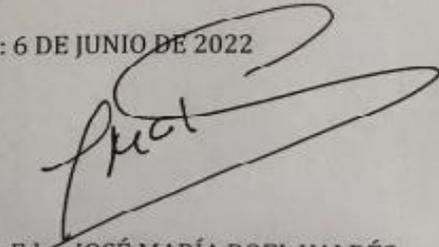


### INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D. JOSÉ MARÍA ROEL VALDÉS, Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado ESTUDIO DE LAS AGRESIONES LABORALES COMO FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN TRABAJADORES DEL ÁMBITO SANITARIO EN EL ÁREA I DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD DURANTE EL PERIODO DE 2019 A 2021\_\_\_\_\_ y realizado por el/la estudiante CARLOS CARRIÓN MÁRQUEZ.

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 6 DE JUNIO DE 2022

  
Fdo.: JOSÉ MARÍA ROEL VALDÉS  
Tutor/a TFM

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	4
<b>CONSENTIMIENTO POR PARTE DE LA EMPRESA</b> .....	5
<b>1. RESUMEN</b> .....	6
<b>2. INTRODUCCION</b> .....	8
SALUD Y RELACIÓN CON EL TRABAJO .....	9
VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO .....	11
SITUACIÓN DE PANDEMIA POR LA COVID19 .....	14
IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACION .....	15
FACTORES PSICOSOCIALES .....	16
PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE INCIDENTES .....	18
PARTE DE AGRESIONES .....	20
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	22
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	23
4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO.....	23
<b>5. RESULTADOS</b> .....	24
5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	24
5.2 AGRESIONES EN EL MEDIO SANITARIO .....	27
5.2.1 SERVICIOS DE TRABAJO .....	27
5.2.2 TIPO DE AGRESIONES .....	29
5.2.3 TIPOS DE AGRESIONES NO FÍSICAS .....	31
5.2.4 ACTIVACIÓN DEL BOTÓN ANTIPÁNICO .....	33
5.2.5 AVISOS A LA POLICIA .....	35
5.2.6 PERFIL DEL AGRESOR .....	37
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	40
<b>7. CONCLUSION</b> .....	46
7.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	46
7.2 APLICACIÓN PRÁCTICA .....	46
7.3 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS .....	47
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	49
<b>9. ANEXOS</b> .....	52
<b>10. TABLAS Y FIGURAS</b> .....	54

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos los que me he cruzado en el camino en estos cuatro años y a los que venían desde mucho antes conmigo.

En primer lugar, y con todo el mérito, tengo que mencionar a mi abuela porque sin ella hoy no sería lo que soy, ni a nivel profesional ni personal. Me has hecho crecer en todos los sentidos de la palabra desde el día que me cogiste por primera vez en brazos.

A mis padres por su esfuerzo, paciencia, y por educarme con tantos valores.

A mi hermano por confiar en mí y el ánimo, sobre todo en este año.

A mi novia porque la suerte empezó con ella aquel día y hemos avanzado desde entonces hasta acabar cerrando el círculo. Nos queda mucho por delante y voy a enseñarte cada día de lo que soy capaz.

Por último quiero dedicarme estas líneas a mí mismo, por mis ganas, mi esfuerzo, mi interés y sobre todo por mi capacidad de superar los retos este año, que no han sido pocos.

Porque “hay que soportar los golpes sin dejar de avanzar, así es como se gana” y porque “seguir cuando no puedes más es lo que te hace diferente a los demás”.

## CONSENTIMIENTO POR PARTE DE LA EMPRESA



ÁREA DE SALUD I  
MURCIA-GERTE

**Arrixaca**

### PROPUESTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA I DE SALUD

730

**Solicitante: CARLOS CARRIÓN MÁRQUEZ**

**DNI: 23064178P**

**Denominación del Trabajo: "ESTUDIO DE LAS AGRESIONES LABORALES COMO FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN TRABAJADORES DEL ÁMBITO SANITARIO EN EL ÁREA I DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD DURANTE EL PERIODO DE 2019 A 2021"**

**Tipo de trabajo (TFG, TFM, Tesis, etc.): TFM**

**Servicio de desarrollo: SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

**Tutor en el centro: PILAR MARTINEZ NICOLÁS**

**Fecha de realización: 2022**

Analizada la solicitud y documentación presentada por el/la solicitante para la realización del trabajo de investigación arriba referido, reunida la **COMISIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA I DE SALUD** se propone a la Dirección Gerencia del Área su **AUTORIZACIÓN**.

El/la solicitante deberá ajustarse a las Instrucciones aprobadas por la Dirección Gerencia del Área, debiendo remitir, una vez finalizado el mismo una copia del mismo a la Comisión para su archivo.

Fecha y firmado digitalmente al margen

El Presidente de la Comisión

Vº Bº El Director Gerente del Área I

José Domingo Cubillana Herrero

Francisco Soriano Cano



CUBILLANA HERRERO, JOSÉ DOMINGO 27.05.2022 17:02:34 | SERVICIO DE SALUD MURCIA I  
Este es una copia autogenerada de un documento digitalizado y firmado por la Comandante del Área I de Salud, en formato PDF. La información y los datos de firma se muestran en la pantalla.  
Para consultar el documento original, visite el siguiente enlace: [https://sede.san.es/ver-firmas/documentos/consultar\\_documento\\_digitalizado](https://sede.san.es/ver-firmas/documentos/consultar_documento_digitalizado)

## 1. RESUMEN

**Justificación / Objetivos:** Cada vez parece darse con más frecuencia el desarrollo de alguna forma de violencia hacia los trabajadores del ámbito sanitario, llegando incluso a normalizarse este tipo de acciones por parte de los usuarios. Los factores de riesgo psicosociales, en especial los relacionados con la violencia, pueden predisponer a los trabajadores al desarrollo de distintas enfermedades y alteraciones en su condición de salud. A los factores psicosociales ya conocidos se suman los que se derivan del estado de pandemia secundaria al virus del SARS COV2. Durante este periodo se produjeron cambios a nivel personal y laboral que podían suponer un estrés adicional en los trabajadores del ámbito sanitario, en los usuarios del servicio murciano de salud y en los familiares de los mismos pudiendo llegar a ser una vía facilitadora del desarrollo de algún tipo de violencia. Desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) es posible realizar una recogida de los partes de agresiones recibidos para realizar un estudio de los datos registrados y obtener conclusiones sobre las diferentes cuestiones y comprobar si existen variaciones pre, durante y post pandemia.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda activa de agresiones a trabajadores mediante una plataforma informática creada para el registro y gestión de las mismas, obteniendo datos de los años 2019, 2020 y 2021 en el área I de salud del Servicio Murciano de Salud, y analizando las características del agresor, el personal agredido, tipo de agresión y las medidas propuestas para mejorar la seguridad de los centros y los trabajadores de los mismos.

**Resultados:** En cuanto a los resultados más significativos de este estudio observamos que, del total de 237 notificaciones de agresiones registradas por los trabajadores del Servicio Murciano de Salud del Área I durante los años 2019, 2020 y 2021, existe un claro aumento de las agresiones totales en el año 2020 (periodo de pandemia por SARS-CoV2) frente a los otros años estudiados (2019 pre-pandemia y 2021 post-pandemia). Destaca que en el año 2020 las principales agresiones declaradas corresponden a agresiones de tipo no físico como ocurre en el resto de años estudiados, pero con mayor incidencia en este año. Sin embargo, las agresiones físicas sufridas en el año 2020 se

redujeron con respecto al resto de años estudiados y fueron realizadas predominantemente por usuarios. Tras el análisis de la categoría o puesto de trabajo se observa un claro riesgo de agresiones entre los médicos, seguido de enfermeras y TCAEs, celadores, y sigue una línea descendente en cuanto niveles de responsabilidad sobre el usuario. Entre los trabajadores que declaran haber sufrido mayor número de agresiones se observa que el género femenino es el más numeroso de forma notoria. El análisis del lugar de trabajo muestra como zona de mayor riesgo de agresión la correspondiente a Atención Primaria desde el año 2020 en adelante. En cuanto al uso de los sistemas de seguridad, se aprecia un uso mínimo de los mismos, que no supera el 5% en el caso del botón antipánico. En cuanto al perfil del agresor, se corresponde a un varón de entre 40-50 años.

**Discusión / Conclusiones:** Desde los servicios de prevención de riesgos laborales debe trabajarse de forma conjunta y realizar un plan de prevención, actuación y asistencia post-agresión a los trabajadores. En este sentido la parte competente a los técnicos de prevención gana una importancia protagonista ya que es la parte encargada de estudiar y proponer acciones conduciendo a un mayor control de las agresiones y a su disminución en la mayor medida de lo posible. En este sentido, es posible realizar formación sobre los trabajadores para que sean capaces de gestionar la agresividad de los usuarios y familiares y reconducir la situación para evitar la escalada en nivel de las agresiones. Por otra parte el control del estrés y carga de trabajo laboral supone una mayor capacidad de sobrellevar los momentos pico de estrés o conseguir que afecte al trabajador más levemente. Por todo ello, el estudio de los riesgos psicosociales y el desarrollo e implantación de medidas preventivas tempranas para su control, pueden suponer una mejora en la salud de los trabajadores, evitando alteraciones de tipo psicológico o psiquiátrico, además de enfermedades cardiovasculares y otras patologías relacionadas.

**Palabras clave:** Salud y seguridad en el trabajo, agresiones; riesgo psicosocial; pandemia; estrés laboral; medidas preventivas.

## 2. INTRODUCCION

El trabajo se define como el conjunto de actividades que son realizadas con el objetivo de alcanzar una meta, solucionar un problema o producir bienes y servicios para atender las necesidades humanas. <sup>(1)</sup> En base a esta definición, toda persona tiene derecho a realizar su actividad laboral en un ambiente libre de violencia en cualquiera de sus formas, recibiendo un trato correcto, respetuoso y digno en el que además se presente el máximo respeto por su integridad física y moral.

En la actualidad existen numerosos trabajos que ven entre sus tareas diarias, ya sea de forma principal o secundaria, la atención al público. Es bien conocido que uno de los trabajos que implican un mayor trato directo con el usuario es el desarrollado en el ámbito sanitario.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales del 8 noviembre de 1995 en su artículo 2. Objeto y carácter de la norma, expone que tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo <sup>(2)</sup>

La violencia en el lugar de trabajo constituye en la actualidad un problema cada vez más frecuente a nivel mundial del cual no parece estar exenta ninguna categoría laboral, ya que parece no distinguir entre los distintos sectores laborales o profesionales de los mismos. A pesar de todo ello, la violencia en el trabajo sin importar el origen de la misma (física o psicológica) muestra cierta inclinación hacia ciertos sectores y puestos de trabajo, y se expresa de manera más clara en trabajadores que realizan atención directa al público y deja al género femenino como el más vulnerable a sufrirlas. De entre las profesiones que presentan una mayor exposición a eventos violentos se incluyen y destacan los cargos ejercidos en el sistema sanitario, y es por ello que sus trabajadores se clasifican como de “alto riesgo” a sufrir violencia en el trabajo. <sup>(3)</sup> Destacan por su labor principalmente asistencial los profesionales sanitarios. Dicha labor implica con frecuencia la atención a usuarios con un comportamiento alterado, ya sea secundario a patología o derivado de una sobrecarga emocional estresante que se produce en muy poco espacio de tiempo para ser gestionada de forma correcta y a la que se le suma con una frecuencia nada despreciable la percepción subjetiva del dolor que puede actuar en numerosas ocasiones como catalizador de la acción agresiva.

Entre los efectos directos producidos por la violencia dentro del personal sanitario pero que son extrapolables a cualquier profesión con asistencia a usuarios destacan, además del estrés, otros como: el absentismo, rotaciones del personal y periodos de incapacidad temporal, etc. Entre los clasificados como efectos indirectos adquieren protagonismo el deterioro de la motivación e implicación en las tareas del puesto de trabajo, la disminución del rendimiento global profesional, etc. <sup>(4)</sup> Todos los efectos ya mencionados suponen finalmente para la empresa responsable un gasto económico adicional y todo un despliegue de medios logísticos y sociales para perseguir su control.

Además, todos estos efectos y repercusiones derivadas de actos agresivos en el lugar de trabajo eran hasta hace muy poco tiempo un tema desconocido e infradeclarado, bien por ser un tema tabú entre los propios compañeros de trabajo o por el miedo a la toma de represalias futuras de los usuarios denunciados. <sup>(5)</sup>

Para finalizar esta introducción es preciso aclarar que el sector sanitario lo conforman un gran número de trabajadores con puestos de trabajo muy diferentes pero que mantienen en común la búsqueda de la mejora y cuidado de la población enferma y que además, implícita en sus tareas principales, se encuentra la necesidad de establecer trato directo con los usuarios (en este caso enfermos o familiares de los enfermos) que en ocasiones pueden actuar de forma agresiva e impredecible lo que ocasiona una pérdida de la percepción del trabajador de su propia integridad física o emocional. Es preciso, por lo tanto, poder garantizar la seguridad e integridad física y mental de los trabajadores sanitarios, por lo que este estudio puede aportar datos de interés sobre este tipo de situaciones y como la pandemia debida al virus del SARS-CoV2 ha podido influir en la incidencia de las mismas. Con todo esto considerado, se está en disposición de diseñar y establecer medidas preventivas de una forma más eficaz.

## **SALUD Y RELACIÓN CON EL TRABAJO**

Se define como salud al “estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Dicha cita se formuló en 1946 y realizó su entrada en vigor en 1948 y aún a día de hoy sigue sin verse modificada en lo más mínimo. <sup>(6)</sup> En esta definición se aborda tanto la salud física como mental y social,

sin embargo cabe destacar que existen factores externos muy importantes a los que el individuo se expone de forma diaria durante más de la mitad de su vida. El factor más importante por el cumplimiento estricto de las condiciones descritas es el trabajo.

El trabajo se relaciona directamente con la salud, estando en íntima relación durante la completa vida laboral del individuo y suponiendo cambios que pueden resultar tanto beneficiosos como perjudiciales a lo largo de la misma.

Bernardo Ramazzini ya describía esta interacción en el año 1701: “Deberé confesar que ocasionan no poco daño a los obreros ciertos oficios que desempeñan: Donde esperaban obtener recursos para el propio mantenimiento y sostén familiar, hallan a menudo gravísimas enfermedades y maldicen el arte al que se habían dedicado mientras se alejan del mundo de los vivos...”<sup>(7)</sup>

Los efectos del trabajo sobre la salud están en un continuo equilibrio entre efectos positivos y negativos, además es importante destacar la posibilidad de que dichos efectos se inviertan en cualquier momento, ya sea por alteraciones del estado de salud del trabajador o por cambios en el medio y condiciones de trabajo.<sup>(8)</sup>

Entre los efectos positivos del trabajo sobre la salud destacan a nivel físico la necesidad de conseguir o la exigencia a desarrollar nuevas capacidades para el cumplimiento de las tareas del mismo que pueden suponer efectos beneficiosos (mejora de la capacidad pulmonar en personal de cuerpos de seguridad, bomberos, etc., mejora del desarrollo y memoria muscular en trabajos manuales por ejemplo en cadenas de montaje, etc.

A nivel mental, permite al individuo la realización de tareas que le alejan de acciones monótonas y le obligan a la resolución de tareas diarias lo que va a favor de una mejora en su actividad mental. En trabajos en los que el empleado se relacione con compañeros se estimula la esfera de las relaciones interpersonales.

A nivel social permite al trabajador percibir la sensación de ir en consonancia con lo aceptado socialmente y sentirse útil dentro de la población, lo que aporta un sentimiento de unión e integridad dentro de la misma.

Sin embargo, existen efectos negativos derivados del trabajo y que se relacionan con los riesgos derivados del mismo.

A nivel físico el trabajo puede suponer un empeoramiento en la condición física (movimientos repetidos, manejo de cargas, exposición a agentes que dañen la salud, etc.). En cuanto a nivel mental existen numerosos factores que pueden producir una percepción dañina de la actividad laboral y de la propia salud (carga de trabajo, estrés laboral, turnicidad, etc.) En este grupo se ven integrados los factores de riesgo psicosociales. La parte social queda dañada cuando no se obtiene del trabajo la sensación buscada de realización, plenitud o se tiene el concepto de la realización de tareas con poco reconocimiento a nivel social.

## **VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO**

Todo trabajo que precise atención e interrelación con otras personas lleva adherido a él una serie de riesgos. Uno de los riesgos presentes viene derivado de comportamientos violentos por parte de los usuarios. Estos comportamientos suponen con frecuencia un riesgo para la salud y la seguridad de los trabajadores. Los datos obtenidos en numerosos artículos y los encontrados en encuestas son crecientes cada año. De tal forma, los datos aportados por la Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo en la Unión Europea de 1996 arrojan datos de hasta un 3,6 % de violencia de tipo físico. Estas cifras cada vez más elevadas se producen a nivel general, sin embargo, ciertos países como Estados Unidos presentan las cifras más elevadas.

La definición de violencia no debe ser entendida desde una sola idea o modalidad. Existen numerosos tipos de violencia que van desde la física (golpes, empujones, pegar, disparar, etc.) a la verbal, y dentro de esta última deben destacarse otros subgrupos de violencia entre los que se incluyen conductas verbales amenazantes (gritos, insultos, intimidaciones, acoso, etc.).

Existen entre todas ellas diferencias que parecen ser claras, sin embargo solo se muestra total claridad entre las agresiones físicas, las cuales implican necesariamente en su mayor parte contacto físico entre el agresor y el agredido, y las no físicas o verbales que no precisan en ningún caso contacto físico. <sup>(9)</sup>

Al precisar y clasificar los daños producidos por la violencia física o la verbal es adecuado diferenciar que en la física el daño producido suele producirse de forma inmediata y con

una duración acorde a la lesión física generada (heridas o fracturas), que tiene un periodo de curación de entre días a meses y que con frecuencia se aleja de cumplir el año completo. Sin embargo, la violencia verbal presenta un componente que puede verse afectado en el tiempo del individuo agredido de múltiples formas. Puede presentarse de forma abrupta o insidiosa y perdurar en el tiempo de forma corta (días o meses) o mucho más prolongada (años) causando graves daños en la esfera vital del individuo al generar miedos, ansiedad, insomnio e incluso en los casos más graves puede llegar producir en el individuo ideas de tendencia suicida o psicosis paranoide de tipo persecutoria que se dan con mucha frecuencia por miedo a represalias del agresor. <sup>(10)</sup>

La violencia es clasificada de múltiples maneras, sin embargo la elaborada por la California Division of Occupational Health and Safety (Cal/OSHA) fragmenta el concepto de violencia en tres tipos:

*Violencia de tipo I:* En el que el agresor no tiene ninguna relación legítima de trato con la víctima. No existe un trato de usuario entre el agresor y el agredido. Se da con mayor frecuencia con ánimo de hurto. Los establecimientos comerciales, bancos, lugares de almacenamiento de objetos valiosos, personas que trabajan con intercambio de dinero, taxistas, etc. Son los más relacionados con este tipo de sucesos.

*Violencia de tipo II:* Existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima. El primero puede ser quien recibe un servicio ofrecido por el lugar afectado por el hecho violento o que ofrece la propia víctima (un cliente, un paciente, un consumidor,...). Normalmente estos hechos violentos se producen mientras se ofrece el servicio (como seguridad pública, conductores autobús, personal sanitario, profesores, vendedores u otros trabajadores del sector público o privado que ofrecen servicios profesionales, públicos o privados).

*Violencia de tipo III:* En este tipo de violencia el causante de la misma tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto de tal lugar. O puede sin embargo tener una implicación indirecta, donde cobra importancia el lugar debido a que tiene rencor hacia ese lugar ya que para él significa una carga representativa o simbólica negativa. Lo más habitual en el tipo III es que el objetivo de la acción violenta fijado por el agresor sea un compañero de trabajo o un superior suyo.

Cabe destacar que los tipos de conductas violentas y el resultado de las mismas suelen variar en función del tipo de violencia del que se trate.

Las conductas de mayor violencia, con peores consecuencias y que muestran una ocurrencia muy irregular corresponden con el tipo I.

En el tipo II lo más habitual son agresiones físicas con consecuencias más leves y abusos verbales y amenazas que a menudo surgen del contacto frecuente o habitual del trabajador con el usuario o cliente insatisfecho.

De esta forma, el tipo II representa un riesgo constante para muchos trabajadores.<sup>(9)</sup>

Es de interés analizar los trabajos que son realizados en una empresa para detectar los riesgos existentes.

Entre los factores que pueden servir como posibilitadores de la acción violenta destacan el entorno (interior, parking, iluminación, zonas de mayor paso de usuarios o trabajadores), lugar de trabajo, labor desempeñada, horarios (existen horas en las que es más frecuente que existan agresiones) y las características del propio individuo que resulta ser agresor. Es por este motivo que gran parte de las empresas disponen de registros de todas las incidencias ocurridas en el trabajo, incluidos los eventos violentos. Gracias a estos datos es posible buscar relaciones entre las agresiones y los diferentes puestos de trabajo y su exposición a los usuarios, datos de los eventos violentos sucedidos (origen del incidente, tipo de agresión, lugar), características de los agresores y agredidos (sexo, edad, conducta desplegada, compleción física, existencia o no de incidentes previos), consecuencias de la agresión (daños producidos a mobiliario, al trabajador o a terceras personas) y otras muchas variables que permiten establecer medidas preventivas para un mejor control de los mismos y realizar así medidas preventivas colectivas que incrementen la seguridad de los trabajadores.<sup>(11)</sup>

Además de la recogida de datos es preciso relacionarlos entre sí para su correcta integración y comprensión. Es por ello, que existe una matriz para poder realizar dicha tarea llamada “matriz Haddon” (Tabla I. Matriz de Haddon) que tiene como finalidad facilitar el registro, la integración de datos y sobre todo la labor investigadora del técnico en los sucesos en los que se implique violencia de cualquier tipo.

FASES	FACTOR HUMANO	FACTOR VEHÍCULO / AGENTE	FACTOR ERGONÓMICO	FACTOR ENTORNO SOCIOCULTURAL
PRE-INCIDENTE				
INCIDENTE				
POST-INCIDENTE				

*Tabla I: Matriz de Haddon.*

El artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1992, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, señala que «el Ministerio de Justicia e Interior podrá ordenar, conforme a lo que se disponga reglamentariamente, la adopción de medidas de seguridad necesarias en establecimientos e instalaciones industriales, comerciales y de servicios, para prevenir la comisión de actos delictivos que puedan cometer contra ellos, cuando generen riesgos directos para terceros o sean especialmente vulnerables...» Tratando de dar respuesta a ello, están en vigor la Ley 23/1992 de Seguridad Privada, el Reglamento de Seguridad Privada (aprobado por Real Decreto 2364/1994) y la Orden de 23 de Abril de 1997 por la que se concretan determinados aspectos en materia de medidas de seguridad, en cumplimiento del Reglamento de Seguridad Privada.<sup>(12)</sup>

## **SITUACIÓN DE PANDEMIA POR LA COVID19**

Una nueva enfermedad por Coronavirus (SARS-CoV-2), llamada COVID-19, fue detectada en Wuhan por primera vez, en diciembre del año 2019. La enfermedad por COVID-19 ha reportado hasta el 8 de mayo de 2022, más de 514 millones de casos confirmados y más de seis millones de muertes en todo el mundo.<sup>(13)</sup>

Fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020, que pronto causó un gran impacto para todos los países a nivel, como consecuencia de ello, en España, el 14 de marzo a las 00:00 horas, se declaró el Estado de Alarma en todo el territorio español para afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por el SARS- CoV-2, lo que provocó un confinamiento domiciliario que hizo poder contener el número de contagios y decelerar su fácil transmisión, éste concluyó el 21 de junio de 2020 a las 00:00 horas. Meses después, el Gobierno aprobó el 25 de octubre de 2020, declarar nuevamente el estado de alarma en todo el territorio nacional para

contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, esta vez, las medidas fueron impuestas en cada comunidad o ciudad autónoma, por la autoridad competente delegada es quien ostentara su presidencia. El estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020 finalizó a las 00:00 horas del día 9 de noviembre de 2020. El Consejo de Ministros aprobó el 3 de noviembre una prórroga del Estado de alarma por un periodo de 6 meses desde las 00:00 horas del 9 de noviembre de 2020 hasta las 00:00 horas del 9 de mayo de 2021. <sup>(14)</sup>

## **IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACION**

Durante la etapa de pandemia por COVID-19 también se han producido cambios notables en la salud mental de la población en general, esta situación ha dado lugar a reacciones negativas emocionales, por ejemplo, aversión y ansiedad, y evaluación cognitiva negativa de los estímulos que nos rodean para la autoprotección. Frente a una posible amenaza de enfermedad, las personas podrían tender a desarrollar comportamientos de evitación (como evitar el contacto con personas que tienen síntomas similares a la neumonía) o incluso evitar cualquier contacto fuera del hogar. Es interesante destacar que las emergencias de salud pública provocan más emociones negativas y también afectan la evaluación cognitiva, así pues, estas emociones negativas mantienen a la gente lejos de patógenos potenciales cuando se refiere a la enfermedad, sin embargo, las emociones negativas a largo plazo pueden reducir la función inmunológica y destruir el equilibrio fisiológico del ser humano. <sup>(15)</sup>

Para ayudar a caracterizar los efectos psicosociales de la crisis de COVID-19, un grupo de investigación “ECLB-COVID19” lanzó recientemente una encuesta anónima multinacional para evaluar los “Efectos del confinamiento domiciliario sobre las enfermedades psicosociales estado de salud y múltiples comportamientos de estilo de vida durante el brote de COVID-19. Los resultados revelaron una tensión psicosocial durante el confinamiento en el hogar y en particular, una gran disminución de la participación social, impuesto por el confinamiento forzado en el hogar, se asoció con niveles más bajos de satisfacción con la vida.<sup>(16)</sup> Por el contrario, el contacto social a través de la tecnología digital ha aumentado durante el período de encierro, por lo tanto, para mitigar los efectos psicosociales negativos del confinamiento domiciliario, la

implementación el estudio sugiere estrategias para promover la inclusión social a través de soluciones basadas en las TIC. <sup>(17)</sup>

## **FACTORES PSICOSOCIALES**

Los riesgos psicosociales se derivan de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo, así como de un escaso contexto social del trabajo, y pueden producir resultados psicológicos, físicos y sociales negativos, como el estrés laboral, el agotamiento o la depresión. <sup>(18)</sup>

Algunos ejemplos de condiciones de trabajo que entrañan riesgos psicosociales son:

- Cargas de trabajo excesivas.
- Exigencias contradictorias y falta de claridad de las funciones del puesto.
- Falta de participación en la toma de decisiones que afectan al trabajador.
- Falta de influencia en el modo en que se lleva a cabo el trabajo.
- Gestión deficiente de los cambios organizativos, inseguridad en el empleo.
- Comunicación ineficaz.
- Falta de apoyo por parte de la dirección o los compañeros.
- Acoso psicológico y sexual.
- Violencia ejercida por terceros.

Un entorno psicosocial favorable favorece el buen rendimiento y el desarrollo personal, así como el bienestar mental y físico de los trabajadores. Los trabajadores sienten estrés cuando las exigencias de su trabajo son mayores que su capacidad para cumplirlas o realizarlas de forma satisfactoria. De forma adicional al desarrollo de problemas de salud mental, los trabajadores sometidos a periodos de estrés prolongados también pueden desarrollar problemas graves de salud física, como enfermedades cardiovasculares, problemas musculoesqueléticos y autoinmunes.

El estrés, como uno de los factores psicosociales más ampliamente estudiados, es un término que procede de la física y de la arquitectura, y se define o entiende como la fuerza que soporta un objeto hasta poder llegar a deformarlo o romperlo.

Finalmente, esos efectos negativos se traducen en un mal rendimiento global de la empresa, que puede fomentar un aumento del absentismo, «presentismo» (trabajadores que acuden trabajar cuando están enfermos pero son incapaces de rendir con eficacia) y unos mayores índices de accidentes y lesiones.<sup>(19)</sup> Por otra parte, los periodos de incapacidad temporal tienden a ser más prolongados que las derivadas de otras causas, y el estrés relacionado con el trabajo puede contribuir a un aumento de los índices de trabajadores simuladores de patologías, o los índices de jubilación anticipada.

Los costes que acarrea a las empresas y a la sociedad son cuantiosos y se han estimado en miles de millones de euros a nivel nacional.

Existen una serie de causas que se presentan y mencionan con mayor frecuencia de forma global relacionadas directamente con el estrés relacionado con el trabajo, algunas de ellas son: La reorganización en el trabajo o la inseguridad en el puesto de trabajo, trabajar muchas horas o una carga de trabajo excesiva, así como el acoso y la violencia en el trabajo.<sup>(20)</sup> EU-OSHA proporciona información basada en datos y pruebas aportadas por investigaciones recientes sobre la prevalencia y el impacto del estrés relacionado con el trabajo y los riesgos psicosociales.

La OIT (Organización Internacional de Trabajo) publicó uno de los primeros documentos oficiales e internacionales que abordan el tema de los factores psicosociales: “Los Factores psicosociales en el Trabajo: Reconocimiento y Control”.

Es a partir del año 1999, que el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) incorpora los factores psicosociales a sus Encuestas sobre Condiciones de Trabajo en nuestro país. Los riesgos psicosociales más ampliamente reconocidos y sobre los que se mantiene un relativo consenso son:

- El estrés.
- violencia en el trabajo.
- acoso laboral o moobing.
- acoso sexual.
- inseguridad laboral.
- Burnout o desgaste profesional.

No obstante, existen otros factores de origen psicosocial que también deben ser tenidos en cuenta como:

- La intensidad laboral.
- El envejecimiento de la población trabajadora.
- La irregularidad de los tiempos de Trabajo.
- El conflicto trabajo-familia.
- El trabajo emocional.

Todos ellos también constituyen factores de riesgo importantes para la salud, pese a haber tenido menor objeto de estudio que los primeros citados. <sup>(21)</sup>

## **PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE INCIDENTES**

Existe un Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia vigente desde 2005 que define claramente sus objetivos a alcanzar en los siguientes:

- Disminuir las posibilidades de conflicto entre los usuarios y el sistema sanitario.
- Transmitir recomendaciones de actuación en caso de incidentes.
- Generar seguridad y confianza en el personal del sistema sanitario con apoyo administrativo y jurídico.
- Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria si el ambiente laboral está presidido por un clima de respeto mutuo y buena comunicación.

Para llegar a los objetivos descritos anteriormente pone a disposición del trabajador un plan de actuación en caso de incidentes de tipo violento y un parte modelo de agresiones que es el adoptado por el SMS.

A continuación se expone un esquema sobre la actuación más correcta en caso de situación potencialmente peligrosa. <sup>(22)</sup>

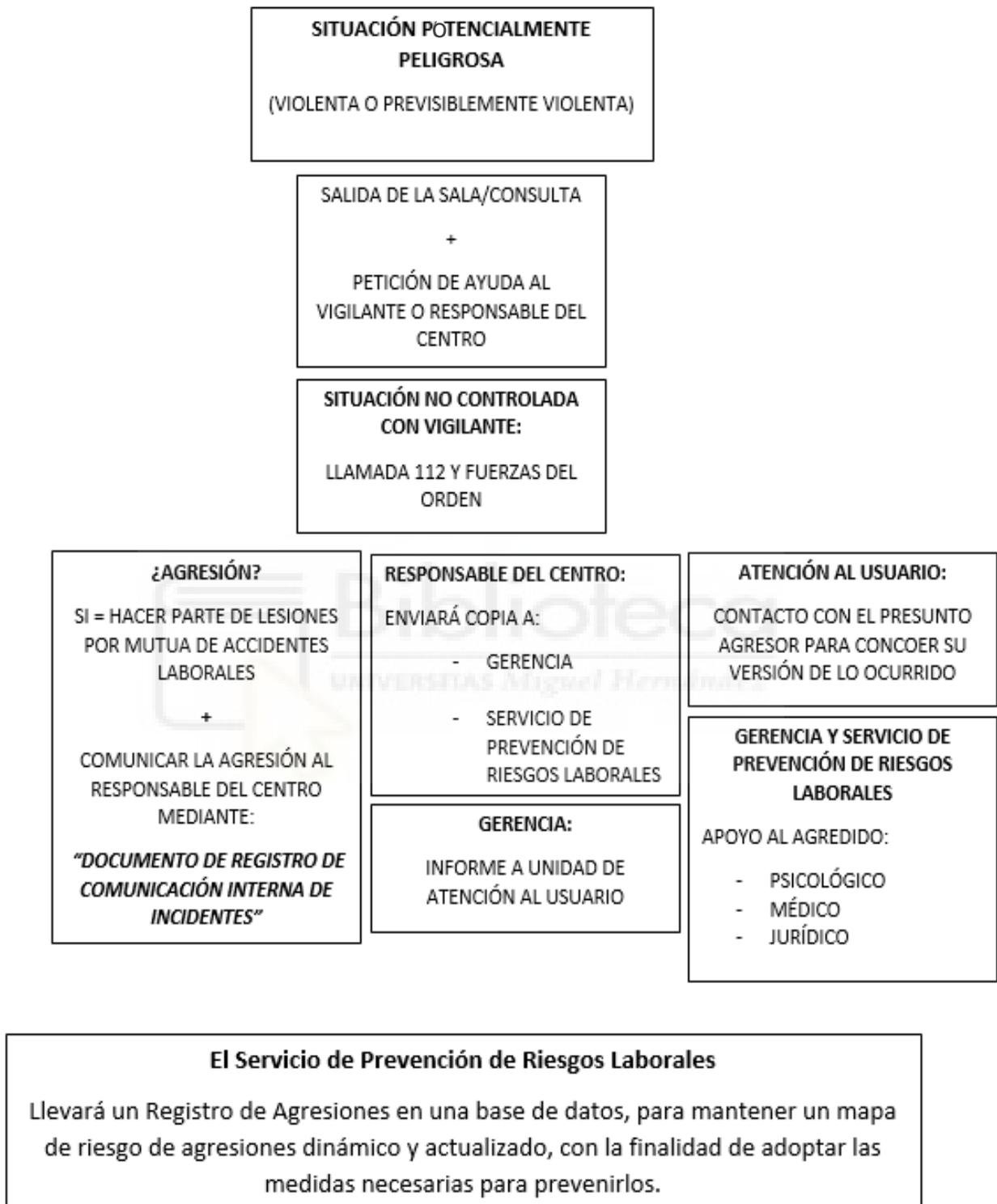


Figura I. Esquema de actuación en una situación de agresión

## PARTE DE AGRESIONES

Una parte de agresiones es un documento oficial que permite describir todos los datos referentes al suceso ocurrido.

El Servicio Murciano de Salud (SMS) dispone de un parte de agresiones común a todas las áreas de salud que permite a los trabajadores notificar y registrar el evento ocurrido. Este documento permite al organismo correspondiente establecer las medidas preventivas necesarias para evitar o disminuir nuevos casos en el centro, a la vez que permite conocer las circunstancias que se dieron en el momento previo al suceso y que permitieron la materialización del mismo, además, presenta validez legal en caso de denuncia y puede ser requerido por el juez si así fuese necesario.

El parte dispuesto por el SMS presenta una serie de ítems que deben cumplimentarse de la forma más completa y correcta posible, describiendo con detalle lo sucedido. Los ítems son los siguientes: (*Anexo I*)

- Datos del hospital, centro, servicio y responsables del mismo.
- Datos del trabajador: nombre, dirección, teléfono, DNI, categoría y antigüedad en el puesto, trabajo que realizaba en el momento de la agresión, y si este era su trabajo habitual.
- Datos de la agresión: Lugar, testigos que puedan aportar información o corroborar la información dada por el trabajador, nombre, dirección, DNI y datos de localización de los testigos, tipo de agresión (física o verbal/gestual), fecha, hora, daños materiales y corporales, si cursa baja, si se realiza o no denuncia, probabilidad de que se repita el suceso.
- Descripción del incidente detallada y posibles razones o creencias por parte del trabajador acerca de por qué se ha producido el mismo.
- Datos del agresor: Nombre, DNI, domicilio, teléfono...
- Firma del agredido.

Una vez realizada la cumplimentación del parte de agresiones se remite una copia al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) y otra a la gerencia correspondiente.

A nivel de SPRL se realizará una lectura del parte de agresiones y la asistencia en caso de ser requerida por el trabajador para valorar los daños corporales, establecer el

diagnóstico y tratamiento pertinentes. En caso de suceder una agresión física existe la posibilidad por parte del servicio de prevención de realizar las interconsultas con otras especialidades que sean necesarias para el control de la patología o lesiones derivadas de la agresión. En el caso de que el trabajador precise asistencia psicológica el servicio de prevención proporcionará la ayuda necesaria en este sentido, bien por parte de personal médico o por un psicólogo.

En cuanto a gerencia, tomará las decisiones pertinentes para el control de nuevos incidentes, velando por la protección del trabajador y ayudará al mismo a la gestión de las contingencias derivadas del evento ocurrido.

Con el objetivo de frenar estas agresiones ha nacido este último año la figura del interlocutor policial sanitario. Esta figura ha sido creada por el Gobierno Central como cauce de comunicación directa y fluida entre los cuerpos policiales y los centros sanitarios para dar respuesta y prevenir cualquier agresión. Bajo el mando de un interlocutor nacional, se han nombrado un total de 55 interlocutores territoriales, que tendrán como objetivo dar respuesta a una demanda de seguridad, que no solo consista en reducir a una persona alterada o que haya agredido ya al sanitario, sino que vaya más allá. La solución no es poner un policía en la puerta de cada centro, sino llevar a cabo una planificación, una estrategia y una actuación concertada. <sup>(23)</sup>

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar la existencia de factores de riesgo psicosocial en el personal sanitario durante los años 2019-2020-2021 relacionados con la violencia en cualquiera de sus formas reconocidas en el área I de salud de la Región de Murcia.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir los principales riesgos psicosociales en el trabajo, descritos en la literatura, relacionados con agresiones.
- Evaluar las agresiones físicas y no físicas presentes en la muestra.
- Comparar los resultados obtenidos en la investigación con los obtenidos por otros autores en estudios similares.
- Aportar medidas preventivas para disminuir los incidentes violentos y mejorar la asistencia a los agredidos.

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Se lleva a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, con el fin de conocer si los trabajadores del Servicio Murciano de Salud han recibido agresiones a lo largo de los años 2019, 2020 y 2021. Se extraen los datos de los partes de agresiones recogidos en el sistema informático encomendado para este fin por el Servicio Murciano de Salud (SMS).

#### Sujetos de estudio

La población de estudio fue el personal sanitario y no sanitario perteneciente a dicho servicio de salud; personal médico, personal de enfermería, celadores, auxiliares administrativos, TCAEs y otros.

#### Tamaño muestral

La muestra analizada en el presente estudio (n) es de un total de 237 agresiones repartidas en los años 2019, 2020, 2021.

#### Criterios de inclusión/exclusión

##### *Criterios de inclusión:*

Ser trabajador del SMS, haber sufrido una agresión y haberla notificado mediante el sistema diseñado para ello entre los años 2019 y 2021 ambos inclusive, haber recogido los datos aportando toda la información solicitada.

##### *Criterios de exclusión:*

No pertenecer al SMS, no haber sufrido agresiones de ningún tipo o no estar clasificadas dentro de las consideradas para este estudio.

#### Determinación de variables

Se valoran como variables a estudio: Servicio implicado y categoría profesional, tipo de agresión física o no física y sus subtipos, activación de botón antipánico, características del agresor y del agredido (sexo y edad), aviso a la policía.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Se llevó a cabo un análisis descriptivo con las características de la muestra de los años 2019, 2020 y 2021, expresando y clasificando en cuanto a las variables sociodemográficas de la muestra: sexo, categoría profesional (Medicina, Enfermería, TCAE, Celadores, Administración y otros) y edad.

Dichos datos se muestran en las siguientes tablas, donde se muestran frecuencias y porcentajes de los individuos a estudio.

**Tabla 1. Datos de las características de la muestra del año 2019.**

ÍTEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Total agresiones: 73</b>		
Sexo		
Hombre	15	20,55%
Mujer	58	79,45%
Categoría profesional		
Medicina	40	54,79%
Enfermería	13	17,80%
TCAEs	13	17,80%
Celadores	1	1,37%
Administración	1	1,37%
Otros	5	6,85%
Edad (años)		
<25	0	0%
25-30	5	6,85%
31-35	12	16,44%
36-40	20	27,40%
41-45	24	32,88%
46-50	7	9,59%
51-55	3	4,11%
56-60	1	1,37%
>60	1	1,37%

El perfil sociodemográfico de los agredidos de la muestra en el año 2019 es de una mujer, trabajadora en la categoría de Medicina, en un rango de edad de 41 a 45 años.

**Tabla 2. Datos de las características de la muestra del año 2020.**

ÍTEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Total agresiones: 90</b>		
Sexo		
Hombre	22	24,44%
Mujer	68	75,56%
Categoría profesional		
Medicina	44	48,89%
Enfermería	27	30%
TCAEs	7	7,78%
Celadores	1	1,11%
Administración	10	11,11%
Otros	1	1,11%
Edad (años)		
<25	1	1,11%
25-30	12	13,33%
31-35	8	8,89%
36-40	23	25,56%
41-45	35	38,89%
46-50	5	5,56%
51-55	2	2,22%
56-60	4	4,44%
>60	0	0%

El perfil sociodemográfico de los agredidos de la muestra en el año 2020 es de una mujer, trabajadora en la categoría de Medicina, en un rango de edad de 41 a 45 años.

**Tabla 3. Datos de las características de la muestra del año 2021.**

ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN TRABAJADORES DEL ÁMBITO  
SANITARIO EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD DURANTE EL PERIODO DE 2019 A 2021

ÍTEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Total agresiones: 74</b>		
Sexo		
Hombre	16	21,92%
Mujer	58	78,08%
Categoría profesional		
Medicina	42	56,76%
Enfermería	15	20,27%
TCAEs	10	13,51%
Celadores	1	1,35%
Administración	1	1,35%
Otros	5	6,75%
Edad (años)		
<25	2	2,70%
25-30	5	6,76%
31-35	20	27,03%
36-40	13	17,57%
41-45	21	28,38%
46-50	10	13,51%
51-55	1	1,35%
56-60	1	1,35%
>60	1	1,35%

El perfil sociodemográfico de los agredidos de la muestra en el año 2021 es de una mujer, trabajadora en la categoría de Medicina, en un rango de edad de 41 a 45 años.

Comparando las tres tablas que analizan las variables sociodemográficas de las personas agredidas, observamos que en los tres años (2019, 2020 y 2021), el perfil sociodemográfico no cambia a lo largo del tiempo.

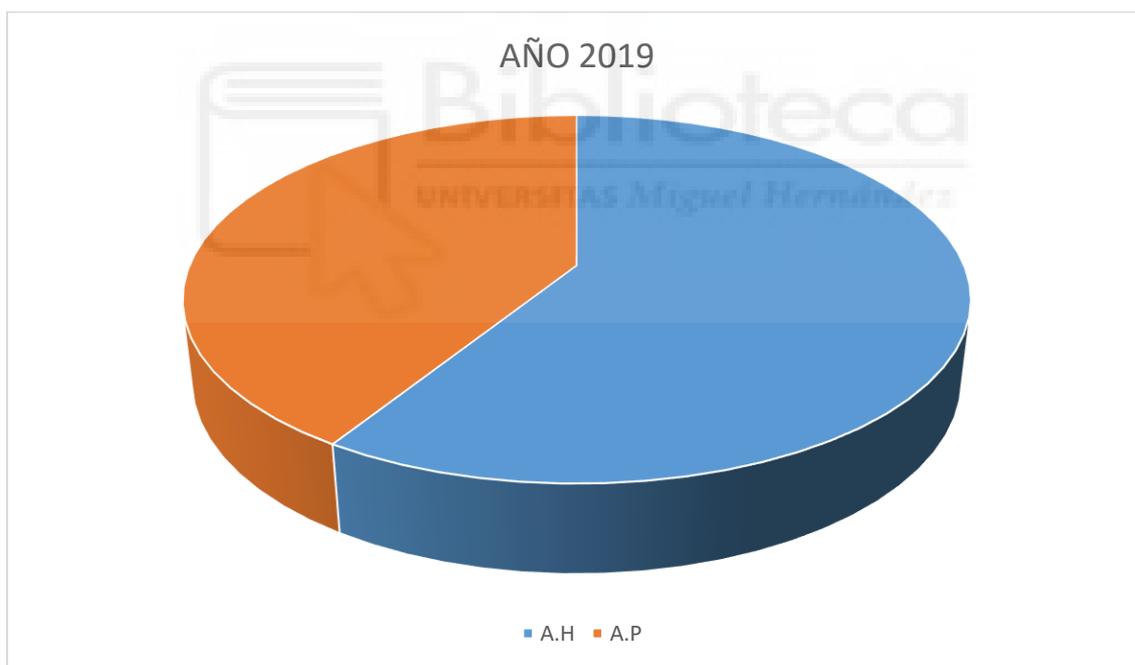
## 5.2 AGRESIONES EN EL MEDIO SANITARIO

A continuación, se lleva a cabo un análisis y clasificación por Servicios, tipos de agresiones (físicas y no físicas), tipos de agresiones no físicas, si se activa el botón antipánico o no y los avisos a la policía.

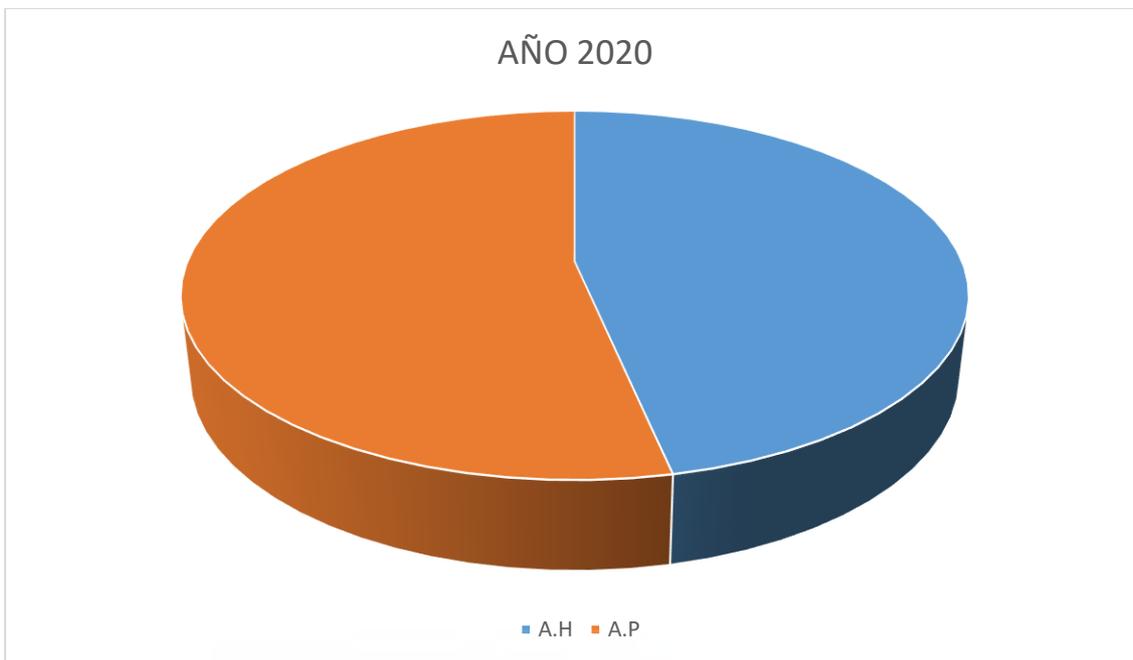
### 5.2.1 SERVICIOS DE TRABAJO

Se analiza desde donde se producen las notificaciones de agresiones durante los años 2019, 2020 y 2021. Entre los servicios a destacar se encuentran Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

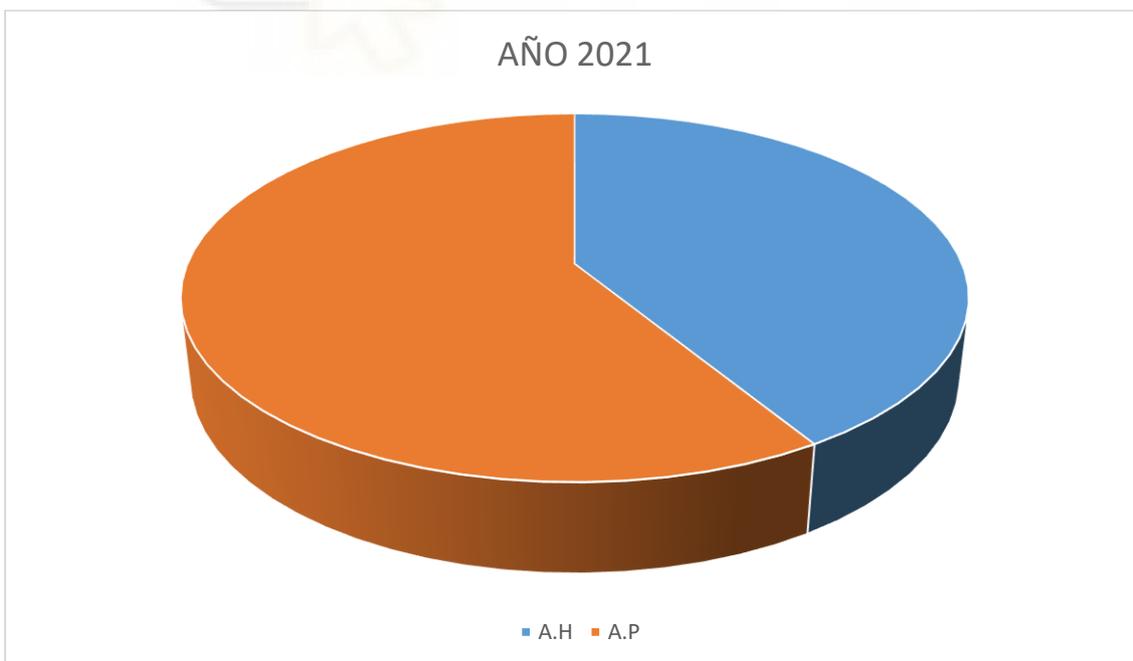
En el año 2019, se producen 30 agresiones en Atención Primaria (A.P), un 41,09% y 43 en Atención Hospitalaria (A.H), es decir, un 58,91%



En el año 2020, se producen 48 agresiones en Atención Primaria (A.P) un 53,33% y 42 en Atención Hospitalaria (A.H), el 46,67% restante.



Por último, en el año 2021 se producen 39 agresiones en Atención Primaria (A.P) un 58,72% y 35 en Atención Hospitalaria (A.H), es decir, el 41,28%.

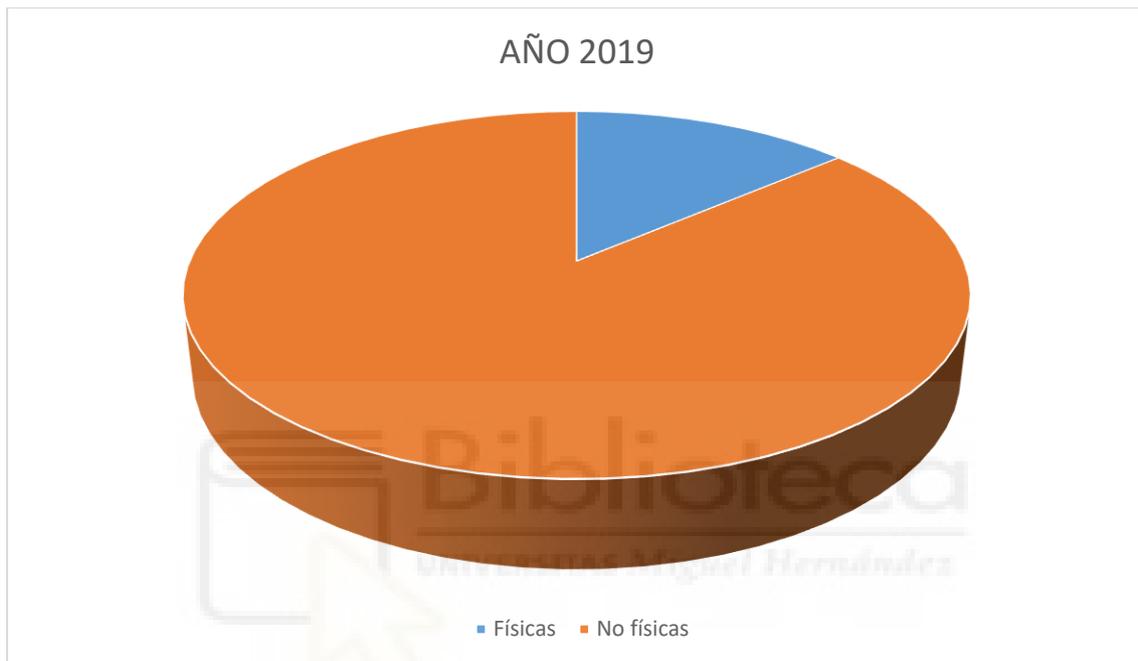


Comparando globalmente los resultados se puede observar una tendencia ascendente a producirse, con mayor frecuencia, agresiones en el ámbito de Atención Primaria.

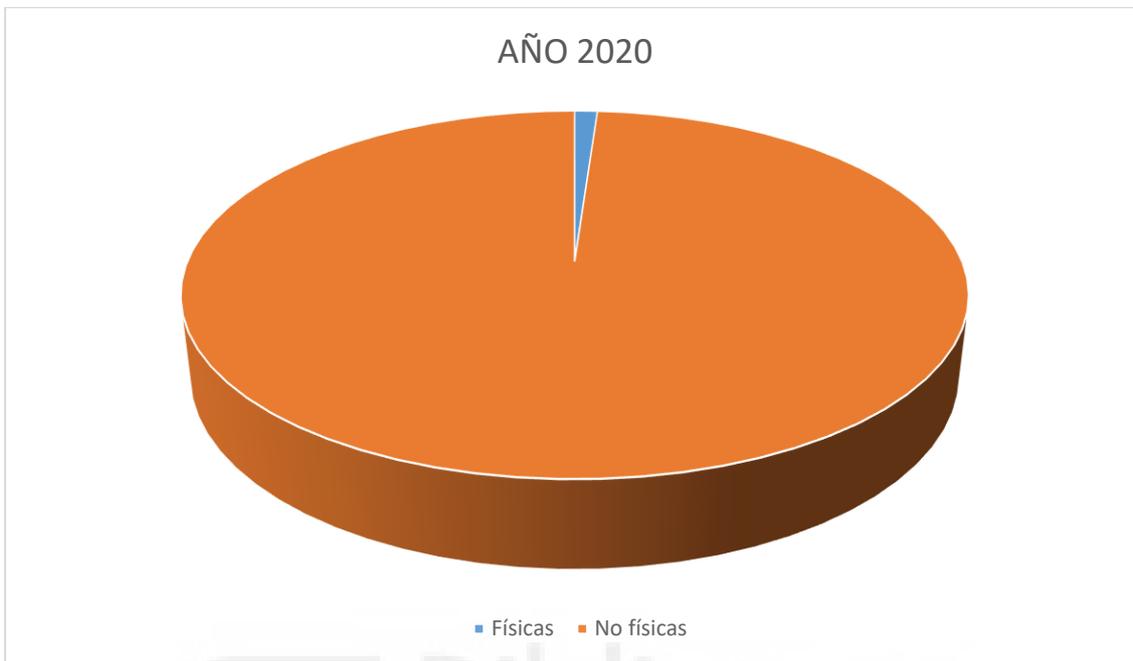
### 5.2.2 TIPO DE AGRESIONES

Se analiza el tipo de agresiones; físicas y no físicas de los sujetos de la muestra en los años 2019 (N=73), 2020 (N=90) y 2021 (N=74)

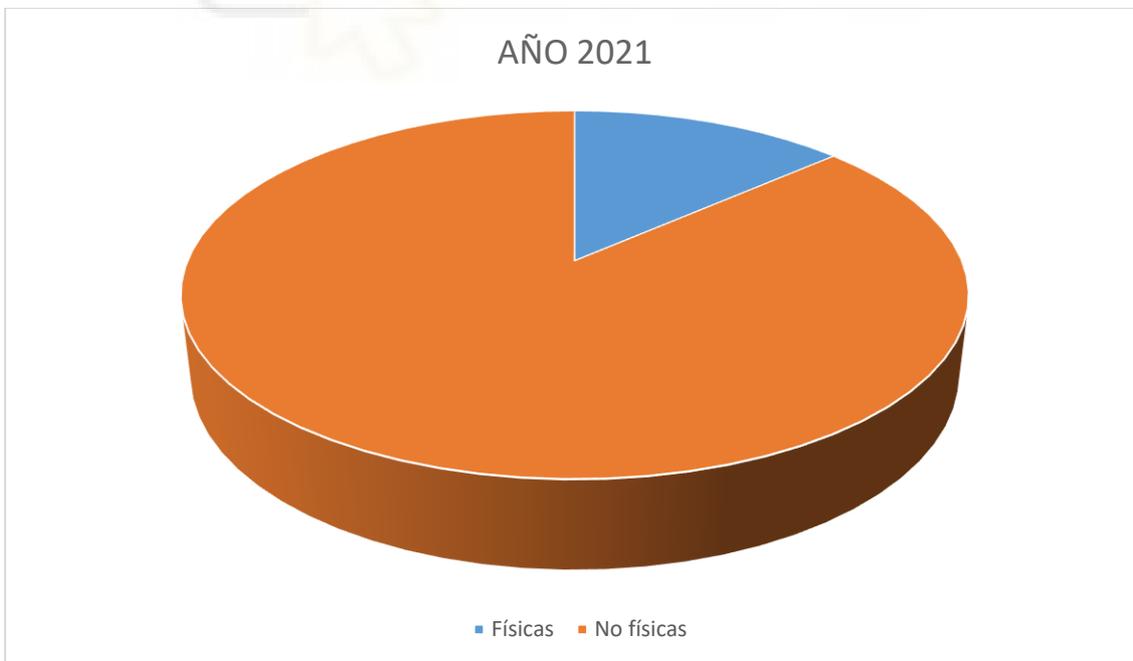
En el año 2019, se producen 10 agresiones físicas, un 13,69% y 63 agresiones no físicas, el 86,31% restante.



En el año 2020, se producen 1 agresiones físicas, un 1,11 % y 89 agresiones no físicas, es decir, el 98,89%.



Y, por último, en el año 2021, se producen 10 agresiones físicas, un 13,51 % y 64 agresiones no físicas, es decir, el 86,49%.



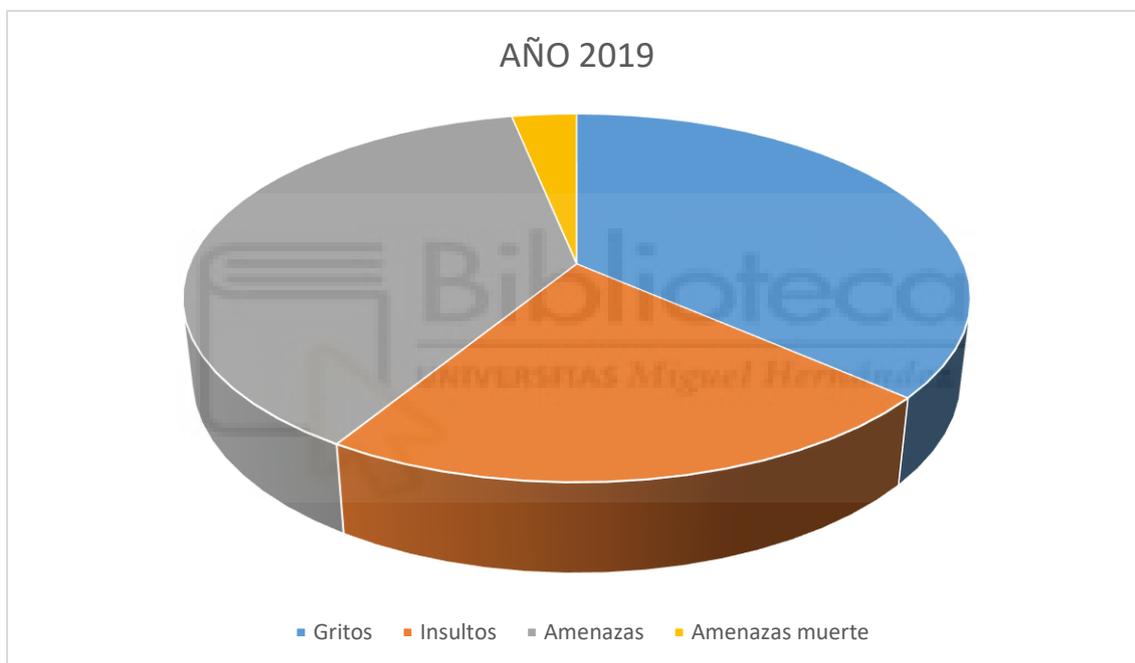
Analizando los tres años consecutivos, se observa que tanto el año 2019 como el 2021, las agresiones más frecuentes son las no físicas. En el 2020, prevalecen aún más, puesto que solo hay 1 de tipo físico.

### 5.2.3 TIPOS DE AGRESIONES NO FÍSICAS

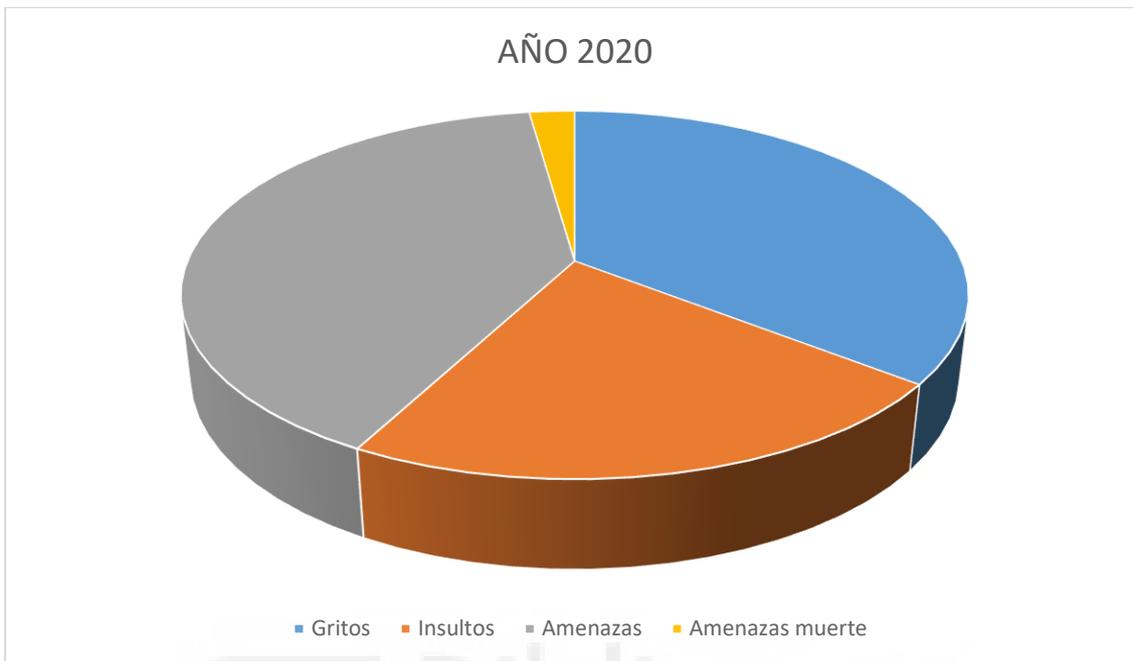
Como ya hemos analizado, los tipos de agresiones más frecuentes en el medio sanitario son las de tipo no físico. Por ello, es importante llevar a cabo un análisis y una clasificación de los tipos de violencia no física.

En este caso, la clasificamos en gritos, insultos, amenazas y amenazas de muerte, en los distintos años a estudio.

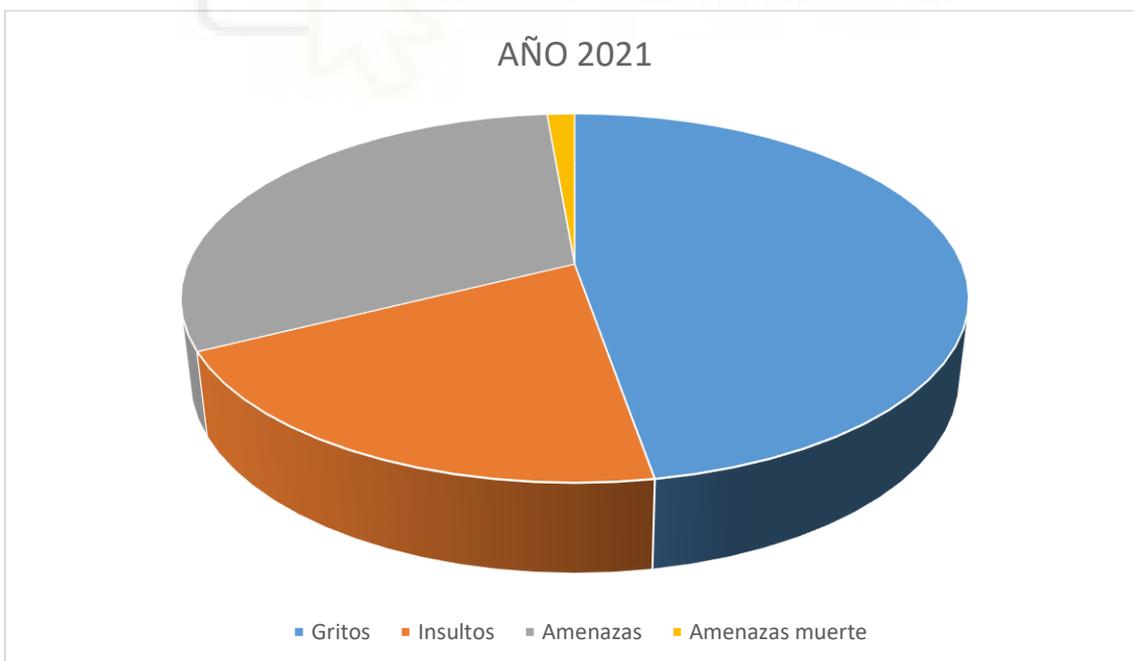
En cuanto al año 2019, se dan 23 gritos (36,51%), 14 insultos (22,22%), 24 amenazas (38,09%) y 2 amenazas de muerte (3,18%)



En el año 2020, se dan 32 gritos (35,55%), 20 insultos (22,22%), 36 amenazas (40%) y 2 amenazas de muerte (2,22%)



Y, con respecto al año 2021, se dan 35 gritos (47,29%), 15 insultos (20,27%), 23 amenazas (31,08%) y 1 amenaza de muerte (1,35%)



En conclusión, podemos observar que lo más prevalente siempre son los gritos (2019 y 2021) y las amenazas (2021), seguidos de los insultos y las amenazas de muerte.

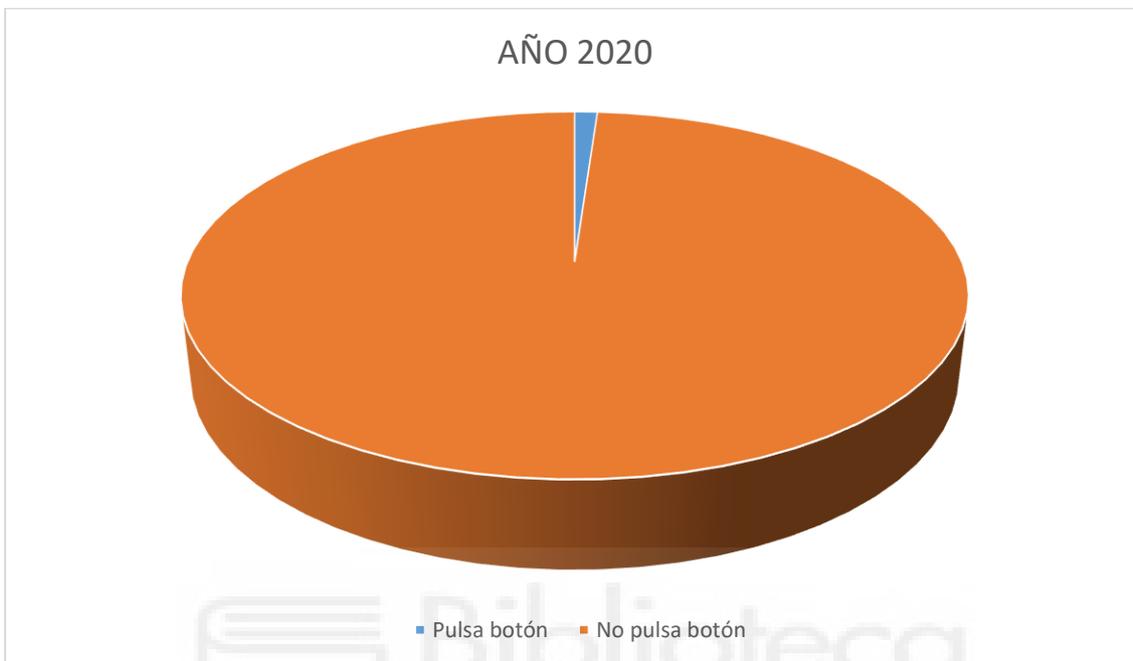
#### 5.2.4 ACTIVACIÓN DEL BOTÓN ANTIPÁNICO

También, clasificamos si los agredidos han pulsado el botón antipánico mientras sufrían la agresión.

En el año 2019, se pulsa 4 veces el botón antipánico, del total de las 73 agresiones producidas. En total, solo un 5,48% de las agresiones.



En cuanto al año 2020, tan sólo se pulsó 1 vez el botón antipánico de las 90 agresiones producidas. Es decir, un 1,11% de las veces frente a un 98,89%.



Por último, en el año 2021 se pulsó 4 veces el botón antipánico de 74 agresiones. Un 5,41%.

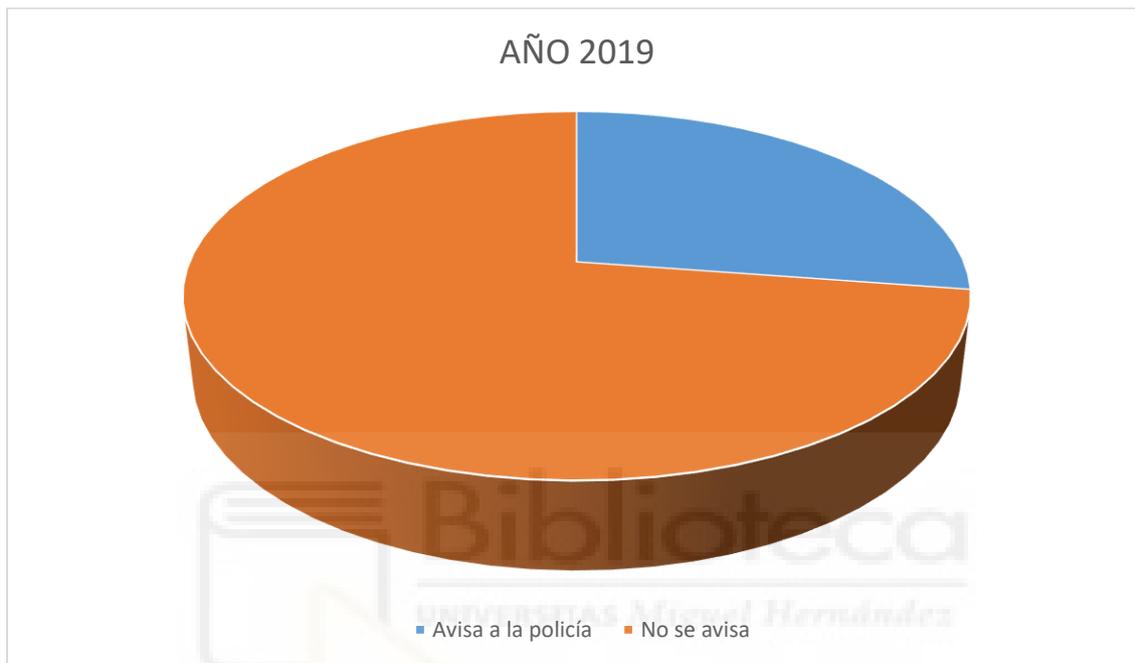


Se puede observar que, tanto el año 2019, 2020 y 2021 hay un porcentaje pequeño de pulsaciones del botón antipánico, no superan el 6% en ninguno de los casos.

### 5.2.5 AVISOS A LA POLICIA

Se analiza la cantidad de avisos a la policía del total de agresiones tanto físicas como no

En el año 2019, se avisó 20 veces a la policía, de un total de 73 agresiones. Es decir, un 27,40%.



En cuanto al año 2020, se llamó 34 veces a la policía de las 90 agresiones producidas. Es decir, un 37,78% de las veces frente a un 62,22%.



Y, por último, en el año 2021 llamaron 13 veces a la policía de 74 agresiones. Un 17,56%.



De forma global, se observan porcentajes dispares en cuanto al número de avisos a la policía.

## 5.2.6 PERFIL DEL AGRESOR

Se obtienen datos de los agresores durante los tres años anteriormente mencionados; sexo, edad y si se trata del usuario propiamente dicho o un familiar que le acompañaba.

Dichos datos se muestran en las siguientes tablas, donde se muestran frecuencias y porcentajes de los individuos a estudio.

**Tabla 4. Características de los agresores en el año 2019.**

ÍTEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Total agresiones: 73</b>		
Sexo		
Hombre	48	65,75%
Mujer	25	34,25%
Usuario / Acompañante		
Usuario	34	46,58%
Acompañante	39	53,42%
Edad (años)		
<25	7	9,59%
25-30	14	19,18%
31-35	3	4,11%
36-40	9	12,33%
41-45	6	8,22%
46-50	9	12,33%
51-55	5	6,85%
56-60	3	4,11%
>60	7	9,59%

El perfil sociodemográfico de los agredidos de la muestra en el año 2019 es de un hombre, usuario, en un rango de edad de 25 a 30 años.

**Tabla 5. Características de los agresores en el año 2020.**

ÍTEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Total agresiones: 90</b>		
Sexo		
Hombre	50	55,55%
Mujer	40	44,44%
Usuario / Acompañante		
Usuario	52	57,78%
Acompañante	38	42,22%
Edad (años)		
<25	12	13,33%
25-30	18	20%
31-35	5	5,56%
36-40	8	8,89%
41-45	10	11,11%
46-50	6	6,67%
51-55	7	7,78%
56-60	3	3,33%
>60	2	2,22%

El perfil sociodemográfico de los agredidos de la muestra en el año 2020 es de un hombre, usuario, en un rango de edad de 25 a 30 años.

**Tabla 6. Características de los agresores en el año 2021.**

ÍTEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Total agresiones: 74</b>		
Sexo		
Hombre	38	51,35%
Mujer	36	48,65%
Usuario / Acompañante		
Usuario	39	52,70%
Acompañante	35	47,30%
Edad (años)		
<25	7	9,46%
25-30	14	18,92%
31-35	3	4,05%
36-40	9	12,16%
41-45	7	9,46%
46-50	9	12,16%
51-55	5	6,76%
56-60	3	4,05%
>60	15	20,28%

El perfil sociodemográfico de los agredidos de la muestra en el año 2021 es de un hombre, usuario, en un rango de edad de más de 60 años.

Como datos globales, podemos resumir que en el año 2019 y en el 2020 encontramos el mismo perfil sociodemográfico. Sin embargo, en el 2021 la edad aumenta drásticamente a más de 60 años de edad del perfil del agresor.

## 6. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación muestran que existe una clara estabilidad en el número de agresiones durante los años 2019 y 2021 coincidiendo con las etapas pre y post-pandemia. Sin embargo, es evidente que durante el año 2020 en el cual se estableció la pandemia con el correspondiente confinamiento por parte del gobierno a la población y medidas preventivas que solo permitían asistencia sanitaria ante urgencias y emergencias sanitarias y en las cuales estaba prohibida la entrada en el centro médico u hospital de familiares. Todo ello supuso un gran estrés emocional que es preciso explicar mediante la separación de las distintas partes afectadas.

Es observable un número de agresiones que permanece estable en periodos pre-pandemia y post-pandemia, sin embargo, existe un incremento en el número de profesionales sanitarios que fueron agredidos durante el periodo de pandemia (año 2020).

Parece llamativo este aumento de agresiones en un estado en el que la asistencia sanitaria presencial se limitaba a enfermos graves e ingresos hospitalarios para evitar la propagación del virus del SARS-CoV2 y pese a que el acompañamiento de los familiares no estaba permitido. Más de un 80% de la atención programada se realizaba por vía telefónica o telemática. Al correlacionar los datos obtenidos en cuanto al tipo de agresión denunciada por el personal y tras su integración en el entorno social de la etapa de pandemia se observa un descenso muy drástico de las agresiones físicas. Este dato de forma aislada sin entender el contexto social no tendría sentido, sin embargo es lógico que se experimente ese descenso tan marcado debido a que un menor número de población acudía al hospital y no estaban permitidas visitas de familiares por la orden de confinamiento establecida.

Acompañando al descenso de las agresiones físicas se produce un aumento claro de las agresiones no físicas, este ascenso puede relacionarse con la disminución de la asistencia presencial y el incremento de la asistencia médica por vía telefónica. Debido a este dato el número de agresiones no físicas se ha incrementó ya que los usuarios y familiares podrían manifestar su descontento por el trato recibido únicamente de forma telefónica.

En la población general se experimentó un aumento del estrés emocional debido a la situación de pandemia, confinamiento, preocupación por los familiares debido a falta de

información del virus, su alta tasa de mortalidad, falta de atención rápida a las patologías que eran comunes hasta la fecha, entre otras causas adicionales, que pudo condicionar el aumento de las agresiones verbales telefónicas como vía de escape al estrés emocional sufrido durante todos los días previos a la necesidad de asistencia sanitaria o de información de los familiares ingresados. A nivel hospitalario la asistencia realizada por parte de los servicios médicos fue deficiente debido a los largos procesos de incapacidad temporal (IT) que ocurrían de forma diaria por el contagio con el virus del SARS-CoV2, lo que significa listas de espera largas, selección del paciente tras evaluar su gravedad, limitadas opciones de tratamiento y falta de equipo necesario para él mismo, el cual en numerosos hospitales fue necesario racionar entre los pacientes ingresados y aplicarlo en base a la posible tasa de supervivencia de los mismos.

Cabe mencionar la posibilidad de una sobredeclaración de las agresiones por parte del personal sanitario que pudiera estar mediada por un aumento de los riesgos psicosociales presentes en la etapa de pandemia. Los mayores niveles de estrés percibidos por el personal sanitario debidos a la falta de personal activo y la necesidad de realizar el trabajo de una forma mucho más rápida que lo habitual, con aumento del número de horas, aumento de los fallecimientos, miedo propio a la infección por el virus o al contagio a familiares, sensación de inestabilidad vital y laboral, además de otros factores, pudieron llevar al personal sanitario, y en especial a los médicos y enfermeros por asumir responsabilidades de mayor grado para con el paciente, a presentar una mayor labilidad emocional y una especial susceptibilidad a las críticas o disminución de la tolerancia.

Sin embargo tras analizar los datos disgregados de agresiones no físicas podemos observar que los insultos, gritos y amenazas se ven claramente aumentados con respecto a los años 2019 y 2021 y son el tipo de agresión no física predominante. A nivel global de datos podemos observar que lo más prevalente siempre son los gritos (2019 y 2021) y las amenazas (2021), seguidos de los insultos y las amenazas de muerte.

Analizando los sistemas de seguridad dedicados a la prevención y control de las agresiones, se concluye que el sistema registrado en el SMS es el denominado botón antipánico. Un botón antipánico es un sistema de seguridad de activación voluntaria que funciona tras la activación del mismo cuando el individuo se siente víctima de una posible agresión y esto a su vez activa de inmediato un sistema de localización que ubica el lugar en el que se encuentra la persona que está afrontando una situación de violencia o de

amenazas, a partir de lo cual se genera una grabación de todo lo que está ocurriendo en el ambiente o dispara una alarma en el personal de seguridad contratado para que acuda a la posición marcada y preste apoyo.

Los datos demuestran que de todas las agresiones registradas en todos los años estudiados solo se ha activado el botón antipánico un total de 9 veces. Es decir, de 237 agresiones totales en el periodo de 2019 a 2021 solo se activó el sistema de botón antipánico en un 3,79 % de los casos siendo el año en el que se activa menos en 2020.

Relacionado con la seguridad se observan datos de llamadas a la policía en cada uno de los años, siendo de un 27,40% en 2019, un 37,78% en 2020 y un 17,56% en 2021. Esto puede interpretarse sin contemplamos nuevamente la situación social durante el estado de pandemia como un aumento significativo de la susceptibilidad global, en la que las llamadas a la policía se muestran con datos superiores a los otros años estudiados pese a realizar una considerable menor asistencia a pacientes citados o programados y realizar asistencia con un predominio de la vía telefónica y pese a recibir menos eventos de agresiones físicas.

Todos estos datos no hacen más que reforzar la teoría de que en el año 2020 los factores de riesgo psicosociales asociados al trabajo incrementaron su presencia y poder sobre los sanitarios.

Considerando el tipo de sanitario que recibe mayor número de agresiones y las declara se obtienen datos que indican que a nivel global sigue esta tendencia de mayor a menor que no se ve alterada por el efecto de la pandemia en 2020: Medicina, enfermería, TCAEs, celadores, administración. Es decir, guarda una estrecha relación a la relación que establecen los usuarios con el personal y del nivel de responsabilidad asumido por cada uno de ellos sobre el paciente. De esta forma destaca que la categoría de medicina se encuentra siempre por encima del 45% en cada año analizado, seguida de enfermería con cifras inferiores. No obstante, si analizamos al personal de medicina vemos que en líneas generales no solo no sufre un aumento significativo de agresiones en periodo de pandemia sino que lo disminuye.

En la categoría de enfermería vemos que los datos demuestran un mayor número de agresiones durante el periodo 2020 con respecto a los años 2019 y 2021. En concreto en el año 2020 existe un aumento del 12,20% con respecto al año 2019 y del 9,73% con

respecto a 2021. Sin embargo como se ha mencionado sigue siendo muy inferior a las agresiones sufridas por la categoría de medicina.

En cuanto a la edad de los agredidos se muestran valores que establecen un mayor número de conflictos en el personal sanitario de entre 41-45 años de edad. En un intento de entender por qué se produce esta asociación, es muy probable que el trabajo y las responsabilidades que se asumen en este periodo vital del individuo incrementen el estrés. Un ejemplo claro es el del individuo de entre 41-45 años que tiene una casa, hijos pequeños o probablemente adolescentes, pago de hipoteca, cuyo trabajo implica asumir responsabilidades sin oportunidad de consulta a otros compañeros de mayor rango, etc.

En cuanto al sexo cuando al sexo predominante se observa que las mujeres sufren agresiones en un porcentaje muy superior a los hombres, en concreto hasta un 52% más en cualquiera de los años observados.

En contraste con esta información se encuentra la variable agresores, que se encuentra de forma global constituida en su mayoría por hombres. Este patrón se repite cada año de los analizados. Se observa un ligero ascenso en el año 2020 con respecto a 2019 y en 2021 un descenso marcado. En esta variable del estudio se encuentra un ascenso de las agresiones globales en el año 2020, sin embargo destaca que en 2019 (etapa prepandemia) el número de agresoras mujeres era considerablemente menor al de hombres, con un 65,75% hombres frente al 34,25% mujeres. Sin embargo, en 2020 y 2021 los datos casi se igualan, por lo que las mujeres han aumentado sus agresiones frente a lo habitual hasta ese año. Como se ha mencionado anteriormente es posible que el estrés favorecido por la pandemia sea un factor importante a tener en cuenta para la elevación de las cifras estudiadas.

A nivel de agresores se obtuvieron datos sobre si era el propio usuario o familiares del mismo. De nuevo se observa un cambio en 2019 con respecto a 2020 y 2021. En el 2019 de los agresores un 46,58% fueron usuarios, en comparación con los años de pandemia y post-pandemia que son realizadas por el usuario en un mayor número. Otro dato a destacar es que en 2020 (pandemia) existe una diferencia significativa entre usuario y familiar, cosa que no se aprecia ni en 2019 ni en 2021. Siendo de esta forma en 2020 un 57,78% usuarios frente a datos similares en 2019 y 2021 en los cuales el porcentaje de agresores usuarios no supera el 52,70% en ninguno de esos años. En 2020 existe un aumento

llamativo de usuarios que realizaron agresiones, lo que parece lógico debido a que el periodo de pandemia se produjo más ingresos y no se permitían visitas a familiares.

En cuanto a los agresores, tiene una media de edad entre 41 y 50 años.

Si analizamos el medio hospitalario frente a los servicios de atención primaria es llamativo el incremento del porcentaje de agresiones en estos últimos, que fue de más del 53%, presentando cifras en 2019, 2020 y 2021 que han aumentado progresivamente (41% a 53% a 59%).

Al realizar la comparación de los datos obtenidos en el SMS con los descritos en el estudio del sistema sanitario catalán en el periodo correspondiente del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2007 se aprecia que, en este último, fueron notificados 846 incidentes violentos mientras que los recogidos en el SMS fueron 237. De todos estos casos el estudio catalán confirma que de todos los trabajadores de la muestra un 75% son mujeres y que un 75% de las víctimas de las agresiones son a su vez mujeres, dato similar al obtenido en el estudio sobre el SMS donde se obtiene un 77,69% de agresiones sobre el personal de sexo femenino. En consonancia con los resultados del estudio catalán el perfil del agresor es un hombre (64% estudio catalán y 57,55% en datos del SMS) y es más frecuente que sea el propio usuario o paciente (73% estudio catalán y 52,35% SMS) el que lleve a cabo las agresiones dejando en un segundo plano al acompañante de este. Existen sin embargo discrepancias en cuanto al puesto de trabajo de los agredidos, en los que el estudio catalán muestra una clara superioridad en el personal de enfermería con un 48%, mientras que en el SMS predominan las agresiones a médicos en un 53,48%, seguido del personal de enfermería con un 22,69%. Ambos estudios tienen en común que el número de agresiones en los que se ejerce violencia física son menores que la verbal y otras formas como gestos o amenazas.

Ambos estudios evidencian un posible déficit en la capacidad de respuesta del personal sanitario a este tipo de agresiones que manifiesta una necesidad de refuerzo en el manejo de conflictos mediante cursos o talleres y una mejora de las medidas preventivas. <sup>(24)</sup>

Se realiza una comparación con una revisión sistemática sobre las agresiones a profesionales del sector sanitario en España realizada por la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de Zaragoza y por el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa que incluye 23 estudios en el que se recogen datos con resultados en consonancia a los

descritos en el estudio realizado en el SMS, con predominio de agresiones verbales sobre las físicas, con un perfil del agresor predominantemente masculino y un perfil del agredido en el que con mayor frecuencia son mujeres.<sup>(25)</sup>



## **7. CONCLUSION**

### **7.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

A la hora de interpretar los datos de la investigación, se deben tener en cuenta las siguientes limitaciones: la población de estudio se ha limitado exclusivamente a notificaciones registradas en el sistema informático diseñado para la recogida de las mismas, por lo que si se han realizado notificaciones por otra vía no serían valoradas y estaría ocurriendo una infraestimación de los casos. Por otra parte, debido a la carga de trabajo extra y la necesidad de atención rápida y continuada que vino ocasionando la pandemia es posible que no se notificaran algunos casos y por lo tanto una infradeclaración. Por último, puede que las mujeres notifiquen más agresiones que los hombres por diversas causas. Tal vez exista un mayor número de trabajadores de género femenino que masculino en el Servicio Murciano de Salud, por lo tanto al no disponer del dato que refleja el número total de trabajadores no puede confirmarse con seguridad o quizá exista una mayor susceptibilidad en el género femenino para notificar dichas agresiones. A pesar de ello, para confirmar dicha hipótesis se debería realizar un ensayo de campo orientado a la investigación cualitativa. Sin embargo, las limitaciones descritas no son suficientes para invalidar los resultados obtenidos.

### **7.2 APLICACIÓN PRÁCTICA**

Los valores obtenidos tras el análisis de los datos empleados en este estudio sugieren que existen colectivos de trabajadores que tienen un riesgo más elevado de sufrir eventos violentos.

También parece importante estudiar y entender porque existe un foco de mayores eventos violentos como los que se localizan en atención primaria frente al resto de los lugares notificados.

Este estudio permite, gracias al periodo estudiado (año 2019, 2020,2021), detectar si existen cambios significativos en la aparición o notificación de eventos violentos entre periodo pre-pandemia, pandemia y post-pandemia.

Teniendo todo esto en cuenta, parece clara la necesidad, por parte del conjunto de los servicios de prevención de riesgos laborales encargados del Área I del Servicio Murciano de Salud, de realizar vigilancia de la salud sobre el colectivo de trabajadores, analizando los factores psicosociales encontrados, llevando a cabo acciones preventivas y detección de posibles problemas a la hora de gestionar el estrés laboral o de resolver y prevenir los posibles conflictos con usuarios y familiares de forma exitosa.

Tras analizar estos datos surgen a simple vista opciones de mejora, tales como: Cursos formativos de gestión de estrés, formación sobre cómo actuar ante usuarios o familiares conflictivos o violentos, formación sobre cómo proceder y notificar agresiones mediante el sistema informático diseñado para tal fin, la contratación de personal de seguridad en caso de que no hubiese o refuerzos en las zonas que han resultado más conflictivas, video seguridad, medios para realizar citaciones y asistencia médica en menores tiempos de espera.

El diseño e implantación de las medidas descritas puede suponer un menor estrés laboral, una mejora en la atención al usuario al sentirse el trabajador más seguro mientras realiza tareas que implican atención al público y disminuyendo los eventos violentos y estresores que ocasionan perjuicios psicológicos y psiquiátricos sobre la salud del trabajador, además de costes económicos por periodos prolongados de IT para la empresa y daños en el mobiliario.

### **7.3 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS**

Sería de interés, la realización de más investigaciones relacionadas con factores de riesgo psicosociales relacionados con eventos que impliquen violencia en el ámbito laboral. Así como, el estudio de otros factores como la carga de trabajo, jornadas muy largas, trabajo a turnos, etc... que pueden actuar como precursores en el origen y desarrollo de patología psicológica y psiquiátrica.

También podría ser de utilidad para establecer una relación causa-efecto sobre si los factores anteriormente descritos implican una mayor incidencia de casos de violencia al suponer una disminución en la tolerabilidad de los trabajadores hacia las peticiones de los

usuarios, lo que daría lugar a respuestas rápidas, bruscas y con un tono poco amable que facilite que se inicie algún tipo de violencia.



## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez, Mariana. (Última edición: 12 de octubre del 2021). Definición de Trabajo. Recuperado de: <https://conceptodefinicion.de/trabajo/>. Consultado el 10 de mayo del 2022
2. BOE.es - BOE-A-1995-24292 Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
3. Sainz Pinós C, López Triverio PF, Maestre Naranjo M, Borda Olivas J, Cabrero Martín B, Rodríguez de la Pinta ML. Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria. Med Segur Trab (Madr) [Internet]. 2011; 57 (222). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2011000100002>
4. Cervantes, Genís, Cantera, Leonor M., Blanch, Josep M., Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2008; 29 (1):49-58. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829107>
5. Chappell D, Di Martino V. Violence at Work. Geneva: International Labour Office. 2000.
6. Ruiz-Frutos C, García García AM, Clanchet GD, Perez ER, García Benavides F, editores. Salud laboral + acceso online : conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales: Conceptos Y Técnicas Para La Prevención de Riesgos Laborales. 4a ed. la Ciudad Condal, España: Elsevier Masson; 2013.
7. Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores - Portal INSST - INSST [Internet]. Portal INSST. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/tratado-sobre-las-enfermedades-de-los-trabajadores>
8. Trabajo y salud - Blog TECH España Universidad Tecnológica [Internet]. Techtitute.com. Disponible en: <https://www.techtitute.com/enfermeria/blog/trabajo-salud>
9. Antera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del Psicólogo. 2008; 29:49–58.

10. Vidal-Martí C, Pérez-Testor C. Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España. *Rev esp med leg* [Internet]. 2015; 41 (3):123–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2015.04.001>
11. Merecz D, Rymaszewska J, Mościcka A, Kiejna A, Jarosz-Nowak J. Violencia en el lugar de trabajo: una encuesta del personal de enfermería. *Eur psychiatr* (Ed esp) [Internet]. 2007; 14 (1):17–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s1134066500003052>
12. Eisele GR, Watkins JP, Matthews KO. Workplace violence at government sites. *Am J Ind Med* [Internet]. 1998; 33 (5):485–92. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0274\(199805\)33:5<485::aid-ajim8>3.0.co;2-r](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1097-0274(199805)33:5<485::aid-ajim8>3.0.co;2-r)
13. BOE.es - BOE-A-1992-4252 Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1992-4252>
14. Weekly epidemiological update on COVID-19 - 11 May 2022 [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---11-may-2022>
15. La Moncloa (sede Web). Madrid: Gobierno de España; 2020. Estado de Alarma. URL disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/estado-de-alarma.aspx>
16. Bernaldo de Quirós M. Análisis psicosocial de las agresiones a los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias del summa-112 de la Comunidad de Madrid. Universidad Complutense de Madrid. 2011. Disponible en: [https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/catalogo\\_imagenes/grupo.cmd?path=1077073](https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1077073).
17. Blacke H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(9): 2997. DOI 10.3390/ijerph17092997.
18. Ammar A, Chtourou H, Boukhris O, Trabelsi K, Masmoudi L, Brach M, et al. COVID-19 Home Confinement Negatively Impacts Social Participation and Life Satisfaction: A Worldwide Multicenter Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(17): 6237. DOI 10.3390/ijerph17176237.
19. Stinis HPJ. Pandemieën: new and emerging biological risks: Expert forecast on emerging biological risks related to occupational safety and health. *European*

- Agency for Safety and Health at Work, 2007, ISBN 92-9191-130-5. Tijdschr bedr-  
verzek [Internet]. 2008; 16(2):79–79. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1007/bf03077939>
20. Gil-Monte PR. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. Rev Peru  
Med Exp Salud Pública [Internet]. 2014; 29(2). Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2012.292.348>
21. Moncada S, Llorens C, En C, Ruiz-Frutos A, García J, Declós F. Factores  
psicosociales. En: Salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos  
laborales. Barcelona: Masson; 2007. p. 397–406.
22. Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo [Internet]. Europa.eu. Disponible  
en: <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress>
23. Ffis.es.. Disponible en: [http://www.ffis.es/ups/prl/mapa\\_riesgos\\_2018.pdf](http://www.ffis.es/ups/prl/mapa_riesgos_2018.pdf)
24. Cantera LM, Genís ; Josep M. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales  
sanitarios Papeles del Psicólogo. Vol. 29. España; 2008.
25. Serrano Vicente M.I., Fernández Rodrigo, M.T, Satústegui Dordá, P.J, Urcola  
Pardo, F. AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SECTOR SANITARIO EN  
ESPAÑA, REVISIÓN SISTEMÁTICA. Rev Esp Salud Pública. 2019; Vol. 93: 2  
de octubre e1-16.

## 9. ANEXOS

### Anexo I: Registro de comunicación interna de agresiones

#### REGISTRO COMUNICACIÓN INTERNA DE AGRESIONES

A/A SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SMS			
Fax: 968 35 74 81/ 968.20.08.97		e-mail: prevencion-sms@listas.carm.es	
HOSPITAL/ GERENCIA			
CENTRO / SERVICIO			
TELEFONO			
RESPONSABLE DEL CENTRO / SERVICIO			
FECHA:		Nº AGRESION	
<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>			
NOMBRE			
DIRECCIÓN			
TELEFONO			
DNI			
CATEGORÍA / ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO			
TRABAJO QUE EFECTUABA		TRABAJO HABITUAL	SI NO
<b>DATOS DE LA AGRESION</b>			
LUGAR DEL INCIDENTE:			
TESTIGOS (nombres, datos de identificación y localización)			
AGRESIÓN VERBAL O GESTUAL (palabras textuales)			
AGRESIÓN FÍSICA:		BAJA	SI NO
		DENUNCIA	SI NO
Día de la semana	Hora de trabajo	Probabilidad de Repetición	
		ALTA	MEDIA BAJA
DAÑOS MATERIALES (Indicar equipo, objeto o maquinaria dañada)			
PARTE DE LESIONES (adjuntar copia al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS)			SI NO

ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN TRABAJADORES DEL ÁMBITO SANITARIO EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD DURANTE EL PERIODO DE 2019 A 2021

DESCRIBIR CLARAMENTE COMO SUCEDIÓ
¿ Cuáles cree que han sido las razones, el origen o el por qué de este incidente?
<b>DATOS DEL AGRESOR</b>
NOMBRE
DOMICILIO
TELEFONO
DNI /N-SS
OTROS

El objetivo de este registro y comunicación inmediata del suceso es doble:

- 1- Conocer las circunstancias que se daban en el momento previo al suceso anormal, las cuáles permitieron la materialización de mismo.
- 2- La adopción de medidas correctoras que eviten su repetición o en el caso de que se repitan, sus consecuencias sean mínimas y sepamos controlar la situación.

Fdo:

De este parte enviar una copia a la Gerencia correspondiente y otra al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS.



## 10. TABLAS Y FIGURAS

- **Tabla I.** Matriz de Haddon
- **Figura I.** Esquema de actuación en una situación de agresión

