

**INFORME DE AGRESIONES A
PROFESIONALES DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD**

2017-2018

Agresiones a los profesionales del Sistema Nacional de Salud

Rodrigo Gutiérrez Fernández	Ministerio de Sanidad
M ^a Ángeles López Orive	Ministerio de Sanidad
Ángel Luis Guirao García	Ministerio de Sanidad
José Luis Dopico Plazas	Ministerio de Sanidad
José Carlos Redondo Domingo	Ministerio de Sanidad

Grupo de Trabajo Técnico

Javier Arrizabalaga Azurmendi
Cristóbal López Pérez
Nuria de Castro Acuña Iglesias
Nuria Queraltó Hernández
María Luisa Romano Moreno
M^a Antonia Mora González
María Carmen Arceiz Campos
Mercedes Pérez Andrés
Guillermo Aranda Pardo
Encarna Santolaria Bartolomé
Emilia Sevillano Calvo
María Antonia Contreras García
Sebastián Sánchez Serrano
María Teresa Lerín Pérez
Esteban Ruíz Álvarez
Jorge Pascual del Río
Laureano Marín Lencero
Alfonso Damián Gajardo Sánchez
José María Bautista Plaza
Isidoro Cornejo García
Javier Roig Valdivieso
Alicia Caveró Combarros

Comunidad Autónoma

País Vasco
Cataluña
Galicia
Andalucía
Asturias
Cantabria
La Rioja
Murcia
Comunidad Valenciana
Comunidad Valenciana
Aragón
Aragón
Castilla-La Mancha
Canarias
Navarra
Navarra
Extremadura
Extremadura
Baleares
Comunidad de Madrid
Castilla y León
INGESA

Grupo Redactor del Informe

Juan Julián García Gómez	Ministerio de Sanidad.
Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar	Ministerio de Sanidad.
Carolina Rodríguez Gay	Ministerio de Sanidad.
Sara Vivas Fernández	Ministerio de Sanidad.

Secretaría de la Comisión de RRHH

Tomás Costa Torres	Ministerio de Sanidad.
Eva Bronchalo Zurita	Ministerio de Sanidad.
María Hermida Rodríguez	Ministerio de Sanidad.

Colaboración del Ministerio del Interior

Manuel Alcaide Alcaide	Ministerio del Interior
Sonia Carmuega Coucheiro	Ministerio del Interior
Miguel Angel Barrado Morín	Ministerio del Interior

*Subdirección General de Recursos Humanos, Alta Inspección y Cohesión del SNS
Dirección General de Ordenación Profesional*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
➤ ANTECEDENTES.....	1
➤ JUSTIFICACIÓN	7
➤ OBJETIVOS	7
2. METODOLOGÍA	8
3. RESULTADOS.....	9
4. DISCUSIÓN	15
5. CONCLUSIONES	17
6. RECOMENDACIONES	18
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
8. ANEXOS	21
➤ Anexo I: Conjunto Mínimo de Datos y glosario de términos.....	21
➤ Anexo II: Medidas adoptadas por las CCAA	24
➤ Anexo III: Total datos agresiones 2017 y 2018	29
9. LISTADO DE GRÁFICOS.....	32

1. INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia Española, se denomina agresión a *“todo acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño”* o *“acto contrario al derecho de otra persona”* ⁽¹⁾.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra, es considerada como un acto de violencia ⁽²⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a su vez, define violencia en el lugar del trabajo como *“todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, con la implicación de que se amenaza explícita o implícitamente su seguridad, su bienestar y su salud”* ⁽³⁾.

Las agresiones hacia los profesionales en el ámbito sanitario están aumentando en todos los países industrializados y es un motivo de gran preocupación tanto para los propios profesionales como para los Gobiernos ⁽⁴⁾.

Los profesionales son el principal activo del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, sin embargo, son un colectivo que se ve afectado por agresiones tanto físicas como no físicas o verbales, que les ponen en riesgo y pueden afectar al desempeño de las funciones en su puesto de trabajo, así como a la calidad del servicio asistencial y, por supuesto, a su seguridad y salud. Por ello, es preciso desarrollar e implantar medidas preventivas y de manera simultánea proporcionar a estos profesionales protección frente a este tipo de agresiones o amenazas con las que tienen que tratar en su lugar de trabajo.

De igual modo se ha de realizar una valoración integral que permita considerar el complejo contexto en el que se producen las agresiones. Por ello, es vital la colaboración entre todas las Administraciones públicas, promover una mayor concienciación y sensibilización de los profesionales sanitarios y de la sociedad en general para afrontar esta problemática.

➤ ANTECEDENTES

Las agresiones que sufren los profesionales en el ámbito sanitario tienen ya un largo recorrido y fueron reconocidas a nivel internacional en el año 1998 por la OIT con la publicación de un informe basado en un amplio estudio sobre la violencia en el lugar de trabajo, en el que se concluía que el riesgo de los profesionales de la sanidad de sufrir agresiones durante el desempeño de sus funciones era muy elevado en comparación con otros ámbitos laborales. ⁽⁵⁾

La OMS publicó en el año 2002 un informe mundial sobre la violencia y la salud ⁽⁶⁾ y la OIT, la OMS, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Internacional de Servicios Públicos publicaron también en 2002 el documento “Directrices Marco para afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud” que sirven de base para luchar contra la violencia laboral, elaboradas a partir de datos obtenidos de varios estudios de casos por países cuya finalidad era estimular y orientar iniciativas en los planos internacional, nacional y local. ⁽³⁾

En el ámbito europeo, el Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea de 1957 (Tratado de Roma) y, en particular, su artículo 118 A, obliga al Consejo de las Comunidades Europeas a establecer, mediante directivas, las disposiciones mínimas para promover la mejora, en particular, del medio de trabajo, con el fin de elevar el nivel de protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores. Desde entonces se han publicado varias Comunicaciones, Decisiones y Directivas con el objetivo de cumplir dicho artículo:

- La Decisión 74/325/CEE obliga a la Comisión a consultar al Comité consultivo para la seguridad, la higiene y la protección de la salud en el lugar de trabajo para elaborar propuestas en este sector; en ese mismo año se creó dicho Comité Consultivo para asistir a la Comisión.
- En el Acta Única Europea en 1987, se introdujo por primera vez la noción de salud y seguridad en el trabajo en el Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea.
- Resolución del Consejo de 21 de diciembre de 1987, relativa a la seguridad, la higiene y la salud en el lugar de trabajo, que recoge el propósito de la Comisión de presentar ante el Consejo una directiva relativa a la organización de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo;
- En febrero de 1988, el Parlamento Europeo adoptó cuatro resoluciones en el marco del debate sobre el establecimiento del mercado interior y la protección en el lugar de trabajo; estas resoluciones invitan a la Comisión a elaborar una directiva marco que sirva de base a directivas específicas que cubran todos los riesgos relativos al ámbito de la seguridad y de la salud en el lugar de trabajo.
- En 1989 se publica la Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, sobre el marco jurídico general en el que opera la política de prevención de la Unión Europea. Esta directiva presta especial atención a la prevención y se aplica sin perjuicio de disposiciones comunitarias más rigurosas y específicas como la Directiva 82/605/CEE (sustituida por la Directiva 98/24/CE) sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con una exposición al plomo metálico; la

- Directiva 83/477/CEE (modificada en último lugar por la Directiva 2009/148/CE) sobre el amianto, la Directiva 86/188/CEE (modificada en último lugar por la Directiva 2003/10/CE) sobre el ruido o la Directiva 80/1107/CEE, modificada en último lugar por la Directiva 88/642/CEE sobre los agentes químicos, físicos y biológicos.
- En 1994, se crea la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) con el objetivo de recoger, analizar y divulgar información destinada a los que contribuyen a la seguridad y la salud en el trabajo; trata de que los lugares de trabajo europeos sean más seguros, saludables y productivos y fomenta una cultura de prevención de riesgos para mejorar las condiciones laborales. Cada cinco años elabora un programa estratégico plurianual (actualmente 2014-2020) a partir del que se especifican los programas de trabajo anuales.
 - En 1997, el Tratado de Ámsterdam reforzó la importancia de las cuestiones laborales mediante la introducción del título “Empleo” y el Acuerdo sobre la política social. A partir de este tratado, las directivas en las que se fijan disposiciones mínimas en relación con la salud y la seguridad en el trabajo y las condiciones laborales debían ser aprobadas por el Parlamento Europeo y el Consejo con arreglo al procedimiento de codecisión.
 - La Agenda Social Europea, adoptada en el año 2000, contribuyó al establecimiento de un enfoque más estratégico en materia de salud y seguridad en el trabajo a escala de la Unión.
 - La estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2002-2006 adoptó un enfoque global del bienestar en el lugar de trabajo
 - A partir del año 2007, se elaboró el “Marco Europeo sobre el Acoso y la Violencia en el Trabajo” publicado por la Comisión Europea al Consejo y al Parlamento Europeo.
 - La estrategia comunitaria 2007-2012 se centró en la prevención, su objetivo era conseguir una reducción continua de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales en la Unión.
 - En junio de 2014, la Comisión publicó el Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020, que fue aprobado por el Consejo en marzo de 2015. Este marco tiene por objeto abordar tres retos principales: mejorar y simplificar las normas existentes, reforzar la prevención de las enfermedades relacionadas con el trabajo teniendo en cuenta los nuevos riesgos, y abordar el envejecimiento de la mano de obra.
 - En noviembre de 2017 el pilar europeo de derechos sociales, firmado por el Consejo, la Comisión y el Parlamento Europeo, establece 20 derechos y principios, entre los que se

encuentra el derecho a trabajar en condiciones que respeten la salud de los trabajadores, su seguridad y su dignidad.

Por otro lado, en 2010 se publicaron una serie de directrices de carácter multisectorial tratando de poner solución a la violencia y el acoso de terceros relacionados con el ámbito laboral: “Directrices multisectoriales para solucionar la violencia y el acoso de terceros relacionados con el trabajo”⁽⁷⁾. En ellas se establecían medidas prácticas a adoptar por empleadores, trabajadores y sus representantes sindicales para reducir, prevenir y mitigar problemas con el objetivo de garantizar que en cada lugar de trabajo existiera una política orientada a los resultados que abordara el tema de la violencia ejercida por terceros.

A nivel nacional, la Constitución Española en su artículo 40.2 refleja la potestad que tienen los poderes públicos de ser rectores de la política social y económica, por lo que deben velar por la seguridad e higiene en el trabajo⁽⁸⁾. Este hecho obliga a desarrollar una política de protección de salud a los trabajadores por medio de la prevención de riesgos derivados de su trabajo. La publicación de la ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, viene a materializar dicha política y además traspone la Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, en el marco jurídico general en el que opera la política de prevención de la Unión Europea.⁽⁹⁾

En 2012, el Pleno del Senado aprobó una moción por la que encomendaba al Gobierno Español a establecer los mecanismos de información que reforzasen la figura del profesional sanitario como autoridad en su trabajo y de la necesidad de que los Servicios de Salud de todas las Comunidades Autónomas (CCAA) contasen con una serie de medidas preventivas y disuasorias frente a las agresiones en el ámbito sanitario. Del mismo modo, la moción instaba a la Administración Central en colaboración con las CCAA, Consejos Generales de Colegios Profesionales sanitarios, organizaciones sindicales y las asociaciones de pacientes, a elaborar un estudio a nivel nacional para conocer las dimensiones reales y soluciones óptimas ante esta problemática.

Para su abordaje se elaboraron tres mesas técnicas:

- Mesa técnica I: “Causas, evolución y dimensiones del problema”.
- Mesa técnica II: “Análisis de las medidas adoptadas en las CCAA y su eficacia”
- Mesa técnica III: “Recomendaciones y propuestas de solución”.

Como resultado de las sucesivas reuniones realizadas por este grupo de trabajo, se elaboró un informe en el 2014. Fruto el mismo, se establecieron una serie de medidas a adoptar en el

ámbito estatal, entre las que se encontraba la evaluación periódica de las medidas implantadas por las CCAA para luchar contra las agresiones en el SNS y, para ello, sería necesario, según se acordó en el pleno de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, el 26 de julio de 2017, la creación de un grupo de trabajo que elaborara las bases de un Sistema de información de agresiones a los profesionales del SNS. ⁽¹⁰⁾

La Ley Orgánica 1/2015 de 30 de marzo por la que se modifica la ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal, llevó a cabo una reforma del Código Penal, reflejada en el artículo 550, donde se amplían los funcionarios protegidos como autoridad pública a los sanitarios y docentes, alegando que *“son actos de atentado los cometidos contra funcionarios públicos docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo o con ocasión de ellas”*. Además también habrá que tener en cuenta los artículos relacionados: 551, 553 y 556. ⁽¹¹⁾

Con el fin de responder al incremento de las agresiones al personal del sector sanitario, el Ministerio de Interior a través de la Secretaria de Estado de Seguridad elaboró el 5 de julio de 2017 la *“Instrucción 3/2017 sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la Salud”*. En ella, se establece el Protocolo de actuación común de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para la lucha contra las agresiones en este sector, conocer las situaciones en las que se pueden producir agresiones y establecer acciones para su prevención, así como la creación de la figura del Interlocutor Policial Territorial Sanitario. ⁽¹²⁾

En esa misma instrucción se configuró un catálogo de los centros sanitarios en función del riesgo que presenten ante las agresiones, diferenciándoles entre los que disponen de medidas o medios de seguridad con carácter permanente, de los que las poseen de manera parcial o carecen de los mismos, así como la designación de los interlocutores policiales a nivel nacional y territorial.

La ejecución de la instrucción está siendo llevada a cabo por los interlocutores nacionales (Policía Nacional y Guardia Civil) a través de una red creada de interlocutores provinciales y autonómicos entre ambos cuerpos. Esta red ha realizado numerosas actividades formativas para la prevención y autoprotección ante las agresiones al personal sanitario.

En mayo de 2018, se constituyó el grupo de trabajo acordado en el pleno de la Comisión de Recursos Humanos del SNS para el análisis y estudio de las agresiones a los profesionales del

SNS, con el cometido principal de identificar los datos de mayor relevancia en materia de agresiones, elaborar un sistema de información nacional que permitiese evaluar la situación y adoptar medidas eficaces y eficientes que mitiguen el problema. Ante la inexistencia de un Sistema de Información que recoja los datos de las agresiones producidas en los distintos Servicios de Salud de forma homogénea, el grupo de trabajo elabora un documento consensuado que reúne un conjunto mínimo de datos de agresiones a profesionales del SNS e inicia la recogida con los datos aportados por las CCAA de las agresiones notificadas en 2017 y 2018.

Todas las CCAA se han comprometido a llevar a cabo las adaptaciones necesarias dentro de sus sistemas de información para respetar ese modelo o, en su defecto, establecer las correspondencias oportunas entre los distintos campos para garantizar la remisión de la información que integra el CMD y así conseguir armonizar los datos para poder tratarlos en su conjunto.

De manera simultánea, este grupo de trabajo está impulsando la coordinación con los interlocutores del Ministerio del Interior a todos los niveles territoriales.

Además de las medidas adoptadas a nivel nacional, en el ámbito autonómico también se han establecido una serie de medidas para dotar de protección y seguridad a los profesionales del SNS en cada uno de sus territorios. (Anexo II)

➤ JUSTIFICACIÓN

Este informe técnico es fruto del acuerdo del Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del SNS del 26 de Junio de 2017, a petición del Pleno del Senado en 2012, de crear un grupo de trabajo que elaborara las bases para la recopilación de datos de las agresiones a los profesionales del SNS con el fin de dar respuesta a la falta de información actual sobre tales agresiones.

El análisis de la situación pretende obtener una perspectiva global sobre las agresiones en el ámbito sanitario, evaluar los resultados obtenidos y las medidas implantadas en materia de prevención y actuación frente a las agresiones.

Teniendo en cuenta la escasa información homogénea sobre la situación actual de las agresiones a los profesionales en el ámbito sanitario a nivel nacional, se considera que este informe técnico puede poner en relieve la necesidad de establecer una estrecha colaboración y cooperación entre todas las partes implicadas, para lograr conseguir el fin último de “tolerancia 0” frente a las agresiones a los profesionales del SNS.

➤ OBJETIVOS

- Describir el alcance y características de las agresiones notificadas en el ámbito sanitario a nivel nacional, utilizando los datos aportados por las Comunidades Autónomas.
- Realizar recomendaciones para prevenir y actuar frente a las agresiones.
- Identificar mejoras necesarias en el sistema de información que permitan recoger datos de mayor calidad.

2. METODOLOGÍA

El informe ha sido elaborado a partir de los datos aportados por las CCAA de las agresiones notificadas durante 2017 y 2018. Cada Comunidad Autónoma ha proporcionado su información en base a un documento común para la recogida de datos, denominado “Conjunto Mínimo de Datos (CMD)” acordado en el seno del grupo de trabajo creado en el 2018.

El modelo de la base de datos consensuado para el CMD (Anexo I) se estructura en cuatro categorías principales, con sus respectivas variables:

- Identificación de la persona agredida: sexo, edad, nivel asistencial y categoría profesional.
- Tipo de Agresión: agresión física, no física y lugar de la agresión.
- Causas alegadas de la agresión
- Perfil de la persona agresora: usuario/paciente, familiar/acompañante, sexo, reincidencia.

El análisis se realizó mediante la herramienta Excel®, por la que se pudo establecer una distribución de frecuencias y calcular el total de las agresiones del periodo establecido.

A pesar de haber consensuado un CMD entre todas CCAA (Anexo I), y debe tenerse en cuenta que la recogida de datos es de implantación reciente y de carácter voluntario. La cumplimentación de las variables consensuadas no ha sido homogénea, debido a la difícil adaptación de los sistemas informáticos autonómicos previamente existentes y su carácter voluntario de su cumplimentación. Por este motivo las cifras presentadas se deben interpretar con la debida precaución.

Las causas alegadas de la agresión recogidas en el CMD presentan algunas limitaciones para la clasificación e interpretación del dato, puesto que no se tratan de categorías excluyentes.

3. RESULTADOS

Todas las CCAA aportaron los datos de notificaciones de agresiones correspondientes a los años 2017 y 2018 utilizando el modelo consensuado del CMD, excepto Extremadura que solo aportó los datos del 2018, puesto que no disponía de un sistema de recogida de información sobre las agresiones del año 2017, hasta la publicación del Decreto 19/2018 de 6 de febrero.

En 2017 se registraron un total de 8.326 notificaciones de agresiones, lo que supone una tasa global de 15,39 agresiones por cada 1.000 profesionales del SNS. En 2018 se registraron un total de 9.506 notificaciones de agresiones, lo que supone una tasa de 17,17 agresiones por cada 1.000 profesionales del SNS, en el conjunto de todas las CCAA.

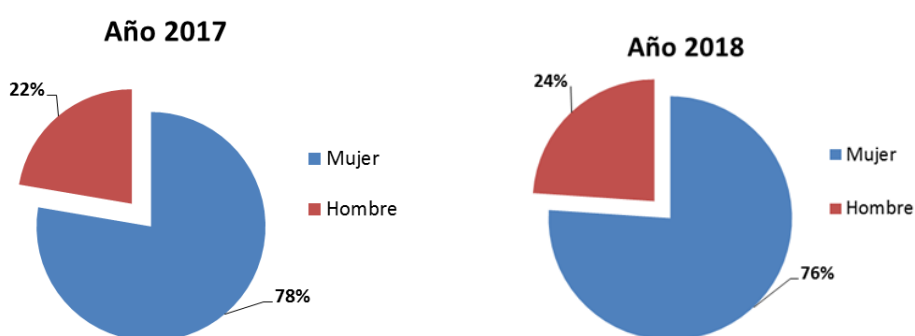
Las medidas adoptadas por las Comunidades Autónomas para actuar frente a estas agresiones vienen recogidas en el Anexo II.

En el Anexo III se adjuntan los datos aportados por las CCAA según la estructura del CMD.

Los principales resultados se muestran a continuación:

3.1. Sexo de la persona agredida

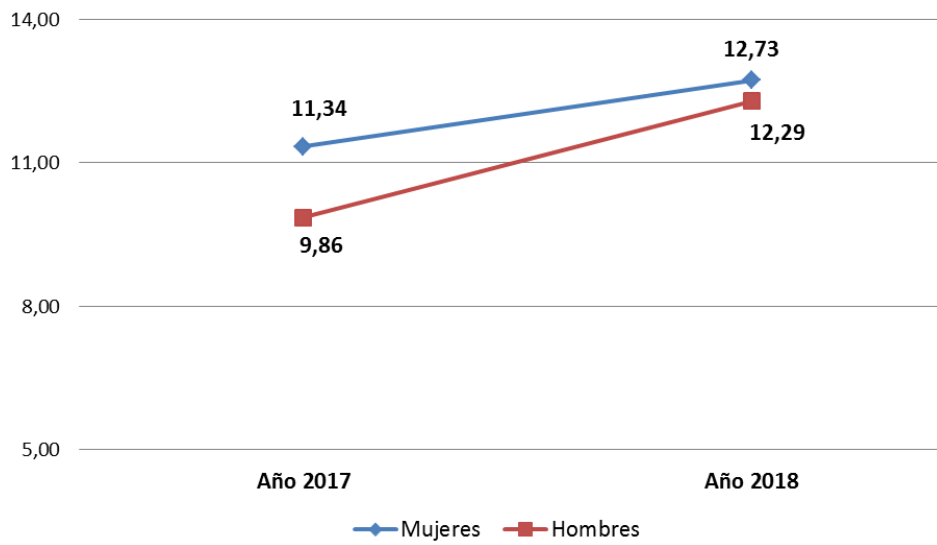
Gráfico 1: Distribución de las notificaciones de agresiones a profesionales sanitarios según sexo de la persona agredida



Fuente: Ministerio de Sanidad.

En tres de cada cuatro (76-78 %) notificaciones de agresión en el ámbito sanitario, la persona agredida es una mujer. Comparando ambos años, se puede observar un leve incremento porcentual de las notificaciones de agresiones realizadas hacia los hombres en el año 2018.

Gráfico 2: Tasa* de notificaciones de agresiones por sexo



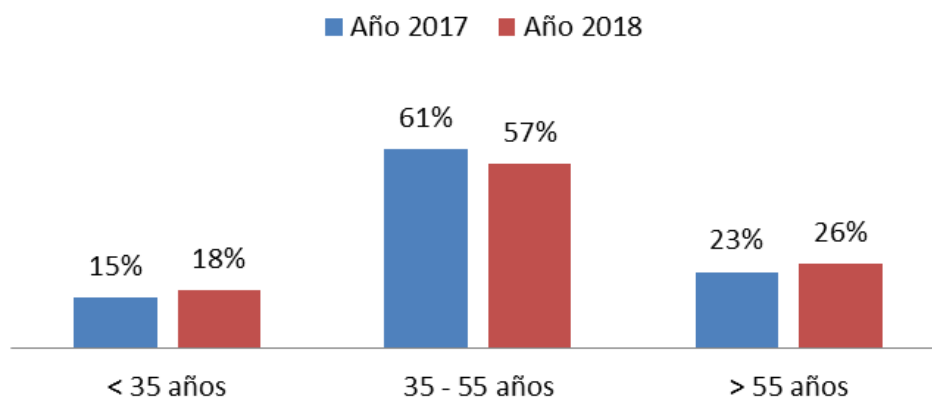
Fuente: Ministerio de Sanidad.

*Tasa por mil profesionales del SNS

Ajustando los datos mediante tasas por cada mil profesionales del SNS, se mantiene una tasa superior en mujeres 2017 con una tendencia a igualarse en 2018.

3.2. Edad de la persona agredida

Gráfico 3: Distribución de las notificaciones de agresiones por grupo de edad de la persona agredida



Fuente: Ministerio de Sanidad.

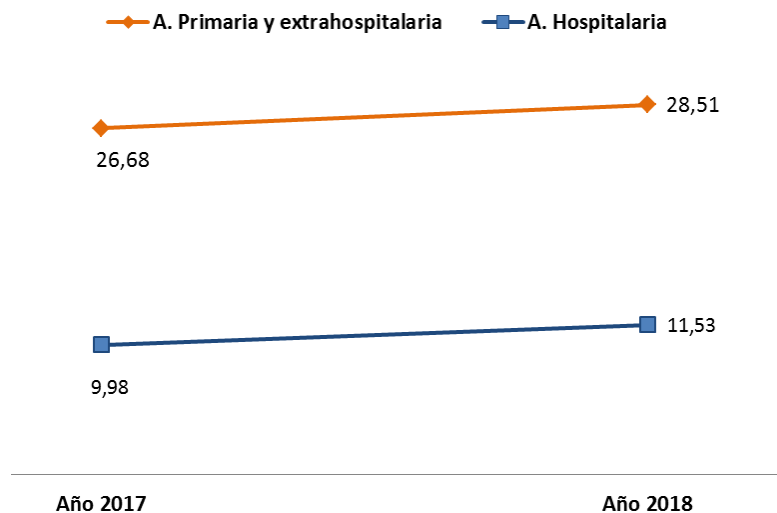
Se puede observar que la mayoría de los profesionales que notifican una agresión tanto en 2017 como en 2018, se encuentran entre los 35 y los 55 años de edad, con un leve incremento porcentual (3%), tanto en los menores de 35 años como en los mayores de 55 años, en 2018.

3.3. Nivel asistencial

El número de notificaciones de las agresiones se reparten casi al 50% entre los niveles asistenciales de atención primaria y hospitalaria. Sin embargo, si ajustamos las tasas teniendo en cuenta el número de profesionales que trabaja en cada nivel asistencial, las tasas de notificación de agresiones en Atención Primaria son entre 2,47- 2,67 veces superiores a las tasas de agresiones en la atención hospitalaria.

En la gráfica que se muestra a continuación, se puede observar que en 2017 se notificaron 26,68 agresiones por cada 1000 profesionales de Atención Primaria frente las 9,98 agresiones producidas por mil profesionales en Atención Hospitalaria, y en el año 2018 se notificaron 28,51 agresiones por cada 1000 profesionales en Atención primaria, frente a la tasa de 11,53 agresiones por cada 1000 profesionales en Atención Hospitalaria.

Gráfico 4: Tasa* de notificaciones de agresiones por nivel asistencial

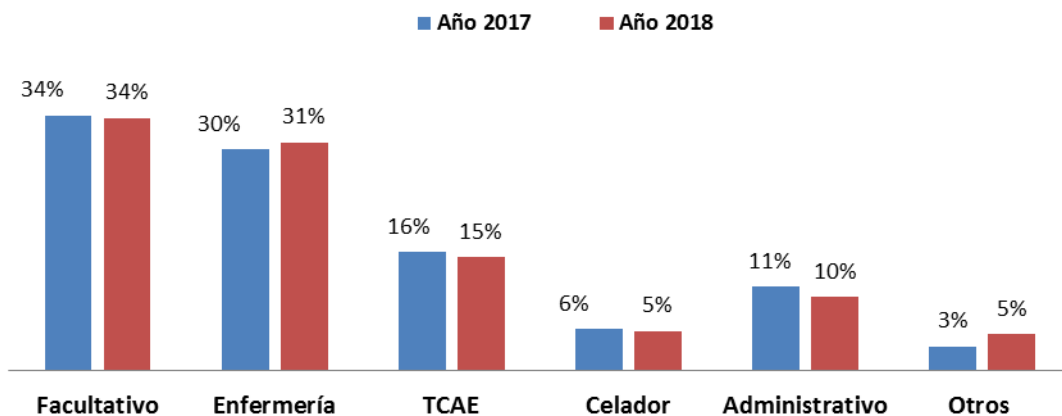


Fuente: Ministerio de Sanidad.

*Tasa por mil profesionales del SNS

3.4. Categoría profesional

Gráfico 5: Distribución de notificaciones de agresiones según Categoría profesional

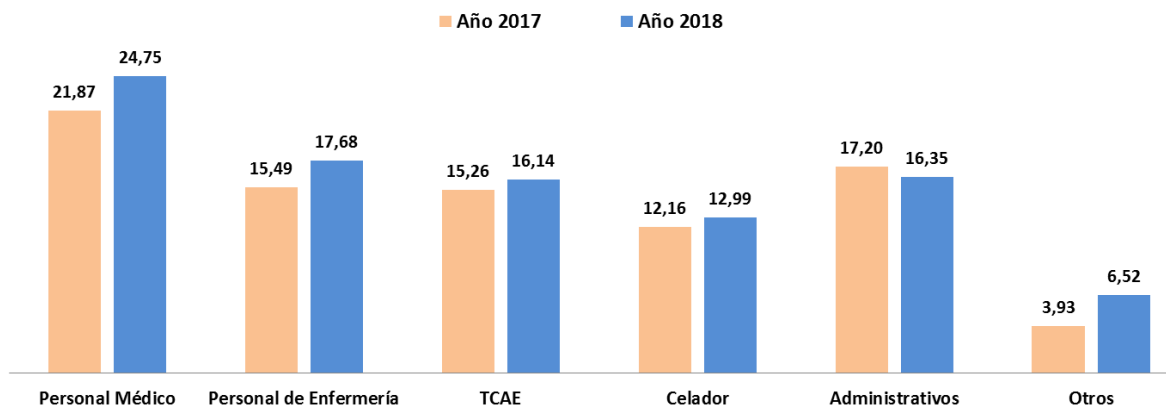


Fuente: Ministerio de Sanidad.

TCAE: Técnico medio sanitario cuidados auxiliares de enfermería

Respecto a la categoría a la que pertenecen los profesionales que notifican la agresión, no se observan diferencias entre ambos años, siendo el personal médico facultativo y el de enfermería los que notifican más agresiones porcentualmente (65% aproximadamente entre ambos).

Gráfico 6: Tasa* de notificación de agresiones por Categoría Profesional



Fuente: Ministerio de Sanidad.

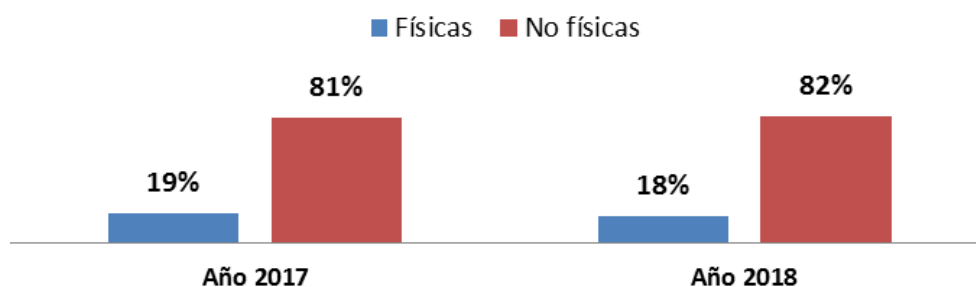
*Tasa por mil profesionales del SNS

TCAE: Técnico medio sanitario cuidados auxiliares de enfermería

Al ajustamos las tasas de notificación de las agresiones por categoría profesional se puede observar tasas semejantes al personal de enfermería, en otras categorías profesionales los TCAE, celadores o personal administrativo.

3.5. Tipo de agresión

Gráfico 7: Distribución de las notificaciones de las agresiones según Tipo de agresión



Fuente: Ministerio de Sanidad.

La mayoría de las agresiones notificadas no son físicas, sino de tipo verbal (como amenazas o insultos), contra el profesional. Sin embargo, existe un alto porcentaje de agresiones físicas notificadas, en su mayoría acompañadas de agresiones verbales. Con los datos recogidos, se puede estimar que existe una agresión física por cada 4,3 agresiones no físicas en 2017 y una agresión física por cada 4,4 agresiones no físicas en 2018.

3.6. Lugar de la agresión

Gráfico 8: Distribución de las notificaciones de las agresiones según Lugar de la agresión

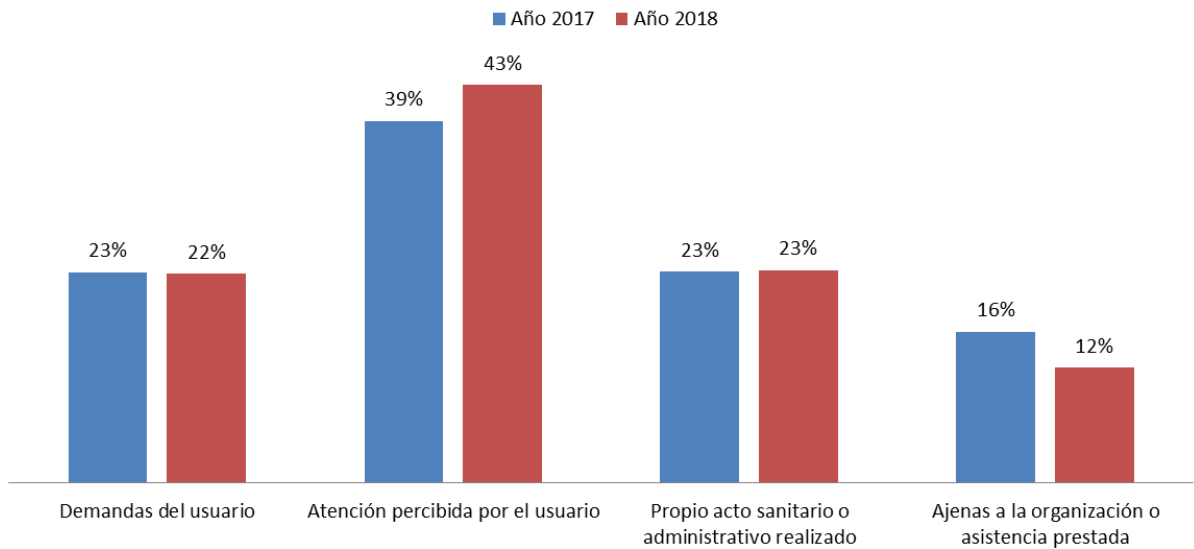


Fuente: Ministerio de Sanidad.

Como puede observarse, la mayoría de las agresiones notificadas en ambos años han tenido lugar en diferentes ámbitos de las propias instituciones sanitarias, siendo mayoritarias en las consultas, seguido por la hospitalización, las urgencias y los puntos de admisión/información.

3.7. Causas alegadas de la agresión

Gráfico 9: Distribución de las notificaciones de las agresiones según las Causas alegadas de la agresión

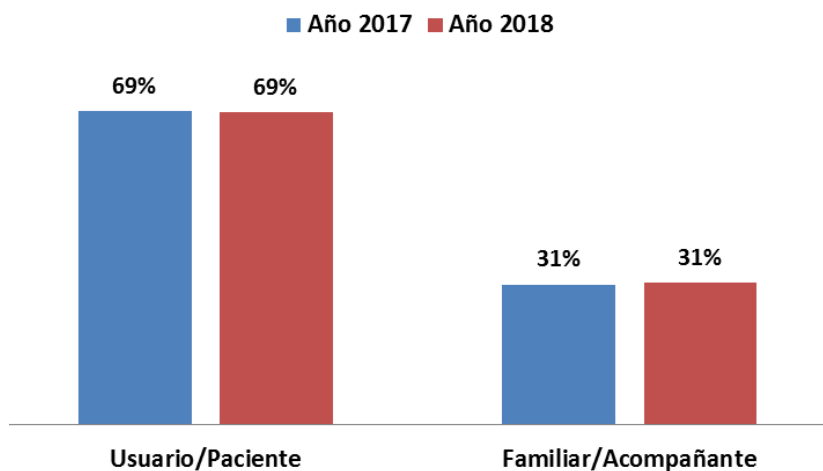


Fuente: Ministerio de Sanidad.

En ambos años las causas alegadas de las agresiones notificadas son similares. La primera causa de agresión notificada es la percepción del paciente respecto a la atención recibida, seguida de las demandas injustificadas del usuario (bajas laborales o prescripciones) o, las que se derivan del acto sanitario o administrativo realizado.

3.8. Perfil de la persona agresora

Gráfico 10: Distribución de las notificaciones de las agresiones según el Perfil de la persona agresora



Fuente: Ministerio de Sanidad.

El perfil de la persona agresora en un 69% es el propio usuario o paciente, un 31% de los agresores son familiares o acompañantes.

4. DISCUSIÓN

Los resultados de este Informe, suponen un punto de partida para dar una mayor visibilidad al problema de las agresiones a los profesionales del SNS, y buscar medidas de prevención.

Aunque solo se dispone de dos años (2017-2018) en los que se ha empleado la misma metodología de recogida de datos (CMD), el ligero aumento de las notificaciones de las agresiones podría deberse a varias causas:

- 1- Mayor concienciación del problema por parte de los profesionales del ámbito sanitario, junto a una mayor receptividad y respaldo por parte de Administración Central y Autonómica, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y las Organizaciones Colegiales, por la que se atreven a denunciar o poner en conocimiento las agresiones que antes pasaban desapercibidas.
- 2- Las sucesivas modificaciones y actualizaciones realizadas en los sistemas informáticos de cada Comunidad, que han logrado recoger de forma más exhaustiva los datos solicitados, así como una mayor colaboración y coordinación entre las instituciones sanitarias de cada región para la transferencia de la información desde los diferentes niveles asistenciales a los responsables de cada CCAA cuando ésta se ha solicitado.
- 3- Incremento real de agresiones, pese a los esfuerzos en la colaboración, coordinación y actuación entre las CCAA, Ministerio de Sanidad, Ministerio de Interior y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Los resultados de este Informe muestran que las profesionales que notifican las agresiones son en su mayoría mujeres (76-78%) según los datos aportados por las CCAA. Una posible explicación podría deberse a que el proceso de feminización de la sanidad es un hecho que se ha ido consolidando a lo largo de los últimos años. Según el libro *“La feminización de las profesiones sanitarias”* publicado en 2010 por la Fundación BBVA ⁽¹³⁾, con los datos estadísticos de la EPA del año 2005, el 75% de las profesionales del sector sanitario son mujeres, lo que podría contribuir a explicar el elevado porcentaje de agresiones que sufren. Del mismo modo, en el informe de *“Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030”* el 55,5% del personal médico activo en el sistema sanitario público son mujeres ⁽¹⁴⁾.

Con los datos proporcionados por las CCAA sobre la plantilla real de efectivos del SNS, se ha podido constatar que del total de profesionales, el 75,4% son mujeres y el 24,6% hombres.

Aunque el volumen de notificaciones es muy superior en mujeres en relación a la plantilla las tasas indican que en 2018 casi se igualan en ambos sexos.

Por otro lado, las CCAA han desarrollado una serie de medidas de carácter autonómico como planes, directrices o protocolos de actuación; junto con la adopción de varios convenios o acuerdos de colaboración con organizaciones profesionales, para proporcionar una mayor protección y seguridad jurídica a los profesionales sanitarios. En el anexo II se resume en una tabla las medidas adoptadas por cada CCAA.

Respecto a las notificaciones de agresiones por nivel asistencial, a pesar de que en números absolutos se encuentren repartidas casi al 50% entre atención primaria y hospitalaria, al calcular las tasas ajustadas por nivel asistencial se puede comprobar que son entre 2,47-2,67 veces más frecuentes en atención primaria.

Dos de cada tres agresiones notificadas se concentran entre los profesionales de la medicina y de la enfermería, correspondiendo al mayor activo del sistema sanitario según los datos presentados en los informes anuales del Sistema Nacional de Salud de 2017 y 2018 ⁽¹⁵⁾. Aunque otros profesionales del SNS (TCAE, celadores, o administrativos), presentan tasas similares al personal de enfermería.

El lugar donde se producen la mayoría de las agresiones que han sido notificadas son las consultas. Aunque el porcentaje de las agresiones en la vía pública o domiciliaria presenta una incidencia menor, en números absolutos suponen entre 256 agresiones en 2017 y 300 en 2018, lo que muestra una información relevante que pone de manifiesto la necesidad de que se refuerce la protección de estos profesionales, ya no solo en la propia institución sanitaria, si no también en la atención domiciliaria o en el propio trayecto del trabajo al domicilio del paciente o viceversa.

Existen otras fuentes de información sobre agresiones en el ámbito sanitario, como las aportadas por el Ministerio del Interior (recoge las agresiones denunciadas) o la Organización Médica Colegial (que recoge únicamente las agresiones notificadas en los colegios de médicos provinciales). En este Informe se ha utilizado como fuente de información, los datos remitidos por las propias CCAA, que incluyen todas las notificaciones sobre agresiones, exista o no denuncia, y recogen las notificaciones de las agresiones de todas las categorías profesionales en el ámbito sanitario público.

5. CONCLUSIONES

- *Las agresiones a los profesionales del SNS son una realidad y un problema de gran relevancia que afecta no solo a la integridad física y bienestar de las personas, sino que fomenta una disminución de la calidad y la cohesión del Sistema Sanitario en España.*

- *Los principales resultados de este Informe muestran:*
 - *El perfil del profesional agredido en su mayoría es mujer, entre los 35 y los 55 años, personal médico o de enfermería*
 - *Una de cada tres agresiones notificadas ocurren en la consulta.*
 - *Las tasas de notificación de agresiones en Atención Primaria son entre 2,5 -2,7 veces superiores a las tasas de agresiones en Atención Hospitalaria.*
 - *La mayoría son agresiones verbales y amenazas y se notifica una agresión física por cada 4,3-4,4 agresiones no físicas.*
 - *La causa alegada más frecuente de agresión es el trato recibido.*
 - *La persona agresora en dos de cada tres casos es el/la paciente, un 60% son hombres y en un 11% de los casos son reincidentes.*

- *Este Informe es el punto de partida para poder conocer mejor la situación actual del problema gracias al consenso de todas las CCAA en la metodología empleada para la recopilación de datos por medio del CMD de agresiones en el ámbito sanitario. Es necesario seguir avanzando en la calidad y homogeneidad de la información para poder afrontar mejor el problema, reducirlo y eliminarlo.*

- *Los resultados obtenidos solo marcan el inicio, para abordar el problema es preciso continuar trabajando en las medidas y actuaciones de prevención con el fin de evitar, o reducir las agresiones en el ámbito sanitario, a través de la colaboración de todas las Administraciones Públicas con competencias en sanidad y seguridad: Ministerio de Sanidad, Ministerio de Interior, Fuerzas y Cuerpos de seguridad del Estado y los Consejerías de Sanidad Autonómicas, además de organizaciones y colegios profesionales que representan y respaldan a este mismo sector.*

- *Próximos estudios se complementarán con otras fuentes de información. Igualmente con el objetivo de dimensionar mejor el alcance de este problema en España, deberían compararse con otros países y profesiones.*

6. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos se recomienda continuar trabajando en varias áreas y sus respectivos ámbitos de forma integrada y contando con la participación de todas las instituciones implicadas:

❖ Área de Promoción y Prevención

- Identificar los centros, áreas y puestos de trabajo con una mayor exposición a las agresiones, así como fortalecer y consolidar las condiciones de seguridad.
- Impulsar todas las acciones y prácticas que persigan el establecimiento de una cultura preventiva, o medidas de protección, con el fin de evitar los posibles casos de agresiones en este ámbito.
- Implantar aplicaciones al alcance de toda la ciudadanía y especialmente para los profesionales del SNS, con sistemas de alerta en las zonas que se identifican como más conflictivas.
- Organizar y proporcionar formación e información específica a los profesionales del ámbito sanitario, guías de recomendaciones para prevenir o actuar antes estas situaciones, jornadas educativas y campañas preventivas con el fin de seguir concienciando, educando y sensibilizando tanto a los profesionales de este ámbito como a la población general con el objetivo de evitar, en la medida de lo posible, este tipo de agresiones.
- Mejorar las acciones del Interlocutor Policial Sanitario, figura de enlace con despliegue territorial nacional, creada por la Instrucción 3/2017 de la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior, cuya finalidad es asesorar a los profesionales del SNS para prevenir las agresiones, así como proporcionar formación para su autoprotección.

❖ Área de Gestión de la Información

- Potenciar un sistema de información de agresiones veraz, con información de calidad, de cobertura nacional, con una metodología homogénea que se encargue de recopilar, analizar y actualizar datos oficiales de las agresiones que se producen en el ámbito sanitario, para evitar la desinformación que se genera con datos de distintas fuentes.

- Monitorizar la eficacia de las medidas adoptadas en la promoción, prevención, respuesta y apoyo, así como establecer nuevas estrategias que incrementen la eficacia de las mismas.
- Tener en consideración aquellas agresiones que se puedan ocasionar de forma no intencionada, hacia los profesionales del ámbito sanitario.

❖ Área de apoyo y respuesta

- Adoptar y ejecutar un protocolo de actuación común coordinado y consensuado con todos los agentes implicados, incluidas las Fuerzas de Seguridad del Estado, como otra de las medidas a destacar que sienta las bases para actuar y prevenir este tipo de situaciones.
- Mostrar y dar apoyo a los profesionales del SNS que hayan sufrido agresiones, no solo en el ámbito laboral, sino también en el personal (vida privada, trayecto de trabajo a casa y viceversa), con el asesoramiento, rehabilitación y atención psicológica que se estime oportuno.
- Proporcionar el respaldo jurídico a los profesionales agredidos a través de las administraciones públicas, además de contar con el apoyo de las organizaciones de los colegios profesionales y servicios jurídicos para concienciar y animar a que denuncien, así como continuar en procedimientos de denuncia in situ, en el propio centro médico, para evitar el desplazamiento a comisaría del personal sanitario y fomentar el propio acto de denuncia.
- Mejorar la aplicación telefónica “ALERTCOPS”, en la actualidad disponible para todo ciudadano con intención de comunicar cualquier suceso a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, implantándole un botón de pánico como medida alternativa específica ante las agresiones a los profesionales del ámbito sanitario para dar mayor seguridad y apoyo en la reacción.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/?id=19W3MaW>.
2. Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008502/lang--es/index.htm.
3. Organización Internacional del Trabajo/Consejo General de Enfermeras/Organización Mundial de la Salud/Internacional de Servicios. *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra : s.n., 2002. ISBN: 92 2 313446 3.
4. Agresiones a Médicos en España 2010-2015. Organización Médica Colegial de España. https://www.cgcom.es/sites/default/files/articulo_agresiones/index.html.
5. Duncan Chappel, Vittorio Di Martino. Oficina Internacional del Trabajo. *Violence at work*. Ginebra : s.n., 1998. ISBN 92-2-110335-8..
6. Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Génova : s.n., 2002. ISBN 92 4 154562 3.
7. *Directrices multisectoriales para solucionar la violencia y el acoso de terceros relacionados con el trabajo*. 2010. FSESP, UNI-Europa, CSEE, HOSPEEM, CMRE, EFEE, EuroCommerce, CoESS. Disponible en http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/es_final_multi_sectoral_guidelines.pdf.
- 8.. *Constitución Española, Capítulo III*. 1978. Boletín Oficial del Estado
9. *Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, Texto consolidado, Última actualización publicada el 29/12/2014*. 2014. BOE-A-1995-24292. .
10. Comisión e Recursos Humanos del SNS (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). *Grupo de trabajo de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud*. 2014.
11. *Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. 2015. BOE
12. Secretaría de Estado e Seguridad. Ministerio de Interior. *Instrucción 3/2017 de la Secretaría de Estado de Seguridad sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud* . 2017.
13. Albert López-Ibor R [et al.] edición: Pablo Vázquez. Vega *La feminización de las profesiones sanitarias*. Bilbao : Fundación BBVA, 2010. ISBN: 978-84-96515-88-8.
14. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social *Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030*. Barber Pérez P, González López-Varcárcel B., 2018.
15. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social . Sanidad en Datos. <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>.

8. ANEXOS

➤ Anexo I: Conjunto Mínimo de Datos y glosario de términos

CUADRO DE NOTIFICACIONES DE AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SNS y GLOSARIO

1. IDENTIFICACION DE LA PERSONA AGREDIDA	1.1 Sexo	1.1.1 Mujer	
		1.1.2 Hombre	
	1.2 Edad	1.2.1 < 35 años	
		1.2.2 35 – 55 años	
		1.2.3 > 55 años	
	1.3 Nivel asistencial	1.3.1 Atención Hospitalaria	
		1.3.2 Atención Primaria y extrahospitalaria	
	1.4 Categoría Profesional	1.4.1 Facultativo	
		1.4.2 Enfermería	
		1.4.3 TCAE	
		1.4.4 Celador	
		1.4.5 Administrativo	
1.4.6 Otros			

1.3 Nivel asistencial:

1.3.1 Atención hospitalaria: en este apartado se incluye hospitales, centros de especialidades y salud mental.

1.3.2 Atención primaria y extrahospitalaria: incluye centros de salud, ambulatorios, urgencias no hospitalarias, asistencia domiciliaria, y emergencias (transporte sanitario, UVI móvil).

1.4 Categoría profesional: En aras de la simplicidad se han determinado 6 campos que agrupan a varias categorías profesionales de personal estatutario, para indicar las categorías que se integran en cada campo, se ha tenido de referencia el *RD 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catalogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización (BOE nº 83 de 7 de abril)*:

1.4.1 Facultativo. Personal licenciado sanitario, A1, todas sus categorías.

1.4.2 Enfermería. Personal diplomado Sanitario. A2, únicamente las categorías de Enfermero/a, y Enfermero/a especialista.

1.4.3 TCAE. Personal técnico sanitario. C2, categoría de Técnico medio sanitario cuidados auxiliares de enfermería.

1.4.4 Celador. Personal de gestión y servicios, E, categoría Celador.

1.4.5 Administrativo. Personal de gestión y servicios, C1, C2, categorías de administrativo y auxiliar administrativo.

1.4.6 Otros. Las demás categorías que no están comprendidas en los anteriores campos, que a título de ejemplo, van desde fisioterapeuta, técnico superior de laboratorio de diagnóstico clínico, biólogo, trabajador social, a limpiadora. En este punto 1.4.6 se aconseja señalar en un apartado de texto libre las categorías que han sido objeto de agresión y que están en este apartado genérico "Otros".

2. LA AGRESIÓN	2.1 Agresiones físicas		
	2.2 Agresiones no físicas		
	2.3 Lugar de la agresión	2.3.1 Consultas	
		2.3.2 Domicilio / vía publica	

		2.3.3 Urgencias	
		2.3.4 Salud mental / Ud. Psiquiatría	
		2.3.5 Hospitalización	
		2.3.6 Admisión/ P de información	

Definición de agresión:

Violencia verbal, física o gestual ejercida intencionadamente por pacientes o acompañantes contra un profesional del ámbito sanitario, sufrida en el ejercicio de sus funciones o como consecuencia de estas.

2.1 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 este y pueden o no producir un daño físico o lesión.

Por lo tanto, comportan contacto físico, pudiendo o no, dar lugar a lesiones y estas a baja laboral. Se incluirán en este apartado los daños patrimoniales, por considerar que se trata de una represalia contra el profesional a través de la violencia física ejercida contra los bienes de su propiedad, siempre que tengan relación con el trabajo o se produzcan como consecuencia del servicio prestado.

2.2 Agresiones no físicas: son aquellas que no conllevan contacto físico. Se corresponden con insultos, vejaciones, amenazas, coacciones, intento de agresión, amenaza con presencia de armas.

- Grado 1: insultos y vejaciones.
- Grado 2: amenazas, coacciones, intento de agresión, acoso por razón de sexo.

2.3 Violencia patrimonial. La violencia ejercida en los bienes materiales o enseres. Esta violencia tiene un importante poder intimidatorio, por esta razón se ha incluido como un tipo más de agresión que se infringe a profesionales y que cuando se da suele venir acompañada de otros tipos de agresiones.

Aclaraciones sobre lo que puede considerarse “agresión”:

- Se consideraran como agresión aquellas sufridas fuera del ámbito sanitario o fuera del horario laboral siempre que exista un nexo causal con el ejercicio profesional.
- Los casos de robo o hurto de efectos personales en el puesto de trabajo solo serán considerados como agresión física siempre que pueda atribuírsele el carácter de represalia contra el profesional por su actuación como tal.
- Las agresiones vertidas a través de redes sociales serán consideradas como agresiones verbales siempre que contengan insultos, vejaciones o descalificaciones graves o tengan por objeto desacreditar públicamente la profesionalidad de un trabajador del ámbito sanitario.
- La mera utilización por parte de los usuarios de las hojas de reclamaciones contra los profesionales no será considerada como agresión, salvo que la misma contenga descalificaciones graves que puedan ser incardinadas en alguno de los supuestos contemplados anteriormente.
- Tampoco debería considerarse como agresión los hechos que se comuniquen por el profesional como resultado y con posterioridad a la presentación por el usuario de una queja por su actuación.
- Falta de respeto: para que una falta de respeto por parte de un usuario hacia el profesional pueda ser considerada agresión debe existir intencionalidad y revestir cierta gravedad. Podrían incluirse como agresiones situaciones tales como gritos, exigencias en tono elevado o apremiante, ...
- Se incluyen todas las agresiones con independencia del perfil del agresor (psiquiátricos, bajo efecto de las drogas o alcohol, etc.)

A modo de relación no exhaustiva, se incluirán como agresiones los siguientes comportamientos:

- Agresión física, amenazas, coacciones, injurias, calumnias, insultos, vejaciones, represalias, intimidación verbal o gestual, violencia contra el patrimonio del profesional, faltas de respeto intencionadas y de cierta gravedad.

3. CAUSAS ALEGADAS DE LA AGRESION*	3.1 Relacionadas con las demandas del usuario		
	3.2 Relacionadas con la atención percibida por el usuario		
	3.3 Relacionadas con el propio acto sanitario o administrativo realizado		
	3.4 Causas ajenas a la organización (o a la asistencia prestada)		
4. PERFIL DEL AGRESOR	4.1 Usuario / Paciente		
	4.2 Familiar / Acompañante		
	4.3 Sexo	4.3.1 Mujer	
		4.3.2 Hombre	
	4.4 Reincidente		

*** LAS CAUSAS DE LA AGRESION**

Las causas se agruparon en cuatro grandes grupos (campos que se incluyen en el registro) a continuación y a modo de guía, se señalan las conductas en subgrupos que pertenecen a cada grupo principal que figura en el CMD:

- a) Causas relacionadas con las demandas del usuario
 - Demanda de atención
 - sin cita o fuera de cita
 - de atención inmediata
 - sin documentación requerida
 - Demanda de prestaciones debidas
 - De prueba complementaria o medicación
 - De derivación a especialista
 - De baja laboral no procedente
- b) Causas relacionadas con la atención percibida por el usuario
 - Desacuerdo con tiempos de espera
 - Desacuerdo por falta de información o trámites burocráticos
 - Desacuerdo con el trato recibido
 - Desacuerdo con las normas del centro
- c) Causas relacionadas con el propio acto sanitario o administrativo realizado
 - Errores de citaciones
 - Errores en la asistencia
 - Contención de pacientes agitados
- d) Causas ajenas a la organización (o a la asistencia prestada)
 - Discusión entre usuarios
 - Estado o condición del propio usuario

4.4. Reincidente. Persona que reitera actos violentos en el área asistencial y del cual se tienen registro de esa conducta.

➤ **Anexo II: Medidas adoptadas por las CCAA**

CCAA	
Andalucía	<p>-Plan de Prevención y atención a agresiones para los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía desde el año 2005. Cabe destacar que fue la primera CCAA que estableció una medida de este estilo en toda España.</p> <p>-Registro informatizado de agresiones (RIAC) en 2005, sistema actualizado en 2014 al cual se incorporaron nuevos campos.</p> <p>-Instrucción nº 1/2018, de la viceconsejería de salud, sobre coordinación entre la consejería de salud, las delegaciones territoriales competentes en materia de salud y el sistema sanitario público de Andalucía frente a agresiones a profesionales de la salud en relación con la instrucción 3/2017, de la secretaría de estado de seguridad.</p>
Aragón	<p>-Ley 9/2013 de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y Servicios Sociales Públicos de Aragón. (Con ella los profesionales sanitarios son considerados autoridad pública).</p> <p>-Orden de 21 de Octubre de 2014, del Departamento de Hacienda y Administración Pública, por la que se publica el Protocolo de actuación ante la violencia externa en el lugar de trabajo del personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.</p> <p>-Anteproyecto de Ley de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema de Salud en Aragón, por el que se contemplan los deberes de los usuarios y el régimen sancionador por infracciones (pendiente de aprobación en las Cortes)</p>
Asturias	<p>-Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios del año 2007.</p> <p>-Estrategia para la mejora de la confianza y seguridad de las personas que trabajan en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA 2018). → Aún no ha entrado en vigor (a fecha Julio 2019)</p>
Baleares	<p>-Plan de Prevención de la violencia en los centros sanitarios desde el año 2006</p>
Canarias	<p>-Plan de prevención de las agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de la Salud.</p> <p>-Instrucción 8/16 del Director del Servicio Canario de la Salud, por la que se establecen los criterios de inclusión y el procedimiento a seguir en materia de agresiones al personal del Servicio Canario de la Salud derivado del convenio de colaboración suscrito entre el Servicio Canario de Salud y el Consejo Canario de Colegios de Abogados.</p> <p>-Instrucción 4/19 del Director del Servicio Canario de Salud, por la que se establece y regula el modelo de parte de lesiones para la comunicación al juzgado de la asistencia sanitaria por lesiones que pudieran ser constitutivas de falta o delito.</p>
Cantabria	<p>-Instrucción del Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud sobre el procedimiento a seguir por los trabajadores de dicho Servicio cuando sufrían agresiones físicas o amenazas graves por parte de los usuarios o sus acompañantes, del año 2004.</p> <p>-Plan de prevención y atención ante incidentes violentos en el ámbito sanitario público de Cantabria, del año 2014. (contemplan protocolos y normas para la prevención de la violencia externa (agresiones) e interna (acoso, conflictos)</p>
Castilla-La Mancha	<p>-Orden de 7 de marzo de 2006, de la Consejería de Sanidad, de creación del fichero automatizado de datos de carácter personal del Registro para la Evaluación de Conflictos (REC).</p>

	<p>-Circular 1/2007 del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, de Instrucciones sobre el procedimiento de actuación ante situaciones de violencia. Plan PERSEO (Plan Director de seguridad corporativa y protección del patrimonio del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) que es complementado por CATALEJO para reforzar las medidas de seguridad de los centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.</p> <p>-Circular 4/2007 del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha de Instrucciones sobre planes de autoprotección.</p> <p>-Ley 5/2010. De 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha (DOCM 09/07/2010) Título V: Régimen sancionador.</p> <p>- Circular 1/2017 - Asistencia jurídica a trabajadores del Sescam.</p> <p>-Resolución de 27/12/2018, de la Secretaría General, por la que se da publicidad al procedimiento de prevención, detección y actuación frente a situaciones de conflicto entre trabajadores del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam). (DOCM 06/02/2019)</p> <p>-Resolución de 06/11/2018, de la Dirección-Gerencia, por la que se crea y se regula el Observatorio de la Violencia para la prevención de agresiones al personal del Sescam (DOCM 27/11/2018)</p> <p>-Resolución 22/03/2019, de la Secretaría General, por la que se da publicidad al procedimiento de prevención, detección y actuación frente a situaciones de acoso entre trabajadores del Sescam (DOCM 30/05/2019)</p> <p>-Procedimiento de prevención, detección y actuación frente a situaciones de conflicto entre trabajadores y usuarios del Sescam. (documento en revisión/elaboración)</p>
Castilla y León	<p>-Seguro de asesoramiento y defensa jurídica para los profesionales desde 2005.</p> <p>-Plan integral frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, del año 2008, aprobado mediante pacto con las organizaciones sindicales.</p> <p>-Observatorio de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, creado por el real Decreto 48/2009, modificado por Decreto 52/2014.</p> <p>-Ley 11/2013, que modifica la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León por la que se declara a los profesionales de los centros sanitarios como autoridad pública.</p> <p>-Aprobación del Procedimiento de prevención y gestión de las agresiones externas en los centros e instituciones sanitarias de la gerencia regional de salud, en el año 2018.</p> <p>-Expedientes administrativos sancionadores a los agresores.</p> <p>-Campañas de sensibilización en medios de comunicación y centros sanitarios en los años 2009, 2010, 2011, 2012, 2017, 2018 y 2019.</p> <p>-Manifiesto contra las agresiones aprobado por la Sección de agresiones del Observatorio de la Comunidad en 2018.</p>
Cataluña	<p>-Procedimiento de prevención y actuación frente a situaciones de violencia, del año 2005, actualizada en el año 2017.</p> <p>-Pauta operativa de actuaciones conjuntas entre la Policía de la Generalitat-Mossos d'Esquadra y el Instituto Catalán de Salud para la prevención de las situaciones de violencia en los centros del Instituto Catalán de Salud.</p>

<p>Extremadura</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Plan de prevención “Estrategias para paliar las agresiones a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura”, del año 2006. -Ley 11/2015, de 8 de abril, de Autoridad de profesionales del Sistema Sanitario Público y centros sociosanitarios de Extremadura, reconoce y apoya a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura, reforzando su autoridad y procurando la protección y el respeto que les son debidos en el ejercicio de sus funciones y responsabilidades. -Decreto 19/2018, de 6 de febrero, por el que se crea y regula el Registro de casos de agresión a profesionales del sistema sanitario público y centros sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal del citado registro.
<p>Galicia</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Decreto 163/2010, de 16 de septiembre, por el que se crea el Observatorio de violencia en el entorno laboral de las instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud. -Declaración Institucional de principios para prevenir la violencia en el lugar de trabajo (2006, revisada en el Seno del Plano de Observatorio de 2013) -Procedimiento de actuación y apoyo a profesionales ante una situación de violencia externa, en el marco del Plan de Prevención del Servicio Gallego de Salud. -Guía para la elaboración de los Planes específicos para la prevención de la violencia de origen externo “PEVE”. (En el marco del Plan de Prevención del Servicio Gallego de Salud) - 7 Planes específicos para la prevención de la violencia de origen externo “PEVE” (elaborados por cada una de las 7 gerencias de gestión integrada) -Guía informativa para profesionales ante una situación de violencia externa. - Convenio de la Fiscalía firmado en 2012 (actualmente en revisión). - Ley 1/2018, de 2 de abril, por la que se modifica la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. <i>(La modificación también atañe a la consideración como infracción muy grave de cualquier tipo de resistencia, amenaza, coacción y represalia sobre las autoridades sanitarias y sus agentes así como de cualquier forma de violencia ejercida sobre los profesionales o las profesionales del Sistema público de salud de Galicia, con la extensión de la protección a estos últimos aunque no tienen la condición de autoridad sanitaria)</i> -Implantado sistema de aviso en Atención Primaria y Urgencias en 2011. Actualmente (2019) está implantado una evolución de este aplicativo en todos los centros hospitalarios y de atención primaria del Sergas: Sistema ACUDE, que también dispone de una versión App - Plan de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Gallego de Salud. - Procedimiento de actuación frente a situaciones de acoso laboral y otras discriminaciones en el trabajo, en el marco del Plan de Prevención del Servicio Gallego de Salud. -Campañas Institucionales
<p>La Rioja</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Plan de Prevención y atención al profesional del Servicio riojano de salud víctima de agresión en el desempeño de sus funciones, del año 2008. -Protocolo de actuación ante incidentes violentos. -Observatorio Riojano para la Prevención de Agresiones en el ámbito sanitario, Marzo de 2011.

<p>Madrid</p>	<p>-Orden 212/2004, de 4 de marzo del Consejero de Sanidad en la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de Planes de prevención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas.</p> <p>-Modificación, de 11 de Septiembre de 2017, de la Comisión Central de Seguimiento de dichas situaciones conflictivas y de las actuaciones frente a las mismas, creada por la Orden 212/2004.</p> <p>-Acuerdo de 9 de mayo de 2017, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba expresa y formalmente el Acuerdo de 19 de abril de 2017, de la Mesa General de Negociación de los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid, por el que se aprueba el Protocolo General de Prevención y Actuación frente a todos los tipos de violencia en el trabajo en la Administración de la Comunidad de Madrid y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella.</p> <p>-Resolución 92/2019, de 1 de marzo, de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueba el Protocolo de Prevención y Actuación frente a la Violencia en el Trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.</p>
<p>Murcia</p>	<p>-Plan de Prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia, 2005.</p> <p>-Sistema informático para el registro de agresiones, 2006.</p> <p>-Constitución de la Comisión de Seguimiento del Plan de agresiones, 2006.</p> <p>-Protocolo Marco de actuación en centros de Atención Primaria, 2007.</p> <p>-Asesoramiento jurídico y asistencia letrada en juicio a los trabajadores que han sufrido agresión (mediante la suscripción de seguro al efecto), 2007.</p> <p>-Ley 3/2009, de 11 de Mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.</p> <p>-Implantación en Atención Primaria de Sistema de alarma a través de los ordenadores, 2010.</p> <p>-Convenio para colaboración en el establecimiento de cauces de comunicación y protocolos de actuación entre la fiscalía de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud, 2010.</p> <p>-Protocolo de atención al paciente con agitación y/o heteroagresividad, del Hospital Psiquiátrico Roman Alberca, 2011.</p> <p>-Mapa de riesgos de agresiones en personal del Servicio Murciano de Salud (elaborado de forma anual)</p> <p>-Formación en prevención de agresiones en el plan de formación en prevención de riesgos laborales.</p> <p>ACCIONES EN CURSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrucción del Gerente del Servicio Murciano de Salud, para el desarrollo de aspectos del Plan de Prevención de Agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia. - Proyecto para el diseño Plan de prevención de la conflictividad en centros de atención primaria, en colaboración con el Servicio de psicología de la Universidad de Murcia.
<p>Navarra</p>	

	<p>-Resolución 964/2008 aprueba el Plan global de prevención y actuación frente a agresiones externas en el lugar de trabajo, de aplicación a todo el personal al servicio de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y los organismos autónomos dependientes de la misma.</p> <p>-Protocolos de actuaciones frente ante situaciones de violencia interna en el trabajo.</p> <p>- Campañas informativas</p>
Comunidad Valenciana	<p>-Decreto 159/2009 para la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat.</p> <p>-Plan integral de prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat, del año 2010.</p> <p>-Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.</p> <p>-Acuerdo de 24 de marzo de 2017, del Consell, por el que se aprueba el Plan de prevención de riesgos laborales de la Administración de la Generalitat.</p> <p>-Resolución de 14 de febrero de 2018, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se aprueba y se ordena la publicación del Plan de prevención de riesgos laborales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.</p> <p>-Plan integral de prevención de agresiones en el entorno sanitario 2018-2021.</p> <p>Enlace a la web para consultar el plan, las campañas informativas y mas documentación: http://www.san.gva.es/web/secretaria-general-administrativa/plan-prevencion-agresiones</p>
País Vasco	<p>-Protocolo específico de actuación ante la violencia en el trabajo, del año 2003, con sucesivas revisiones a lo largo del año 2006 y 2009, dentro de su sistema propio de gestión en prevención de riesgos laborales.</p> <p>-Protocolo en casos de agresiones contra médicos en la Comunidad del País Vasco, del año 2007.</p> <p>-Declaración conjunta de la Dirección de Osakidetza y las Organizaciones Sindicales- SATSE, SME y CCOO- contra las agresiones a trabajadores de Osakidetza en el desempeño de su labor profesional. (Año 2008)</p> <p>-Creación del Observatorio de Agresiones de Profesionales de Osakidetza. (2008)</p> <p>-Instrucción 4/2018 de la Directora General que establece el protocolo de actuación ante situaciones de conflicto en el trabajo. (2018)</p>
INGESA	<p>-Plan de Prevención y Atención frente a situaciones conflictivas en el área de Salud de Melilla, del año 2005.</p> <p>-Resolución de 26 de Marzo de 2018 por el que se aprueba y publica el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en los centros de INGESA en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y Centro Nacional de Dosimetría den Valencia.</p>

➤ **Anexo III: Total datos agresiones 2017 y 2018**

COMUNIDADES AUTONOMAS :SUMATORIO		AÑO: 2017	AÑO: 2018
1. IDENTIFICACIÓN DEL AGREDIDO	a. Sexo		
	i. Mujer	4610	5315
	ii. Hombre	1324	1673
	b. Edad		
	i. < 35	594	886
	ii. 35 - 55	2346	2845
	iii. > 55	896	1299
	c. Nivel Asistencial		
	i. Atención Hospitalaria	3935	4657
	ii. Atención Primaria y Extrahospitalaria	3892	4244
	d. Categoría Profesional		
	i. Facultativo	2829	3261
	ii. Enfermería	2484	2906
iii. TCAE	1337	1442	
iv. Celador	462	504	
v. Administrativo	934	915	
vi. Otros	280	482	
2. LA AGRESIÓN	a. Agresiones físicas	1578	1670
	b. Agresiones no físicas	6728	7773
	c. Lugar de la agresión		0
	i. Consultas	2444	2951
	ii. Domicilio/Vía Pública	256	300
	iii. Urgencias	1077	1350
	iv. Salud Mental/Unidades de Psiquiatría	1073	970
v. Hospitalización	1457	1608	
vi. Admisión/Punto de Información	1258	1295	
3. CAUSAS DE LA AGRESIÓN	a. Causas relacionadas con las demandas del usuario	1080	1260
	b. Causas relacionadas con la atención recibida por el usuario	1858	2397
	c. Causas relacionadas con el propio acto sanitario o administrativo realizado	1084	1282
	d. Causas ajenas a la organización o a la asistencia prestada	775	692
4. PERFIL DEL AGRESOR	a. Usuario/Paciente	4452	5265
	b. Familiar/Acompañante	1992	2389
	c. Sexo		0
	i. Mujer	2323	2607
	ii. Hombre	3596	3876
	f. Reincidente	697	853

9. LISTADO DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Distribución de las notificaciones de agresiones a profesionales sanitarios según sexo de la persona agredida
- Gráfico 2: Tasa de notificaciones de agresiones por sexo
- Gráfico 3: Distribución de las notificaciones de agresiones por grupo de edad de la persona agredida
- Gráfico 4: Tasa de notificaciones de agresiones por nivel asistencial
- Gráfico 5: Distribución de notificaciones de agresiones según Categoría profesional
- Gráfico 6: Tasa de notificación de agresiones por Categoría Profesional
- Gráfico 7: Distribución de las notificaciones de las agresiones según Tipo de agresión
- Gráfico 8: Distribución de las notificaciones de las agresiones según Lugar de la agresión
- Gráfico 9: Distribución de las notificaciones de las agresiones según las Causas alegadas de la agresión
- Gráfico 10: Distribución de las notificaciones de las agresiones según el Perfil de la persona agresora