



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado Ciencias de la Salud

Notificación de agresiones por trabajadores del
Servicio Madrileño de Salud

Autora:

Dña. María Ascensión Maestre Naranjo

Directores:

Dr. D. Francisco José Moya Faz

Dr. D. Cesar Augusto Giner Alegría

Dr. D. Juan Carlos Fernández Rodríguez

Murcia, noviembre de 2022



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado Ciencias de la Salud

Marco teórico del proyecto
Notificación de agresiones por trabajadores del
Servicio Madrileño de Salud

Autora:

Dña. María Ascensión Maestre Naranjo

Directores:

Dr. D. Francisco José Moya Faz

Dr. D. Cesar Augusto Giner Alegría

Dr. D. Juan Carlos Fernández Rodríguez

Murcia, noviembre de 2022



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

**AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS PARA SU
PRESENTACIÓN**

El Dr. D. Francisco José Moya Faz, el Dr. D. Cesar Augusto Giner Alegría y el Dr. D. Juan Carlos Fernández Rodríguez como directores de la Tesis Doctoral titulada “Notificación de agresiones por trabajadores del Servicio Madrileño de Salud” realizada por Dña. María Ascensión Maestre Naranjo en el Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud, **autorizan su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011 de 28 de enero, en Murcia a 29 de septiembre de 2022.

Dr. D. Francisco José Moya Faz.

Dr. D. Cesar Augusto Giner Alegría

Dr. D. Juan Carlos Fernández Rodríguez

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

INTRODUCCIÓN

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema mundial, afectando a todos los sectores y categorías laborales. El 25% de todos los incidentes violentos se registran en el ámbito sanitario.

OBJETIVOS

Por todo ello, los objetivos del estudio fueron conocer la prevalencia de agresiones notificadas por los trabajadores del Servicio Madrileño de Salud, conocer la prevalencia de lesiones o alteraciones de la salud ocasionadas a los trabajadores por este motivo, e identificar los factores asociados a dichas agresiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal, en trabajadores que pertenecen al Área 6 de Atención Especializada y de la Dirección Asistencial Noroeste en Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, que notifican, cumplimentan y registran una agresión, entre los años 2009-2018.

Las variables estudiadas se obtienen del registro de notificación de situaciones conflictivas del Servicio Madrileño de Salud (tipo de situación conflictiva, categoría profesional, ámbito de ocurrencia, consecuencias).

RESULTADOS

Se han notificado 5587 situaciones conflictivas, 89% corresponden a Atención Primaria y el 11% a Atención Especializada. La prevalencia de alteraciones en el estado de salud sobre el total del registro de notificaciones es del 95% (IC 95%: 94-96), con un 97% (IC 95%: 95-98) en Atención Especializada y un 94.8% (IC 95%: 94,18-95,41) en Atención Primaria. En Atención especializada las enfermeras fueron los trabajadores que más agresiones notificaron y en Atención Primaria fueron los facultativos. Los trabajadores de Atención Especializada notificaron un 8% de

agresiones físicas y un 17% de coacciones, frente al 4% y 25% de Atención Primaria. En urgencias se notificaron un 12% de agresiones físicas, frente al 4,6% del resto de servicios; y un 75% de coacciones, frente al 25%.

CONCLUSIONES

En Atención Primaria se notifican nueve veces más situaciones conflictivas que en Atención Especializada. Las coacciones superan a las agresiones físicas. El personal de enfermería y los trabajadores de urgencias son los profesionales que más agresiones notifican.

PALABRAS CLAVE

Violencia laboral, agresión, trabajador sanitario, salud.

SUMMARY AND KEY WORDS

INTRODUCTION

Workplace violence has become a global problem, affecting all sectors and job categories. 25% of all violent incidents are recorded in the health professional.

OBJECTIVES

To identify conflictive situations reported by health care workers in Madrid's Health Service and to analyze related factors in conflictive situations.

METHODOLOGY AND SOURCES OF DATA

Cross-sectional study among workers in Area 6 and the Northwest Assistance Directorate of Primary Care in Madrid's Health Service, who notify, fill in and register an assault, during 2009-2018.

RESULTS

5587 conflictive situations have been reported: 89% in primary care context and 11% in hospital context. The prevalence of disorders in health status is 95% (IC 95%:94-96), with 97% (IC 95%: 95-98) in hospital care and 95% (IC 95%: 94-95) in primary care. Nurses presented more physical aggressions (7%) and more coercion (21%) than the rest of health care professionals. Workers in hospital care report 8% of physical attacks and 17% of coercion, compared to 4% and 2% of primary care. 12% of physical attacks were reported in the emergency ward, compared to 4,6% of the rest of wards, and 75% on coercion compared to 25%.

CONCLUSIONS

Conflict situations are 9 times more reported in primary care than in hospital care. Coercion outweighs physical aggression. Nursing staff report more aggressions than other health care workers, as well as emergency ward workers.

KEYWORDS

Workplace violence, aggression, health professional, health.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Juan y Camila y a mi hermana Aurora que me han acompañado, a lo largo de mi vida, así como de toda mi formación académica y han sido fuente de apoyo y superación constante.

A mis directores de tesis Dr. D. Francisco José Moya-Faz, Dr. D. Cesar Augusto Giner Alegría por su ayuda y consejos durante el desarrollo e investigación del proceso, así como al Dr. D. Juan Carlos Fernández Rodríguez que me impulsó e incentivó para iniciar dicho proyecto, acompañándome y aconsejándome a lo largo de todo su recorrido, hasta su finalización.

A mis estimadas compañeras y amigas Montserrat Solís-Muñoz, Ana Royuela Vicente y Silvia Arranz Alonso ya que sin su ayuda y apoyo no hubiera conseguido finalizar con éxito este proyecto.

A mis amigos, que me han animado y reforzado moralmente durante los momentos difíciles.

A mis compañeros del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, porque gracias a ellos he conseguido materializar y recopilar toda la información necesaria para iniciar, avanzar y finalizar el estudio.

Especialmente, a mi esposo Santos e hijos, Carlos y Alberto por su apoyo incondicional, comprensión y paciencia a lo largo de todo el proceso.

Muchas gracias a todos, ya que sin su ayuda no hubiera conseguido finalizar mi tesis doctoral.

“La violencia, sea cual sea la forma en que se manifieste, es un fracaso.”

Jean Paul Sartre (1905-1980)

ÍNDICE DE CONTENIDOS

<i>AUTORIZACIÓN DE LO/S DIRECTOR/ES DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN</i>	5
<i>RESUMEN Y PALABRAS CLAVE</i>	7
<i>SUMMARY AND KEY WORDS</i>	9
<i>AGRADECIMIENTOS</i>	11
<i>SIGLAS Y ABREVIATURAS</i>	19
<i>ÍNDICE DE FIGURAS</i>	21
<i>ÍNDICE DE CUADROS</i>	23
<i>ÍNDICE DE TABLAS</i>	25
<i>ÍNDICE DE ANEXOS</i>	27
I - INTRODUCCIÓN	31
1.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA	31
1.3 CONTROL DE LA VIOLENCIA	34
1.4 ACTUACIÓN DE SALUD PÚBLICA	35
1.5 VIOLENCIA EN ESPAÑA	36
1.6 VIOLENCIA Y TRABAJO	37
1.6.1 Factores de riesgo psicosociales	37
1.6.2 Violencia en el lugar de trabajo	40
1.6.2.1 Clasificación y definición de violencia en el trabajo	41
1.6.3 Violencia interna o Tipo III	42
1.6.3.1 Definiciones de violencia interna o tipo III	42
1.6.3.2 Tipos de violencia interna o tipo III	44
1.6.3.3 Tipos de agresiones	45
1.6.3.4 Marco Jurídico y actuaciones ante violencia interna o tipo III	46
1.6.4 Consecuencias de la violencia en el trabajo	46
1.6.5 Planes de actuación ante violencia en el trabajo	48
1.6.6 Violencia externa o tipo II	48
1.6.6.1 Definiciones de violencia externa o tipo II	48
1.6.6.2 Violencia externa o tipo II en el ámbito no sanitario	49
1.6.6.3 Efectos de las agresiones, en el lugar de trabajo	51
1.6.6.4 Marco jurídico de la violencia externa o tipo II en España	53
1.7 VIOLENCIA EXTERNA O TIPO II EN EL ÁMBITO SANITARIO	53
1.7.1 Violencia externa, internacional, en el ámbito sanitario	54
1.7.2 Violencia externa en el ámbito sanitario en España	56
1.7.3 Afectación del estado de salud de los trabajadores sanitarios, tras una agresión	61

1.7.4 Violencia externa o tipo II, en ámbito sanitario, por categoría profesional ...	69
1.7.4.1 Violencia externa o tipo II en enfermería	71
1.7.4.2 Violencia externa o tipo II, en médicos.....	72
1.7.4.3 Violencia externa o tipo II, con todas las categorías laborales.....	73
1.7.5 Violencia externa o tipo II, en ámbito sanitario, por lugar de trabajo.....	74
1.7.5.1 Violencia externa o tipo II en Atención Hospitalaria.....	75
1.7.5.2 Violencia externa o tipo II en Urgencias.....	76
1.7.5.3 Violencia externa o tipo II en Atención Primaria	76
1.7.6 Marco jurídico y políticas ante agresiones a profesionales de la salud	77
1.8 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A AGRESIONES A PROFESIONALES DE LA SALUD.....	79
1.8.1 Objetivos.....	80
1.8.2 Marco actuación.....	80
1.8.3 Definiciones	80
1.8.4 Identificación de los riesgos	80
1.8.5 Instauración de medidas preventivas.....	81
1.8.6 Recomendaciones ante una agresión	81
1.8.7 Actuación ante una agresión	81
1.8.8 Investigación, seguimiento y control.....	82
1.8.9 Formación	83
1.8.10 Revisión	83
1.9 PROGRAMAS PARA MANEJO AGRESIONES	84
II- JUSTIFICACIÓN.....	87
III- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	91
IV- METODOLOGÍA	95
4.1 DISEÑO Y PERÍODO DE ESTUDIO	97
4.2 SUJETOS Y ÁMBITO DE ESTUDIO.....	97
4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	97
4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	98
4.3 TAMAÑO MUESTRA Y MUESTREO.....	98
4.4 PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	98
4.5 VARIABLES DE ESTUDIO	99
4.6 RECOGIDA DE DATOS.....	101
4.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	101
4.8 ÉTICA	101
4.9 POLÍTICA DE PUBLICACIÓN.....	102
V- RESULTADOS.....	105
5.1 NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES REGISTRADAS.....	105

5.2 REGISTRO DE NOTIFICACIONES DE AGRESIONES POR AÑO.....	105
5.3 REGISTRO DE NOTIFICACIONES DE AGRESIONES POR DATOS TRABAJADOR	107
5.3.1 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por sexo, del trabajador agredido.....	107
5.3.2 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por servicio y categoría laboral	108
5.4 REGISTRO NOTIFICACIONES DE AGRESIONES POR DATOS DEL INCIDENTE .	111
5.4.1 En la siguiente tabla se detallan variables asociadas al lugar de ubicación donde se produce la agresión y datos del agresor	111
5.4.2 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por tipo de agresión	113
5.4.3 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por motivo del incidente	114
5.4.4 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por tipo de intervención durante el conflicto	115
5.5 REGISTRO NOTIFICACIONES DE AGRESIONES POR CONSECUENCIAS DEL INCIDENTE.....	116
5.5.1 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por consecuencias del incidente	117
5.5.2 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por tipo de ayuda solicitada a otros servicios	117
5.6 REGISTRO NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES POR PRESENCIA DE TESTIGOS ..	118
5.7 PREVALENCIA: TIPO AGRESIÓN Y ALTERACIONES EN EL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS, SOBRE EL TOTAL DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS	119
5.8 ÁREAS DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES POR TRABAJADORES SANITARIOS SOBRE EL TOTAL DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS.....	120
5.9 URGENCIAS MAYOR REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES FRENTE A OTRAS UNIDADES	122
5.10 ENFERMERÍA CATEGORÍA LABORAL MÁS AFECTADA TRAS REGISTRO NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES	124
5.11 Alteración estado de salud, en el momento de notificación de la agresión	126
5.12 TIPO DE DAÑO Y BAJA MÉDICA EN EL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE LA AGRESIÓN	128
5.13 TIPO DE DAÑO Y APOYO PSICOLÓGICO EN EL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE LA AGRESIÓN	130
<i>VI- DISCUSIÓN</i>	<i>135</i>
6.1 AUMENTO DEL REGISTRO DE NOTIFICACIONES DE AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO	135

6.2 FACTORES ASOCIADOS A LA NOTIFICACIÓN DE LAS AGRESIONES.....	137
6.2.1 Por Sexo del trabajador	137
6.2.2 Por lugar de trabajo/nivel de asistencia sanitario	138
6.2.2.1 Atención Especializada / Atención Primaria	138
6.2.2.2 Atención Hospitalaria	139
6.2.2.3 Urgencias	139
6.2.3 Por categoría laboral	140
6.2.4 Por características del agresor	141
6.2.5 Por tipo de agresión	142
6.2.6 Por motivo de la agresión	142
6.2.7 Tipo de intervención, durante el conflicto	143
6.3 ALTERACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES.....	144
6.3.1 Tipo de lesiones y gravedad	145
6.3.2 Lesiones y baja médica	145
6.3.3 Apoyo psicológico	147
6.4 MEDIDAS PREVENTIVAS.....	148
<i>VII- CONCLUSIONES</i>	<i>151</i>
<i>VIII- LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....</i>	<i>155</i>
8.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	155
8.2 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	156
8.3 INTERÉS CIENTÍFICO	157
<i>IX -BIBLIOGRAFÍA.....</i>	<i>161</i>
<i>X – ANEXOS</i>	<i>207</i>

SIGLAS Y ABREVIATURAS

Atención Especializada (AE)

Atención Primaria (AP)

Comunidad Autónoma de Madrid (CAM)

Dirección Asistencial Noroeste (DANO)

English National Health Service (NHS)

Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (HUPHM)

Incapacidad Temporal (IT)

Informe mundial sobre violencia y salud (WHO)

Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Instituto Nacional de Seguridad Higiene en el trabajo (INSHT)

Ley General de la Seguridad Social (LGSS)

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Organización Médica Colegial (OMC)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Plan de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)

Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE)

Real Academia Española (RAE)

Recursos Humanos (RRHH)

Registro Centralizado de la Consejería de Sanidad (REMAC)

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL)

Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Sistema Nacional de Salud (SNS)

Técnico Cuidado Auxiliares Enfermería (TCAE)

Violencia interpersonal (VINT)

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA.....	34
FIGURA 2. CONCEPTOS QUE QUEDAN ENGLOBALADOS COMO VIOLENCIA INTERNA	43
FIGURA 3. TIPOS DE AGRESIONES	45
FIGURA 4. PORCENTAJES DE PERSONAL AGREDIDO Y TIPO DE AGRESIÓN (FÍSICA O VERBAL) EN ENFERMERÍA	57
FIGURA 5. EVOLUCIÓN EN EL NÚMERO DE AGRESIONES COMUNICADAS A LOS COLEGIOS DE MÉDICOS (2010-2020).....	58
FIGURA 6. AGRESIONES POR CATEGORÍA LABORAL (2017-2018)	58
FIGURA 7. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS COLEGIADOS EN ESPAÑA ENTRE LOS AÑOS 1999 Y 2019.....	72
FIGURA 8. NÚMERO DE NOTIFICACIONES DE AGRESIONES POR AÑO EN EL PERIODO DE ESTUDIO (2009-2018)	106
FIGURA 9. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA COMPARACIÓN DE LOS DISTINTOS TIPOS DE AGRESIONES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	121
FIGURA 10. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE AGRESIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPARACIÓN A LOS SUFRIDOS EN EL RESTO DE LOS SERVICIOS, SEGÚN REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES.	123
FIGURA 11. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE AGRESIONES EN ENFERMERÍA EN COMPARACIÓN AL RESTO DE CATEGORÍAS LABORALES, SEGÚN REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES	125
FIGURA 12. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL DAÑO FÍSICO O PSICOLÓGICO SUFRIDO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA, SEGÚN REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES.....	127
FIGURA 13. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS TRABAJADORES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA QUE CURSAN BAJA MÉDICA TRAS AGRESIÓN Y LA RELACIÓN CON EL TIPO DE DAÑO REPORTADO, SEGÚN REGISTRO DE NOTIFICACIONES.	129
FIGURA 14. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE TRABAJADORES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA QUE REQUIEREN DE AYUDA PSICOLÓGICA TRAS AGRESIÓN EN RELACIÓN CON EL TIPO DE DAÑO REPORTADO, SEGÚN REGISTRO DE NOTIFICACIONES	131

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. FACTORES DE ESTRÉS PSICOSOCIAL QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	38
CUADRO 2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO EN PERSONAL SANITARIO.....	64
CUADRO 3. MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS QUE PRESENTA UN TRABAJADOR ENFERMO.....	65
CUADRO 4. DIFERENCIAS ENTRE ESTRÉS Y BURNOUT	66
CUADRO 5. EFECTOS QUE LA VIOLENCIA CONTRA EL PERSONAL SANITARIO TIENE EN EL PROPIO PERSONAL, ASÍ COMO EN LA ORGANIZACIÓN.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DEFINICIONES OPERATIVAS DE VIOLENCIA.....	32
TABLA 2. COLECTIVOS MÁS EXPUESTOS A VIOLENCIA, ACOSO O DISCRIMINACIÓN SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA Y OCUPACIÓN.....	40
TABLA 3. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL A CORTO Y LARGO PLAZO.....	62
TABLA 4. AGRESIONES NOTIFICADAS EN EL ÁREA 6 Y ÁREA NOROESTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID (DANO) DURANTE LOS AÑOS 2009-2018.	105
TABLA 5. AGRESIONES NOTIFICADAS POR AÑO EN EL ÁREA 6 Y ÁREA NOROESTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID (DANO) (2009-2018).	106
TABLA 6. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES POR SEXO DEL TRABAJADOR AGREDIDO.	107
TABLA 7. ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA EN LA QUE OCURRIERON LAS AGRESIONES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS O UNIDADES Y CATEGORÍA LABORAL EN EL PERIODO DE ESTUDIO.	108
TABLA 8. ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA POR DATOS DEL INCIDENTE.	111
TABLA 9. ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA POR TIPO DE AGRESIÓN.....	113
TABLA 10. DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO DE CAUSAS QUE ORIGINARON LA AGRESIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	114
TABLA 11. ANÁLISIS DESCRIPTIVO POR TIPOS DE INTERVENCIONES EFECTUADAS EN EL MOMENTO DE LA AGRESIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	115
TABLA 12. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS DEL INCIDENTE EFECTUADAS EN EL MOMENTO DE LA AGRESIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	116
TABLA 13. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TIPO DE AYUDA SOLICITADA A OTROS SERVICIOS TRAS LA AGRESIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	117
TABLA 14. ANÁLISIS DESCRIPTIVO POR LA PRESENCIA DE TESTIGOS DE LA AGRESIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	118
TABLA 15. PREVALENCIAS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE AGRESIÓN Y ALTERACIÓN SALUD SUFRIDOS POR EL PERSONAL SANITARIO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA (AE) Y EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP).....	119
TABLA 16. ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELATIVO A LOS DISTINTOS TIPOS DE AGRESIÓN, TRAS NOTIFICACIÓN, SUFRIDOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	121

TABLA 17. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DISTINTOS TIPOS DE AGRESIÓN SUFRIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPARACIÓN A LOS SUFRIDOS EN OTROS SERVICIOS, SEGÚN REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES.	122
TABLA 18. ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELATIVO A LOS DISTINTOS TIPOS DE AGRESIÓN SUFRIDOS EN ENFERMERÍA EN COMPARACIÓN A LOS SUFRIDOS POR EL RESTO DE LAS CATEGORÍAS LABORALES, SEGÚN REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES.	124
TABLA 19. ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELATIVO AL TIPO DE DAÑO SUFRIDO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA, SEGÚN REGISTRO DE NOTIFICACIONES.	126
TABLA 20. ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELATIVO A LOS TRABAJADORES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA QUE CURSAN BAJA MÉDICA TRAS AGRESIÓN Y LA RELACIÓN CON EL TIPO DE DAÑO REPORTADO, SEGÚN REGISTRO DE NOTIFICACIONES.	128
TABLA 21. ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELATIVO A LOS TRABAJADORES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA QUE NECESITAN APOYO PSICOLÓGICO TRAS LA AGRESIÓN EN RELACIÓN CON EL TIPO DE DAÑO REPORTADO, SEGÚN REGISTRO DE NOTIFICACIONES.	130

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. MARCO JURÍDICO Y VIOLENCIA EN EL TRABAJO	207
ANEXO 2. MARCO JURÍDICO Y VIOLENCIA EN EL TRABAJO, EN LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO	209
ANEXO 3. MARCO JURÍDICO Y VIOLENCIA EN EL TRABAJO, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	209
ANEXO 4. INSTRUCCIÓN 3/2017, DE LA SECRETARÍA DE ESTADO, POR LA QUE SE ESTABLECE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN POR PARTE DE LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO	212
ANEXO 5. POLÍTICAS EN MATERIA DE AGRESIONES EN EL TRABAJO AL PROFESIONAL SANITARIO EN ESPAÑA	213
ANEXO 6. MEDIDAS FRENTE A LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	214
ANEXO 7. ACTUACIONES FRENTE A AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	215
ANEXO 8. FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN MOTIVAR UNA AGRESIÓN A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	218
ANEXO 9. MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EVITAR O MINIMIZAR AGRESIONES	221
ANEXO 10. RECOMENDACIONES ANTE UNA AGRESIÓN	222
ANEXO 11. ACTUACIONES ANTE UNA AGRESIÓN.....	224
ANEXO 12. PLAN FORMATIVO.....	227
ANEXO 13. ESQUEMA DE CURSO IMPARTIDOS EN UNO DE LOS CENTROS SANITARIOS DEL ESTUDIO	229
ANEXO 14. FORMULARIO DEL REGISTRO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS CON LOS CIUDADANOS EN LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS ADSCRITAS O DEPENDIENTES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.	230
ANEXO 15. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA.	231
ANEXO 16. APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM.....	232

I - INTRODUCCIÓN

I - INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno universal (1) que forma parte de nuestra vida diaria. Ha existido siempre y está presente en todos los ámbitos, ya sea a nivel personal, laboral, familiar y social, independientemente del nivel socioeconómico del lugar en el que ocurre, manifestándose de manera distinta según el país o entorno en el que se produce (1-2).

Según datos facilitados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1,6 millones de personas mueren cada año en el mundo por homicidios o suicidios. Estas muertes son la punta del iceberg y no reflejan la verdadera magnitud del problema. Un 2,5% de las muertes que ocurren cada año en el mundo son debidas a la violencia y millones de personas son víctimas de ella. Muchas no mueren por este motivo, pero sí sufren lesiones físicas, psicológicas o abusos sexuales (3). Los datos reales son superiores a los oficiales, ya que la mayoría de los casos no se notifican a las autoridades y no plasman la realidad de los hechos.

1.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA

No hay una definición exacta de violencia y, además, existen distintas formas de presentación y clasificación en función de: los actores (agresor o víctima); el daño producido (físico, psíquico o sexual); el medio para conseguir un fin, o el lugar donde se produce, entre otros. Ello puede inducir a una interpretación errónea de la misma, pero lo que realmente la caracteriza es el daño que ocasiona o la repetición de determinadas conductas y mecanismos (4).

Definitivamente, la violencia es siempre la misma, aunque se estructure, clasifique y reciba nombres diferentes, pero indiscutiblemente los hechos y las consecuencias son las mismas. Por tanto, la violencia es una **conducta intencional y dañina (1)**.

Según la OMS, puede definirse la violencia como:

“el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (3).

1.2 TIPOS DE VIOLENCIA

Ante las distintas manifestaciones de violencia, la OMS clasifica a la violencia en interpersonal (VINT), autoinfligida y colectiva (3-5). A su vez, la tabla 1 muestra las definiciones operativas de violencia adoptadas por la OMS en el informe mundial sobre violencia y salud (WHO), adaptada por Laritgoitia (6).

Tabla 1. Definiciones operativas de violencia

DEFINICIONES DE VIOLENCIA	
Violencia	Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones.
Violencia autoinfligida	Es la violencia ejercida por un individuo contra sí mismo (suicidio, parasuicidio y autoabuso)
Violencia interpersonal	Es la violencia ejercida por un individuo o un grupo pequeño de individuos actúan contra otros individuos en el marco de sus relaciones interpersonales o en encuentros fortuitos (violencia doméstica, comunidad, callejera, escuelas, residencias, prisiones, etc.)
Violencia colectiva	Es la violencia que es ejercida, por personas que se identifican como miembros de un grupo contra otro grupo o un grupo de individuos con fines económicos, políticos o sociales

Fuente: Laritgoitia I. (2006) (6)

Más de 6 millones de personas fueron asesinadas entre el año 2000 y 2014 (3), pero se presupone que el número de víctimas es mucho mayor que los datos oficiales.

Estas situaciones pueden conducir a secuelas importantes en la salud física y/o psíquica del superviviente y, en muchas ocasiones, manifestarse durante toda su vida. Pero las consecuencias no solo afectan al individuo, sino también a su familia, al sistema económico, sanitario, jurídico y social de los países.

Otras formas de clasificación de la violencia:

- La violencia según el **tipo de acción**: activa o pasiva (1, 2).
- La violencia según el **tipo de daño causado**: violencia física, emocional, sexual y económica (1, 7).
- La violencia según el **tipo de víctima al que afecta**: contra la mujer, los niños y los mayores (1, 7).
- La violencia según el **escenario en el que ocurre**: en el hogar, en la escuela, en el trabajo, en la cultura, en las calles o en las pantallas (1, 7).
- La violencia según el **tipo de agresor**: juvenil, terrorista, psicopática y organizada (1, 7).

Hay que destacar que, con la aparición de **Internet**, la expresión de los actos violentos ha cambiado, utilizando las redes sociales para su manifestación, siendo en estos momentos, una de las formas de presentación más importantes (8).

Así mismo, los **avances tecnológicos** han modificado su patrón, intentando destruir al mayor número posible de personas (especialmente a los más vulnerables, como los niños, las mujeres, los discapacitados y los ancianos), siendo un claro ejemplo de ello, los conflictos armados (1, 9-10).

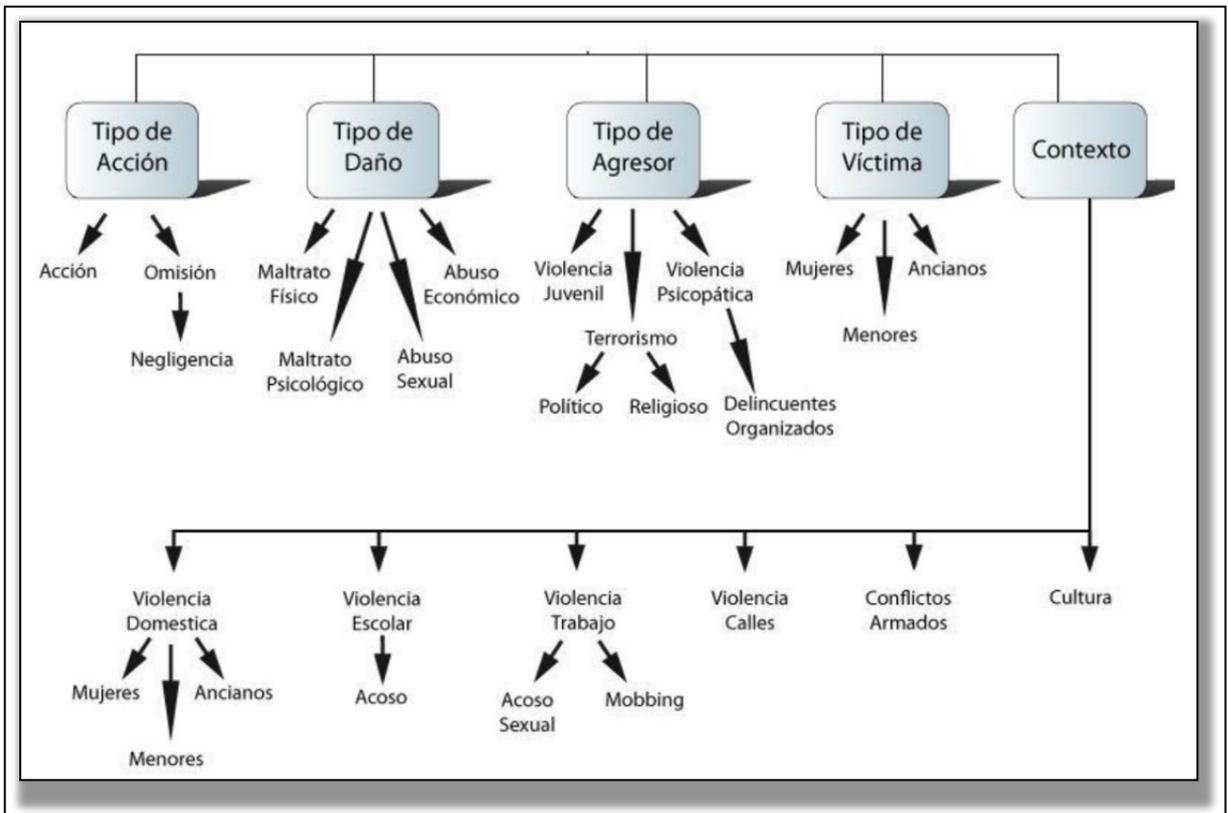


Figura 1. Clasificación de la violencia

Fuente: Iborra I. & Sanmartín J (2011) (7)

1.3 CONTROL DE LA VIOLENCIA

Ante los datos alarmantes de violencia, es necesario intervenir para poder identificar los motivos que la propician (10-11). Ello puede ser debido a varias causas, como: el desconocimiento, por parte de las organizaciones o instituciones oficiales (justicia, fuerzas de seguridad), de los hechos; o bien por la falta de políticas sociales, económicas y de seguridad (11).

En 1996, la OMS declaró que la violencia era un grave problema de salud pública (12), por lo que era preciso actuar, por motivos morales, ideológicos y sociales (13).

Ante esta perspectiva, la OMS realizó un llamamiento a sus estados miembros para prevenir y corregir la violencia; sugiriendo, para ello, dedicar los recursos necesarios para establecer las acciones precisas para su implantación, desarrollo, control y eliminación (3).

Se ha de tener en cuenta que la violencia no se distribuye de manera uniforme en el mundo y que, para activar esos mecanismos, debían conocerse distintos factores como: las condiciones socioeconómicas de los países, sexo, grupos de edad (13), el estado de bienestar y las condiciones sanitarias de los países (14).

Países con niveles socioeconómicos más elevados y con mejores condiciones sanitarias no tenían niveles más bajos de violencia, sino que lo tenían aquellos que presentaban un nivel más homogéneo del estado de salud de su población (3, 14). Por ello, la violencia suele estar asociada a factores sociales y no a individuales y, por lo tanto, debe tratarse como un problema social y no individual; diseñando políticas e intervenciones, a nivel poblacional, que suelen ser más efectivas que las individuales. Se ha visto que es más difícil cambiar comportamientos individuales si no se han modificado previamente normas y hábitos sociales.

Todo ello comporta altos costes económicos y sociales para poder atender a las víctimas, a sus familias y a la sociedad.

1.4 ACTUACIÓN DE SALUD PÚBLICA

Siguiendo las premisas indicadas por Salud Pública, se establecen las pautas necesarias para actuar sobre la población general, la de mayor riesgo y sobre los individuos.

La intervención en la **población general** pretende trabajar sobre aquellas situaciones, que puedan inducir a actos violentos; encaminadas a disminuir la pobreza y mejorar el acceso a la educación de la población más desfavorecida, mejorando su nivel educativo y facilitando la incorporación laboral.

Los datos indican que países con niveles de pobreza elevados, pero con políticas sociales de protección importantes, presentan menores tasas de violencia (15).

Para la intervención en la **población de mayor riesgo**, se fomentará la educación para que finalicen los estudios primarios y continúen su formación; para conseguir una mayor integración laboral y social; e inducir a las familias con mayor riesgo, a crear una estructura familiar sin violencia y con altos vínculos afectivos (13).

En la intervención **individual** se actuará una vez ocurridos los hechos, para la recuperación de las lesiones físicas y psicológicas de las víctimas.

1.5 VIOLENCIA EN ESPAÑA

En nuestro país, la violencia no se percibe como un problema de salud pública, a diferencia de lo establecido por la OMS; y suele asociarse a otros factores, como la delincuencia relacionada con grupos marginales (6).

Como en el resto del mundo, los datos reales se desconocen y estos suelen estar vinculados a la mortalidad de las víctimas, ya que no existen sistemas de vigilancia epidemiológica que la aborden y los casos estudiados se centran en grupos concretos, como la violencia de género o infantil (6).

En los últimos años, los actos de violencia ocupan las portadas de los medios de comunicación, tanto de informativos como programas televisivos; destacando los actos de violencia de género, acoso escolar, conflictos armados o violencia callejera.

Se ha de mencionar que los cambios socioculturales ocurridos en nuestro país, debido a los movimientos migratorios, han introducido un nuevo concepto de violencia: la llamada "**violencia de odio**" que tiene como características las peculiaridades de la víctima, como pueden ser: nacionalidad, raza, religión, orientación sexual o diversidad cultural (16).

Hay que destacar el estudio realizado por Gil-Borrelli, basado en el Registro de Altas Hospitalarias conocido como Conjunto Mínimo Básico de Datos, entre 1999 y 2011; indicando las variables asociadas a los actos violentos ocurridos en

este período, en nuestro país, como la edad y el sexo de las víctimas, el tipo de violencia y la atención o ingresos hospitalarios que precisaron atención sanitaria (17).

Pero a pesar del incremento de los datos de la violencia en España, estos son muy bajos (0,83%), en relación con los facilitados por la OMS (6,7%). No obstante, no por ello se han de acomodar y relajar las intervenciones, de modo que se debe seguir trabajando para conseguir violencia cero (18).

Como conclusión y siguiendo las líneas dictadas por la OMS, se elaborarán políticas nacionales, autonómicas o locales para la detección, comunicación, prevención y asistencia a las víctimas.

El comportamiento violento no está programado genéticamente en la naturaleza humana y, por lo tanto, puede prevenirse (19).

1.6 VIOLENCIA Y TRABAJO

La violencia que ocurre en el lugar de trabajo puede repercutir negativamente, no solo en el trabajador afectado sino también en la empresa, tanto en el plano moral como económico, ya que disminuirá el rendimiento del empleado y en última instancia el nivel general de productividad de la empresa (20).

1.6.1 Factores de riesgo psicosociales

Siguiendo las referencias internacionales, en 1988 la OMS publicó “Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud” con la finalidad de valorar la salud de los trabajadores expuestos a estos factores de riesgo, para determinar las actuaciones necesarias y reconocer que los riesgos psicosociales influyen de manera muy importante en la salud de los trabajadores (21-22).

En España y en el ámbito de Prevención de Riesgos Laborales, se consideran factores de riesgo para la salud aquellas situaciones que puedan afectar a la organización del trabajo y a la salud del trabajador, pudiendo generarle alteraciones fisiológicas como hipertensión arterial; emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, apatía, etc.); cognitivas (disminución de la concentración, de la

creatividad, problemas en la toma de decisiones, etc.) y conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.), conocidas como “estresantes” y que pueden ser precursoras de enfermedad (23).

En el siguiente cuadro quedan recogidos los factores de riesgo psicosociales que pueden afectar a cualquier aspecto de la salud de los trabajadores o ser factores estresantes (24).

Cuadro 1. Factores de estrés psicosocial que afectan a la salud de los trabajadores

FACTORES DE ESTRÉS PSICOSOCIAL	
Contenido del trabajo	Falta de variedad en el trabajo, ciclos cortos de trabajo, trabajo fragmentado y sin sentido, bajo uso de habilidades, alta incertidumbre, relación intensa.
Sobrecarga y ritmo	Exceso de trabajo, ritmo del trabajo, alta presión temporal, plazos urgentes de finalización.
Horarios	Cambio de turnos, cambio nocturno, horarios inflexibles, horario de trabajo imprevisible, jornadas largas o sin tiempo para la interacción.
Control	Baja participación en la toma de decisiones, baja capacidad de control sobre la carga de trabajo y otros factores laborales.
Ambiente y equipos	Condiciones de trabajo malas, equipos de trabajo inadecuados, ausencia de mantenimiento de los equipos, falta de espacio personal, escasa luz o excesivo ruido.
Cultura organizacional y funciones	Mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición de las propias tareas o acuerdo en los objetivos de la organización.

Relaciones interpersonales	Aislamiento físico o social, escasas relaciones con los jefes, conflictos interpersonales, falta de apoyo social
Rol en la organización	Ambigüedad del rol, conflicto del rol y responsabilidad sobre personas.
Desarrollo de carreras	Incertidumbre o paralización de la carrera profesional, baja o excesiva promoción, pobre remuneración, inseguridad contractual
Relación trabajo-familia	Demandas conflictivas entre el trabajo y la familia. Bajo apoyo familiar. Problemas duales de carrera.
Seguridad contractual	Trabajo precario, trabajo temporal, incertidumbre de futuro laboral. Insuficiente remuneración.

Fuente: Moreno Jiménez, B. & Báez León (2010) (24)

En la Unión Europea y concretamente en nuestro país, a través del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSHT), se realizan encuestas para conocer cómo los factores de riesgo existentes en el lugar de trabajo afectan a la salud de los trabajadores.

Según la última Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2015) efectuada en nuestro país, se registraron los indicadores conocidos como factores de riesgo psicosocial (25). Pero los que nos atañen, en relación con el tema de estudio, son: el trabajo con atención directa a personas que supone una alta exigencia emocional; las relaciones sociales existentes en el lugar de trabajo y las situaciones de violencia que pueda sufrir el trabajador.

Los trabajadores con atención directa al público son los que más agresiones sufrieron (amenazas verbales, acoso, intimidación, violencia física y sexual), especialmente los del sector salud, administración pública, fuerzas de seguridad del estado y transporte (25).

Tabla 2. Colectivos más expuestos a violencia, acoso o discriminación según actividad económica y ocupación.

	Actividad económica	Ocupación	Total
Discriminación por edad ⁽¹⁾	Industria (4%) Actividades administrativas, auxiliares y financieras (4%)	-	2%
Violencia física ⁽¹⁾	Salud (5%) Administración pública y defensa (4%)	Trabajadores de servicios y vendedores (3%)	1%
Acoso/intimidación ⁽¹⁾	Salud (7%)	Trabajadores de servicios y vendedores (6%)	3%
Ofensas verbales ⁽²⁾	Salud (15%)	Trabajadores de servicios y vendedores (11%)	8%
Atención sexual no deseada ⁽²⁾	Comercio y hostelería (3%)	Trabajadores de servicios y vendedores (3%)	1%
Amenazas ⁽²⁾	Administración pública y defensa (9%) Transporte (7%) Actividades administrativas, auxiliares y financieras (6%)	Trabajadores de servicios y vendedores (7%)	4%

Base: total de trabajadores (N= 3.364).
 (*) Nota: actividades económicas y ocupaciones cuyas frecuencias superan significativamente el promedio total.
⁽¹⁾ En el último año.
⁽²⁾ En el último mes.

Fuente: Pinilla García, J et al. (2015) (25)

1.6.2 Violencia en el lugar de trabajo

La violencia en el lugar de trabajo afecta a todos los sectores y profesiones, y su prevención y manejo exigen una actuación coordinada de todas las instituciones implicadas. Por ello es necesario identificarlos, evaluarlos y controlarlos, para evitar daños en la salud de los trabajadores y, por tanto, el buen funcionamiento, eficiencia y niveles productivos de la empresa.

1.6.2.1 Clasificación y definición de violencia en el trabajo

Como se comenta a lo largo del estudio, existen distintos términos para nombrar la misma causa, así como distintas definiciones para el mismo problema, definiendo según los autores el mismo concepto de manera distinta.

- La OMS adopta en su informe mundial del 2002, sobre violencia y salud, la definición de **violencia ocupacional** como *“aquella que está constituida por incidentes en los cuales los trabajadores sufren abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto de ida y vuelta, que coloquen en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud”* (26).
- La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la **violencia en el lugar de trabajo** como *“toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”* (26).
- El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) distingue entre **violencia interna** y **violencia externa**, en el lugar de trabajo (27).
- La Comisión Europea considera que la **violencia en el lugar de trabajo** es un incidente donde el personal es maltratado, amenazado o asaltado en circunstancias relacionadas con su trabajo; incluyendo los desplazamientos al mismo, con un riesgo explícito o implícito a su seguridad, bienestar o salud (28).
- La *California Occupational Safety and Health Administration*, en 1995, clasifica la **violencia en el trabajo** en tres tipos según la relación existente entre el agresor y la víctima: en violencia de tipo I, violencia de tipo II y violencia de tipo III (29)
- En nuestro estudio seguiremos la clasificación efectuada por el INSHT de violencia (violencia interna y violencia externa) y de la *California Occupational Safety and Health Administration* (violencia tipo I, violencia tipo II y violencia tipo III); asimilando la violencia interna a violencia tipo III y la violencia externa a violencia tipo II.

1.6.3 Violencia interna o Tipo III

En la misma línea seguida hasta el momento, encontramos distintos términos y definiciones efectuadas según los autores para referirse al mismo concepto.

1.6.3.1 Definiciones de violencia interna o tipo III

- Según la OMS se define **acoso laboral** como *“El comportamiento agresivo y amenazador de uno o más miembros de un grupo, hacia un individuo en el ámbito laboral”* (30). Incluyendo situaciones como acoso moral, sexual o por razón de sexo, discriminatorio u otras situaciones de violencia laboral.
- Según el INSHT se define **violencia interna** como *“toda acción, incidente o comportamiento mediante los cuales una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”* (27).
- Según la *California Occupational Safety and Health Administration* se define como **violencia de tipo III** *“actos violentos que provienen de compañeros o superiores del propio lugar de trabajo. Existe algún tipo de relación laboral entre el agresor y la víctima”* (29).

La siguiente imagen refleja distintos conceptos que quedan englobados como acoso laboral / violencia interna / tipo III (figura 2).

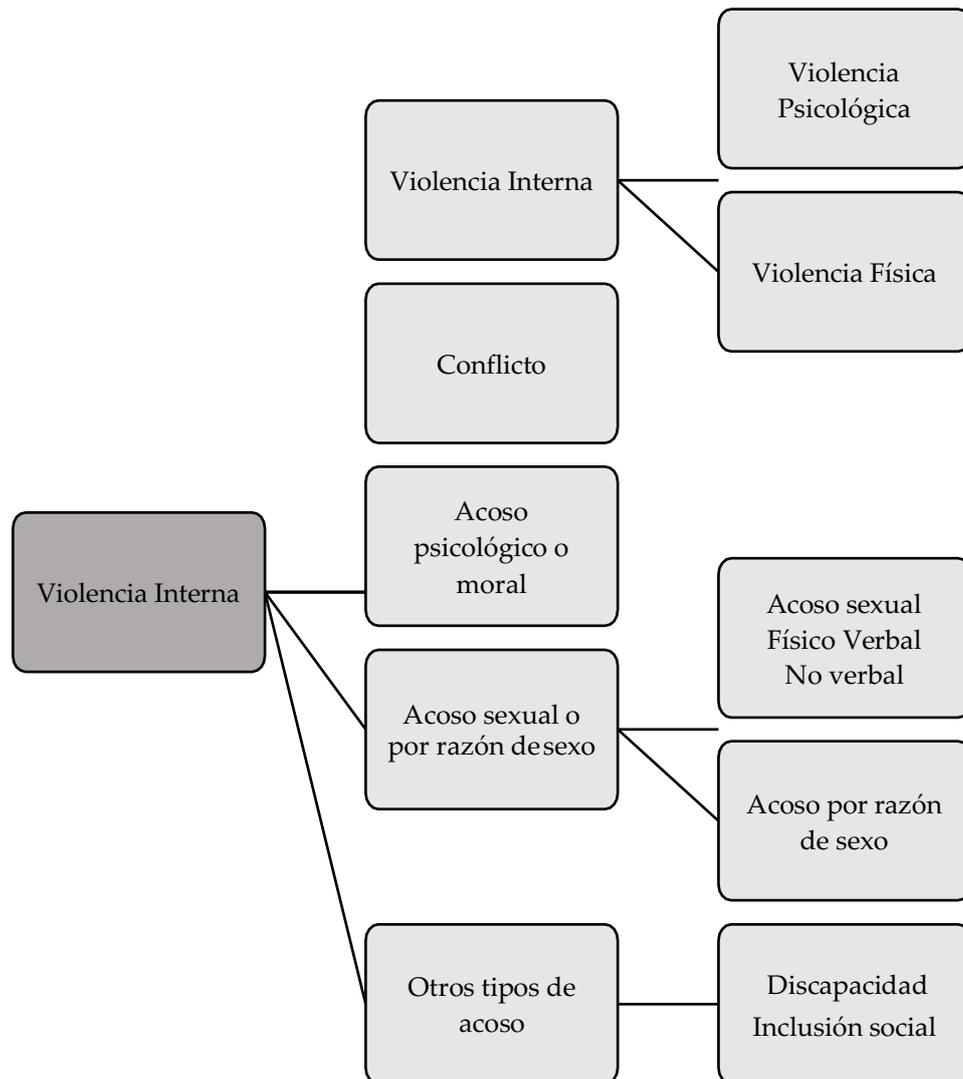


Figura 2. Conceptos que quedan englobados como violencia interna

Fuente: Elaboración propia.

1.6.3.2 Tipos de violencia interna o tipo III

Existen distintos tipos de manifestaciones de la violencia interna en el trabajo.

- **Conflicto interno:** aquella situación en la que dos o más partes están en desacuerdo entre sí, cualquiera que sea su nivel jerárquico o cometido funcional (31).
- **Acoso psicológico o moral:** *“exposición a conductas de violencia psicológica intensa, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo hacia una o más personas, por parte de otra u otras que actúan frente a aquella o aquellas desde una posición de poder (no necesariamente jerárquica sino en términos psicológicos), con el propósito o el efecto de crear un entorno hostil o humillante que perturbe la vida laboral de la víctima”*, suponiendo tanto un atentado a la dignidad de la persona como un riesgo importante para su salud. (32).
- **Acoso psicológico en el trabajo,** según la Nota Técnica de Prevención 854: *“exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente a aquella/s desde una posición de poder (no necesariamente jerárquica)”* (33).
- **Acoso sexual y acoso por razón de sexo** (Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres) (34).
- **Acoso a las personas con Discapacidad y su Inclusión Social,** según el Real Decreto Legislativo 1/2013 (35).
- **Acoso relacionado con el origen racial o étnico, la religión o convicciones, la discapacidad, la edad o la orientación sexual de una persona** (Ley 62/2003) (36).
- **Acoso en función del nivel jerárquico,** clasificado en acoso vertical ascendente, acoso vertical descendente, acoso vertical horizontal y acoso laboral mixto (37).

Uno de cada seis trabajadores (16%) informa de actos violentos, de acoso y de atención sexual no deseada, con posibles consecuencias negativas para su salud y la continuidad de su participación en el trabajo (38).

1.6.3.3 Tipos de agresiones

La siguiente imagen indica los **tipos de agresiones** que pueden ocurrir en el trabajo, según la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas (39).

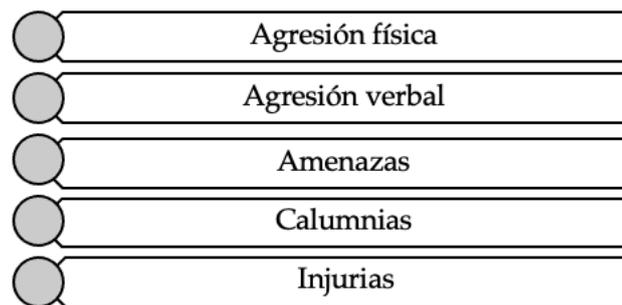


Figura 3. Tipos de agresiones

Fuente: Elaboración Propia

Las agresiones que pueden sufrir los trabajadores en su puesto de trabajo quedan definidas a continuación y serán algunas de las variables estudiadas (39).

- **Agresión física:** lesiones que suponen el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos y/o psicológicos y que podrán ser constitutivas de delito atendiendo a su gravedad (39).
- **Agresión verbal:** insultos o palabras groseras que pueden constituir desde una falta de orden público, hasta un desacato a la autoridad (39).
- **Amenazas:** que suponen el dar a entender a alguien la intención de provocarle algún mal en su persona o en la de sus allegados (39).
- **Calumnias:** que significa la imputación a alguien de un delito, hecha con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad. Está tipificada como delito por el Código Penal (39).
- **Coacción:** fuerza o violencia física o psíquica que se ejerce sobre una persona para obligarla a decir o hacer algo contra su voluntad (39).

- **Injurias:** que suponen la acción o expresión que lesionan la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación. Puede igualmente ser constitutiva de delito (39).

1.6.3.4 Marco Jurídico y actuaciones ante violencia interna o tipo III

Estas situaciones de violencia interna en el lugar de trabajo siguen una normativa vigente a nivel internacional, nacional y autonómica que ampara a la víctima (Anexo I, Anexo II y Anexo III).

1.6.4 Consecuencias de la violencia en el trabajo

El comité mixto OIT/OMS considera, por un lado, que las interacciones entre el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de la organización y, por otra parte, que las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, a través de sus percepciones y experiencias; pueden influir en su estado de salud, su rendimiento y la satisfacción en el trabajo (21).

Las consecuencias de la violencia en las víctimas pueden generar sentimientos de cólera, ira, pérdida de confianza en sí mismo y desconfianza hacia otras personas.

Si la situación se prolonga, puede producir enfermedad **física o psicológica, abuso de medicamentos y sustancias tóxicas**; pero también, se van a ver afectados **el ámbito familiar y social** y puede llevarlos al abandono de la profesión. Sin olvidar como afecta a la **empresa** y a la **sociedad** (23).

Por tanto, la violencia en el trabajo tiene consecuencias para el trabajador afectado, su vida familiar y social, la organización del trabajo en la empresa y la sociedad.

- **Las consecuencias para el trabajador** pueden afectar tanto al plano físico, psíquico, social y familiar (22-23, 37, 39-40-42).
 - **En el plano físico**, puede manifestar problemas dermatológicos, cardíacos, gastrointestinales, alérgicos y osteomusculares, entre otros.
 - **En el plano psíquico**, puede presentar cualquiera de los siguientes signos, solos o combinados: ansiedad, síndrome de

estrés postraumático, deterioro de la autoestima, alteraciones de la personalidad, cuadros depresivos, dificultad de concentración, agresividad, trastornos del sueño o ideas suicidas.

- **En el plano social**, puede mostrar gran susceptibilidad, hipersensibilidad a la crítica, hostilidad al entorno, inadaptación social, conductas de aislamiento, sentimientos de ira y rencor.
- **En el plano familiar**, puede manifestar agresividad e irritabilidad hacia su familia, pérdida de ilusión e interés por los proyectos comunes, abandono de las responsabilidades y compromisos familiares.

Trastornos médicos y psicológicos en otros miembros del entorno familiar, alteración de la afectividad y del deseo sexual o separación matrimonial (22-23, 37, 40-42).

- **Las consecuencias para la organización** son múltiples y pueden manifestarse de distintas formas (22-23, 37, 40-42).
 - Deterioro del clima laboral; insatisfacción y desmotivación en los trabajadores, con afectación de su eficiencia; reducción de la eficacia y productividad, con aumento de la posibilidad de accidentes por falta de atención o negligencia.
 - Críticas al empresario con pérdida de confianza, sensación general de inseguridad, o aumento de las discusiones.
 - Alto absentismo laboral por enfermedad, problemas de abuso de sustancias, alta rotación del personal, aumento de las solicitudes de permisos y ausencias retribuidas.
- **Las consecuencias para la sociedad** (22-23, 37, 40-42).
 - Un aumento del gasto económico dedicado a bajas laborales y/o jubilaciones e incapacidades o litigios judiciales.
 - Aumento del presupuesto económico y de los recursos sanitarios.
 - Pérdida de la población activa o consideraciones negativas de la población a los efectos del trabajo.

1.6.5 Planes de actuación ante violencia en el trabajo

En 2003, la OIT recomendó establecer una serie de actuaciones para evitar estas situaciones en el lugar de trabajo (43).

Como actuaciones preventivas debían elaborarse políticas y planes nacionales, autonómicos y locales sobre salud y seguridad laboral, destinados a combatir la violencia en los centros de trabajo; así como registros y estudios estadísticos sobre el alcance, causas y consecuencias (44-45).

Los principios básicos preventivos son (30, 46):

Prevención primaria: prevenir y evitar situaciones de riesgo de violencia en el entorno laboral, que puedan afectar a la seguridad y salud del trabajador.

Prevención secundaria: identificar la situación de conflicto para resolución.

Prevención terciaria: control de la implantación de las disposiciones adoptadas y comprobación del cumplimiento de las medidas planificadas.

1.6.6 Violencia externa o tipo II

Tras la diversidad de definiciones y clasificaciones encontradas para la violencia, nos centramos en el tema de estudio: la violencia externa o violencia tipo II.

1.6.6.1 Definiciones de violencia externa o tipo II

- **Violencia externa** “es la que tiene lugar entre empleados y terceras personas presentes en el lugar de trabajo de manera legítima (cliente, paciente, usuario), pero que no tienen relación laboral con la empresa en la que se desarrollan los hechos” (27).
- **Violencia tipo II** son “actos violentos procedentes de los clientes a quienes se atiende o se presta servicio, vinculado a la reclamación o exigencia de supuestos derechos. Existe algún tipo de relación profesional entre el agresor y la víctima” (29).

Para evitar cualquier tipo de confusión, se excluyen las siguientes situaciones de violencia como son acoso laboral, acoso sexual, **agresiones entre profesionales**

del centro de trabajo o violencia tipo III, o aquellos eventos fortuitos que causen una lesión al trabajador como consecuencia de un acto ilícito, robo, atraco, definido como **violencia tipo I** (29).

Otro tipo de violencia, y relacionada indirectamente con nuestro estudio, son los **daños patrimoniales**, definidos como “*acciones intencionadas como consecuencia de una agresión produciendo un daño al patrimonio de la organización o de los trabajadores (bienes materiales o enseres)*”. Suelen tener un importante poder intimidatorio, ya que suele afectar a los profesionales y suele asociarse a otros tipos de agresiones (30).

1.6.6.2 Violencia externa o tipo II en el ámbito no sanitario

Un 57,4% de las empresas tuvo problemas con clientes difíciles y un 4% de los trabajadores fueron víctimas, en alguna ocasión, de violencia física en su lugar de trabajo (47).

Como se ha mencionado previamente, son la sanidad, la educación y los servicios sociales los sectores más afectados (63,1%); siendo su frecuencia significativamente más alta que en el resto de las actividades encuestadas (48).

Existen múltiples causas desencadenantes, como puestos de trabajo con un solo trabajador, escasez de plantilla para atención al público, salas de espera saturadas, mal diseño de las instalaciones o largo tiempo de espera (49).

Hay que mencionar aquellas **agresiones no intencionadas**, ya que la persona responsable de las mismas no tiene intención de lastimar, pero su acción puede causar lesiones a la víctima. Suelen producirlas personas con patología psiquiátrica, deterioro cognitivo, discapacidad psíquica, niños o de manera accidental. Por tanto, deberían valorarse qué situaciones pueden considerarse como no intencionadas para tratarlas como accidentes y no como agresiones (50).

Determinados sectores son más proclives a sufrir violencia externa como es el **del transporte**, concretamente el de pasajeros (51-52) en horario nocturno (53-54-55-56), siendo necesario implantar medidas preventivas para mejorar la seguridad y la salud de estos profesionales (57).

Los trabajadores que efectúan su actividad laboral en el **sector mercantil**, especialmente en comercios de bebidas y alimentación, registraron las tasas más altas

de muertes en sus centros de trabajo (58), estableciéndose normativa para combatirlos (59-60-61-62).

En las **oficinas de farmacia**, sus trabajadores sufrieron violencia por parte de los clientes, siendo uno de los principales motivos la negativa a la dispensación de medicamentos no autorizados (63-64).

La educación es otro de los sectores más castigados por la violencia. Numerosos estudios confirman la mala relación existente entre alumnos, familiares y el personal docente (65-66). Siendo necesario implantar medidas correctoras o disciplinarias y establecer políticas para su mejora (67-68), así como conocer qué alteraciones se producen en el estado de salud de los docentes (69,70,71,72) y del resto de profesionales que realizan su actividad laboral en estos centros (73).

Otro de los sectores afectados por el alto nivel de exposición y riesgo a la violencia es el **personal de la seguridad privada** (62), registrándose que un elevado número de profesionales sufrieron lesiones que precisaron asistencia sanitaria y/o incapacidad temporal (74) con altas cifras de violencia (75), e incluso que llegaron a normalizar estas situaciones (76). Situación similar sufrió la **policía local**, aunque los resultados no fueron concluyentes (77).

Los **funcionarios de prisiones** que sufrieron agresión por parte de los internos, presentaron altos niveles de agotamiento, despersonalización o estrés postraumático (78-79-80-81), siendo necesaria la implantación de medidas para la mejora de sus condiciones de trabajo (80-81-82).

Distintas profesiones presentaron mayor riesgo de estrés postraumático, por las **características especiales de la población** a la que atienden, como funcionarios de prisiones (78-79-80-81-82), sanitarios que asisten pacientes psiquiátricos o con deterioro cognitivo, cuidadores de ancianos o personas con discapacidad. Estos trabajadores presentaron mayor riesgo de sufrir agresiones físicas, verbales o amenazas; siendo fundamental establecer pautas para la detección temprana de las agresiones y la instauración de medidas preventivas (83-84-85), sin olvidar el miedo presentado ante agresiones y amenazas (86-87).

Otro grupo de profesionales que presentan mayor riesgo de sufrir agresiones son los que prestan **atención al público** (88), especialmente los que desarrollan su actividad en el **sector de la salud y la administración pública**, asociado a

determinadas variables como el sexo, “ser extranjero”, “pertenecer a una etnia o raza en particular” o su “orientación sexual” (89), o por trabajar en servicios públicos (90).

Otros **factores predisponentes** en los lugares de trabajo, que pueden desencadenar mayor riesgo de violencia por parte de los usuarios, son: la manipulación de artículos valiosos (dinero o joyas), contacto con individuos inestables, trabajar solo o en lugares aislados, en horario nocturno o en fines de semana, o en los que el usuario consume alcohol o sustancias (91).

En definitiva, en el **sector servicios** (educación, salud y banca) se identificó que, en un 70% de los casos, eran los factores organizacionales los desencadenantes de la violencia; pero no como única causa, sino como un problema sistémico (92).

Algunos países como Suecia o el Reino Unido elaboraron documentos para **prevenir la violencia en sus centros de trabajo**.

El Reino Unido a través del *Health and Safety Executive* intervino para evitar la violencia física en profesiones de máximo riesgo (93).

Hay que mencionar aquellos colectivos que, en el cumplimiento de sus funciones (como hacer cumplir una **obligación legal o imponer una sanción al usuario**) presentaron mayor riesgo de sufrir agresiones; como son los trabajadores de la inspección de trabajo, hacienda, judicatura, apuestas y juegos, etc., o personas de inspección o mantenimiento de instalaciones energéticas, o de la propiedad intelectual (94).

Una nueva forma de presentación de la violencia en el lugar de trabajo es el **ciberacoso o violencia online** (8), debido al desarrollo e implantación de las nuevas tecnologías; pero, para establecer una relación laboral es necesaria la existencia de un vínculo con el trabajo, indistintamente del lugar en que ocurra (95).

Hay que mencionar una infradeclaración de los actos violentos ocurridos en el lugar de trabajo, por su falta de notificación (96-97-98-99).

1.6.6.3 Efectos de las agresiones, en el lugar de trabajo

Las agresiones producen **efectos negativos** para la salud, no solo en los trabajadores agredidos, sino también en los testigos (100).

Las mujeres presentaron más alteraciones en su estado de salud que los varones (101).

A corto plazo, las víctimas presentaron angustia psicológica; pero, a medio y largo plazo, alteraciones físicas o psíquicas (102). Las lesiones no suelen ser mortales, pero su incidencia es mucho más elevada que las lesiones graves o mortales (103).

Estudios realizados en centros de trabajo de Estados Unidos (EE. UU.) indicaron que el **uso de armas de fuego** producía muchas lesiones graves o mortales (104). Se vio que un 64% de los homicidios ocurridos en estos lugares, eran debidos a robos y un 36% tenían otra causa; pero era el arma de fuego el instrumento utilizado (105), siendo los **trabajadores adolescentes** uno de los grupos más susceptibles a ese tipo de violencia (106).

La Encuesta Nacional de Víctimas por delitos (107) señaló que son más frecuentes las agresiones en el trabajo, que no ocasionaron lesiones graves, pero sí que afectaron a la salud de los trabajadores (3,5 millones de víctimas, 900.000 agresiones y 100.000 violaciones y robos (108).

Las mujeres presentaron mayor incidencia de sufrir agresiones y afectación de su estado de salud (101, 109, 110) y dos veces más riesgo de sufrir violencia que los hombres (111).

Los trabajadores sanitarios masculinos normalizaron estas situaciones, frente a las mujeres sanitarias; y ambos sexos las normalizaron respecto a otras profesiones (112).

Ante los hechos descritos- e indistintamente del motivo desencadenante, sexo de la víctima, tipo de lesiones o instrumento utilizado- numerosos estudios indicaron la **implantación de medidas preventivas y estrategias** para eliminar o minimizar los riesgos; evitar el aumento de la violencia, con efectos negativos para la salud de los trabajadores (97-100-103-104-106-107-113-114); y dimensionar los costes económicos necesarios (98). Para ello, es preciso disponer de los datos reales, siendo imprescindible la elaboración de un plan de notificación y registro (114).

1.6.6.4 Marco jurídico de la violencia externa o tipo II en España

La Constitución Española, en su artículo 40.2, encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad y salud de los trabajadores (115) y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 14, afirma que el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio (116).

La Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana (117), en su artículo 13, 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...». Para dar respuesta, se desarrollaron distintas normativas concretando determinados aspectos en materia de medidas de seguridad.

Un ejemplo a mencionar es la Sentencia del Tribunal Superior, de 20 de septiembre de 2007, Recurso 3326/2006, que declaró culpable al Ayuntamiento de Alegría-Dulantzi, con el derecho de la trabajadora a ser indemnizada por daño moral, tras sufrir una agresión, siendo uno de los motivos denunciados, la falta de medidas de protección correspondiente en materia de prevención de riesgos laborales (118).

1.7 VIOLENCIA EXTERNA O TIPO II EN EL ÁMBITO SANITARIO

La violencia en el lugar de trabajo afecta especialmente a los profesionales de la salud. Según Nordin, un 25% de las agresiones ocurridas se producen en el ámbito sanitario y más de un 50% de los trabajadores han sido víctimas de ella en alguna ocasión (119).

Son uno de los grupos más afectados por la violencia en su lugar de trabajo (48,51,76,89), independientemente de la situación socioeconómica, demográfica, geográfica o cultural de los países.

Como ocurre en otros tipos de violencia, la mayoría de los casos no se denuncian, por lo que se desconoce la verdadera magnitud del problema, viéndose agravado por la falta de procedimientos homogéneos para su estudio y valoración (120).

Por tanto, las agresiones en el ámbito sanitario se han convertido en un signo de alarma social y un riesgo psicosocial emergente.

1.7.1 Violencia externa, internacional, en el ámbito sanitario

Las circunstancias varían en función de las características de los países, pero el resultado es el mismo.

Investigaciones efectuadas en países distintos, muestran datos similares.

- **Estados Unidos (EE. UU.)** fue uno de los primeros países en legislar la materia, ya que sus profesionales sanitarios tenían 16 veces más riesgo de sufrir actos violentos que otros trabajadores (114). Los datos presentados, tras la Encuesta Nacional de Victimización por delitos, mostraron que estos trabajadores sufrieron un 20% más de agresiones que otros profesionales (121). Uno de los motivos desencadenantes podría ser el uso indiscriminado de armas de fuego por parte de la población (104 - 122). En seis hospitales estadounidenses se detectaron un 39% más de agresiones (123) y en el estudio efectuado en hospitales de la Red de Seguridad en Salud Ocupacional se detectó un aumento de un 23% (124).

Ante estos datos alarmantes, el *National Occupational Health and Safety Administration* elaboró una de las primeras guías específicas para abordar la violencia en el sector sanitario (114-125).

- **En Europa**, Suecia fue la pionera en abordar el tema, seguida de otros países como Bélgica, Italia, Holanda y Francia; imitando las medidas de EE. UU. (122, 126). Hay que destacar las altas cifras de agresiones que presentaron los profesionales sanitarios franceses, comparado con otros países europeos (122, 126).
- - **El Reino Unido** mostró el mismo patrón alarmante, por los datos facilitados. Así, el *English National Health Service* (NHS) expuso que un 11% de sus profesionales sanitarios del ámbito hospitalario y un 6% de Atención Primaria había sufrido una agresión física (122). En 170 hospitales británicos

se registró que un 43% de los profesionales de urgencias habían sufrido agresiones físicas una vez al mes y un 18% fueron amenazados con arma blanca (122, 126). El NHS afirmó que los trabajadores sanitarios presentaron mayor afectación de su estado de salud si la agresión era realizada por un compañero, en lugar del usuario (127).

Por ello, el Reino Unido puso en marcha la campaña *“Tolerancia Cero a la Violencia en el NHS”*.

- En **Alemania**, Schablon estimó que el 56% de la población estudiada había sufrido violencia física y un 78% verbal (128).
- En **Italia**, el estudio realizado a través del “formulario de denuncia de agresión” presentó un ascenso de los datos, similar al de otros países europeos (129-130).
- En **América Latina** se realizó la mayor encuesta *online* (www.intramed.net) efectuada hasta ese momento, con una participación de más de 30.000 médicos, con un 54,6% de agresiones (122, 126). Otros reflejaron alteraciones en su estado de salud y disminución de la calidad de la sanidad y salud pública de esos países (131). En Perú, Tuya Figueroa, a través de un cuestionario de agresiones, registró un 77%, de las cuales: un 64% eran verbales, 1% físicas y un 12% físicas y verbales; con secuelas psicológicas y afectación del rendimiento laboral de los trabajadores (132).
- **Canadá, Australia y Nueva Zelanda** siguieron el modelo utilizado por EE.UU. y adoptaron medidas frente a la violencia externa en los centros sanitarios, adaptándolas a sus necesidades y realidad sociodemográfica (114).
Las enfermeras **australianas** sufrieron más violencia (68%) que los médicos (48%), siendo la mayoría agresiones verbales, y no existieron

diferencias entre las categorías laborales y el tipo de agresión (133). Sanitarios australianos, que ejercían su actividad en un centro penitenciario, no presentaron más agresiones físicas que los que la desarrollaban a nivel comunitario (134).

Estudios efectuados en **países asiáticos** presentaron resultados semejantes a los mostrados.

En 19 hospitales de **China** se indicaron que los refuerzos necesarios en las intervenciones por conflictos serían distintos según el tipo de agresión sufrida por los trabajadores (135). Un hospital del Sur de China detectó que el 57,2% de sus trabajadores sanitarios había sufrido agresiones, siendo un 53,4% agresiones verbales (136). Un **hospital palestino** reflejó que el 80,4% de sus trabajadores había sufrido violencia durante el último año, con un 59,6% de agresiones verbales (137). En **Arabia**, un 57% de sus trabajadores había sufrido violencia psicológica (138). En **Israel**, Shafran-Tikva *et al* reflejaron que la violencia ejercida por los pacientes era distinta a la realizada por los familiares (139); siendo la causa, en la mayoría de las ocasiones, la disconformidad con el servicio prestado (140). Y en **Pakistán**, un 51% de los encuestados había presenciado o vivido agresiones, siendo en un 45% agresiones verbales (141).

Se ha detectado en los últimos años especial interés por el tema, con un aumento de estudios y publicaciones sobre agresiones a profesionales de la salud (142-143).

Tras una amplia revisión de la literatura, se concluyó con la necesidad de implantar una cultura preventiva, una educación de los trabajadores en el manejo de los conflictos y el establecimiento de políticas y legislaciones adaptadas a las necesidades de los centros sanitarios, por su situación geográfica, cultural y económica (128-129-137-141-144-145).

1.7.2 Violencia externa en el ámbito sanitario en España

Analizando la situación en nuestro país, numerosos estudios y registros oficiales llegan a la misma conclusión: *“un aumento de agresiones a los profesionales de la salud”*.

En 2010, Martínez León reflejó el aumento de las agresiones a los médicos, con una tasa de 0,2/100.000 agresiones/ actos médicos y que un 60% de los 200.000 médicos que había en España habían recibido amenazas (126).

Los datos siguieron creciendo de manera notable, según los últimos informes emitidos por la Organización Colegial de Enfermería, la Organización Médica Colegial y la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los datos registrados por la Organización Colegial de Enfermería indicaron que un 33% de los enfermeros españoles había sufrido una agresión física o verbal en los últimos 12 meses (146). Personal de enfermería agredido (figura 4):

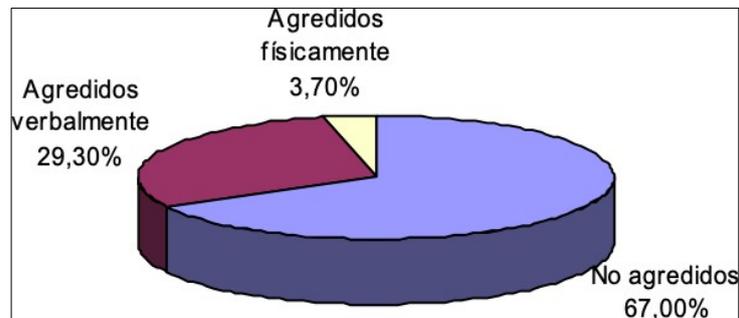
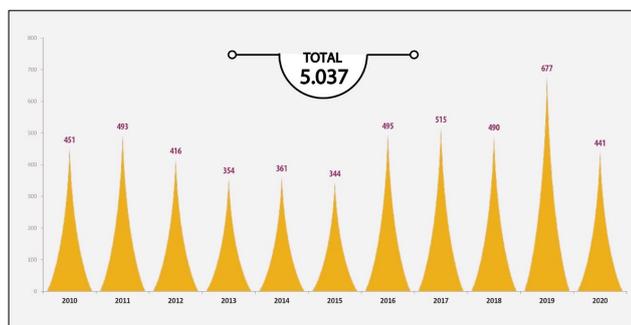


Figura 4. Porcentajes de personal agredido y tipo de agresión (física o verbal) en enfermería

Fuente: Organización colegial de enfermería. (2012) (146).

La Organización Médica Colegial (OMC) (2010-2015) indicó un aumento muy importante de la violencia hacia los médicos, en relación con los datos aportados en 2010 por Martínez León; aunque estas cifras no reflejaron la totalidad de las agresiones, por su falta de comunicación y registro (147). El último informe aportado por la OMC; en 2019, notificó, las cifras más elevadas de agresiones registradas hasta ese momento, con valores de 2,57/1000 colegiados agredidos, siendo Andalucía la comunidad más afectada. En este período de estudio (2010-2020) se registraron 5037 agresiones (148).



5Figura 6. Evolución en el número de agresiones comunicadas a los colegios de médicos (2010-2020).

Fuente: Organización Médica Colegial de España (2020) (148)

El acuerdo del Pleno de la Comisión de Recursos Humanos, del Sistema Nacional de Salud (SNS), estableció registrar las agresiones por Comunidades Autónomas durante el período 2017-2018, en base a un documento común o “Conjunto Mínimo de Datos” a aplicar según lo acordado en el seno del grupo de trabajo (149).

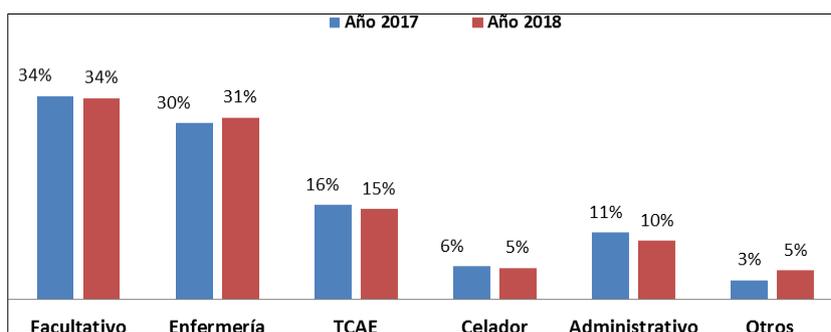


Figura 7. Agresiones por categoría laboral (2017-2018)

Fuente: Ministerio de Sanidad (2020) (149)

El Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, en 2003, fue uno de los primeros en establecer dispositivos y mecanismos para proteger a sus profesionales de las

agresiones sufridas durante su actividad profesional, a través del Observatorio de la Seguridad de los Médicos; creando en 2010 la Unidad Integral de Violencia contra el médico para su asesoramiento (150).

Se revisó la literatura elaborada en nuestro país, para conocer detalladamente las características de las variables relacionadas con las agresiones sufridas por los trabajadores de la salud, como: unidad de trabajo, categoría laboral, sexo del profesional y del agresor, tipo de agresión, tipo de agresor, afectación del estado de salud y medidas preventivas a implantar a nivel nacional, por comunidades autónomas, por áreas o centros sanitarios.

El interés por las agresiones a profesionales sanitarios españoles entre 2005-2010, no despertó demasiado interés en los investigadores; encontrando pocos estudios relacionados con el tema, durante este período.

Durante este tiempo, se encontraron los siguientes estudios: Martínez-Jarreta (2006) registró que un 11% de los profesionales estudiados había sufrido agresiones físicas y un 64% amenazas, coacciones o insultos (151). Un estudio realizado en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital catalán reflejó que un 62% de ellos sufrieron agresiones físicas y un 68% verbales (152). Un hospital andaluz indicó que los datos oficiales presentados por la OIT no coincidían con el número de agresiones registradas por los sanitarios en dicho hospital, siendo las cifras detectadas más elevadas que las publicadas por la OIT (153). O el estudio efectuado en centros sanitarios del Noreste y Este de España que registraron un 11% de agresiones físicas y un 64% de amenazas o insultos hacia sus profesionales (154). Aunque Martínez-León señaló, en su estudio, una disminución de las agresiones, y solo un 9,8% de ellas precisaron atención médica (155).

Hay que destacar el proyecto realizado en Cataluña (2007-2009), notificando las agresiones por internet; registrando 1940 agresiones, 50% físicas y 33% verbales (156-157).

A partir del año 2011, aumentaron los estudios de agresiones sufridas por el personal sanitario; confirmándose en España el aumento de agresiones en los centros sanitarios, con resultados similares a los de otros países (158), así como la falta de declaración de las agresiones por parte del personal de enfermería (159).

En la Comunidad de Madrid, los trabajadores de Atención Primaria notificaron más agresiones que los de Especializada (160) y, en esta misma área sanitaria, se instauró un protocolo de actuación para evitar las agresiones y cuidar a sus profesionales (161). El personal sanitario presentó más riesgo de agresión que el no sanitario (162) y destacó la mayor incidencia de agresiones en Atención Primaria, que en hospitalaria (163).

El Servicio Navarro de Salud (2008-2012) reflejó un 45,5% de agresiones verbales, pero consideró que las estrategias a implantar deberían ser específicas en función de la categoría laboral y el servicio al que pertenece el trabajador agredido (164).

Mayorca incidió en la falta de notificación por parte de los trabajadores agredidos (165) y Ortells, en el desconocimiento del protocolo de notificación de agresiones en un 69% de los casos (166).

Otros estudios correlacionaron el tipo de agresión sufrida por los trabajadores sanitarios y sus desencadenantes (167-168-169), así como aquellos que indicaron la implantación de estrategias y actuaciones individuales o grupales hacia las víctimas (170-171-172).

Un factor que hay que mencionar como agravante de las agresiones es la falta de apoyo por parte de la dirección del centro (173), así como la falta de una **estrategia unificada** para la notificación y el registro de las agresiones (174).

Es a partir de **2018**, cuando aumentaron las investigaciones de agresiones a los profesionales de la salud, con la finalidad de establecer estrategias y planes de actuación para su prevención; motivando a las direcciones e instituciones en la implantación de medidas preventivas (175-180) y protocolos, para mejorar el estado de salud de los trabajadores agredidos (181-187).

Serrano (2019), tras una revisión sistemática, confirmó el aumento de agresiones, su falta de notificación (80%) y de denuncia (70%), así como la discrepancia a la hora de su notificación y registro (120).

1.7.3 Afectación del estado de salud de los trabajadores sanitarios, tras una agresión

Las agresiones que sufren los profesionales sanitarios pueden producir alteraciones en su estado de salud y manifestarse de distintas formas: desde ausencia de una lesión traumática visible, contusiones únicas o múltiples, heridas leves o superficiales; hasta heridas graves, con riesgo vital o mortal (114).

Pueden somatizar y manifestarse con palpitaciones; sofocos; disnea; somatizaciones como: gastralgias, migrañas y contracturas musculares, miedo a seguir ejerciendo su profesión y, en ocasiones, verdadero pánico al lugar de trabajo con crisis de ansiedad, signos depresivos, estrés postraumático y, en un 30% de los casos, estrés postraumático crónico (24-114).

Pueden presentarse aisladas o combinadas, aunque, generalmente, las lesiones físicas suelen acompañarse de daños psíquicos y su gravedad dependerá de las circunstancias de la agresión, del estado personal y del entorno de la víctima en ese momento.

Según Iniesta (2016) y León Torres (2021), las manifestaciones físicas a consecuencia del estrés pueden ser múltiples. Las más frecuentes son las manifestaciones de origen cardiovascular, endocrino, gastrointestinal, respiratorio, muscular y dermatológico (188, 189).

Tabla 3. Consecuencias del estrés laboral a corto y largo plazo

CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS	
CORTO PLAZO	LARGO PLAZO
<ul style="list-style-type: none"> -Dolores de cabeza -Dolores musculares -Calambres en cuello, hombros y brazos -Cansancio excesivo -Problemas de concentración -Frustración, irritabilidad y enfado -Llanto frecuente -Aumento consumo alcohol -Cambios apetito -Dificultad para conciliar el sueño -Mal genio -Lapsus de memoria -Sofocos -Ansiedad o impotencia -Apatía y desesperación 	<p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alteraciones neuroendocrinas: aumento cortisol y catecolaminas, o alteraciones glucosa. -Trastornos cardiovasculares: aumento TA, arterioesclerosis, riesgo cardiovascular o alteración coagulación. -Trastornos musculoesqueléticos: aumento tono muscular y dolor lumbar y cervical crónico. -Alteraciones dermatológicas: alopecia, eccemas, dermatitis seborreica, agravamiento psoriasis. -Otros como: cefalea, migraña, alteración ventilación. <p>Psicológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Emocionales: tristeza, irritabilidad, astenia, fatiga, ansiedad, trastornos del sueño, ansiedad y depresión. -Cognitivas: pérdida concentración, dificultad memoria, déficit de atención, sensación de temor y pérdida de control. -Comportamentales: aumento consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, alteraciones de la alimentación y trastornos conducta alimentaria.

Fuente: Iniesta A (2016) (188)

Las manifestaciones más representativas son:

- La **neurastenia**, que consiste en un aumento del cansancio físico tras la realización de cualquier tarea, que impide realizar actividades de la vida diaria y laboral (190). Suele acompañarse de dos o más síntomas de los enumerados como: dolor y molestias musculares, mareos, cefaleas, trastorno del sueño, irritabilidad, molestias gástricas e incapacidad para relajarse (191).
- **Trastorno no adaptativo no especificado crónico** como respuesta a esa situación de violencia; presentando síntomas durante tres meses tras el suceso, como: mal estado general y deterioro de su actividad habitual, incluida la laboral (191).
- El **síndrome de *burnout* o síndrome de estar quemado**, que el Instituto Nacional Seguridad y Salud en el Trabajo define como: *“una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización”* (192).

Hay que destacar que la OMS, tras la undécima revisión de la clasificación internacional de Enfermedades (CIE-11), 2021, consideró al **síndrome de *burnout* o síndrome de estar quemado** como una enfermedad y un importante problema de salud pública (193), con manifestaciones clínicas orgánicas o psiquiátricas.

El siguiente cuadro muestra las manifestaciones clínicas principales del síndrome de estar quemado.

Cuadro 2. Manifestaciones clínicas del síndrome de estar quemado en personal sanitario

Síntomas de alarma en la fase temprana <ul style="list-style-type: none">• Incremento en el compromiso de sus objetivos personales y profesionales• Agotamiento
Disminución en el compromiso <ul style="list-style-type: none">• Hacia los pacientes• Otros en general• Hacia el trabajo• Incremento de demandas
Reacciones emocionales <ul style="list-style-type: none">• Depresión• Agresión
Reducción <ul style="list-style-type: none">• Desempeño cognitivo• Motivación• Creatividad• Juicio
Aplanamiento <ul style="list-style-type: none">• Emocional• Social• Intelectual
Reacciones psicósomáticas
Desesperación

Fuente: Carrillo-Esper R (2012) (194).

Entre las enfermedades orgánicas pueden encontrarse enfermedades cardiovasculares, músculo esqueléticas, diabetes, hiperlipidemia o lesiones dermatológicas. Algunos autores describen trastornos de coagulación, trastornos neuroendocrinos muy similares a los descritos en el estrés crónico, trastorno por estrés postraumático o depresión (194).

El siguiente cuadro refleja las manifestaciones psicológicas que presenta el trabajador enfermo (195).

Cuadro 3. Manifestaciones psicológicas que presenta un trabajador enfermo

EFFECTOS PARA EL TRABAJADOR
<p>A. Psicossomáticos: cansancio hasta el agotamiento y malestar general (que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida), fatiga crónica y alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo, etc.) con síntomas como dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc.</p>
<p>B. Conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, desarrollo de conductas de exceso como abusos barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.), cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.</p>
<p>C. Emocionales: predomina el agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos.</p>
<p>D. Actitudinales: actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.</p>
<p>E. Sociales y de relaciones interpersonales: actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extralaboral del sujeto (debido a que las interacciones son hostiles, la comunicación es deficiente, no se verbaliza, se tiende al aislamiento, etc.).</p>

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (195)

El estudio efectuado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo distingue entre el *burnout* y el estrés. El siguiente cuadro refleja las diferencias entre ambos (195).

Cuadro 4. Diferencias entre estrés y burnout

ESTRÉS	BURNOUT
Sobre implicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional
El daño fisiológico es el sustrato primario	El daño emocional es el sustrato primario
Agotamiento o falta de energía física	Agotamiento afecta a motivación y a energía psíquica
La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas	La depresión en burnout es como una pérdida de ideales de referencia-tristeza
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas (estrés)	El SQT sólo tiene efectos negativos

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (195)

El siguiente cuadro muestra los efectos que la violencia contra el personal sanitario tiene en el propio personal, así como en la organización a la que pertenecen.

Cuadro 5. Efectos que la violencia contra el personal sanitario tiene en el propio personal, así como en la organización

EFECTOS SOBRE LA PERSONA	EFECTOS SOBRE LA ORGANIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la motivación, implicación y rendimiento laboral - Disminución de la autoestima - Despersonalización - Síntomas psicósomáticos - Alteraciones emocionales - Pensamientos negativos sobre sí mismo, la profesión y la organización - Afectación de los rendimientos cognitivos - Conductas de evitación en el trabajo - Afectación a la realización profesional y personal - Afectación de las relaciones personales y sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento del absentismo laboral y pérdida de horas de trabajo - Descenso de la calidad de la asistencia - Deterioro del ambiente laboral - Deterioro de la imagen institucional - Incremento de los costes por medicina defensiva - Insatisfacción de usuarios y profesionales - Deterioro de la relación entre profesionales y usuarios - Conflictos laborales

Fuente: Miret C, & Martínez Larrea A (2010) (187)

Ante la repercusión que tienen las agresiones sobre los profesionales de la salud, deben establecerse programas preventivos en los centros de trabajo, que contemplen: campañas de prevención primaria, planes informativos y formativos y, especialmente, seguimiento de la víctima, para facilitar la ayuda terapéutica.

Cuando la lesión que presenta el trabajador es física, suele acudir voluntariamente al médico para su curación y recuperación; pero, cuando la lesión es psicológica, en muchas ocasiones esto no ocurre, retrasando el inicio de su terapia.

Estos programas deben orientarse para aliviar el sufrimiento, evitar la progresión clínica y dotar al paciente de estrategias de afrontamiento.

El tratamiento debe ser individualizado y adaptado a las necesidades de cada enfermo en función de su sintomatología, entorno laboral, social y familiar.

Algunas de las intervenciones que pueden realizarse son las terapias cognitivo-conductuales, el tratamiento farmacológico, programas de gestión de la ansiedad, técnicas de relajación, entrenamiento autógeno o psicoterapia de grupo (196). Siendo fundamental un abordaje multidisciplinar y trabajo en equipo de los distintos terapeutas, para conseguir los mejores resultados (196).

Tras la revisión de la literatura, numerosos estudios siguen esta línea de investigación.

Más de la mitad de los trabajadores sanitarios agredidos presentaron alteraciones en su estado emocional (132-197), que podía manifestarse desde altos niveles de desgaste profesional y afectación de su estado de salud (186-187), hasta síntomas de estrés postraumático, depresión y, como consecuencia final, el síndrome de *burnout* (151-181-182-198-199-200-201); que, en ocasiones, precisaron períodos prolongados de incapacidad temporal (131-182) y tratamiento psicológico para su recuperación (128-202). Un 94,36% de los casos presentó alguna alteración en su esfera psicológica (203) y un porcentaje muy elevado tuvo que abandonar su puesto de trabajo tras el incidente (204).

Las agresiones no solo afectan de forma negativa a la salud física o psicológica de los profesionales de la salud (128-131-132-137-205-206), sino que afectan a su vida social, personal y profesional (141-206-207-208).

Hay que destacar los estudios realizados en profesionales que atienden a pacientes psiquiátricos, ya que presentaron mayor afectación de su estado emocional, incidencia de estrés postraumático, síndrome de *burnout* (209-210) y más riesgo de lesiones físicas, que los que trabajaron en otras áreas de hospitalización (209-211).

En contra, hay algunos estudios que indicaron que la mayoría de los trabajadores, tras sufrir una agresión, no presentaron alteraciones importantes en su estado de salud mental y solo un pequeño porcentaje manifestó afectación de su estado psicológico (212-213).

Las agresiones sufridas por los médicos chinos se asociaron al estrés psicológico, la calidad del sueño y la salud subjetiva, y el estrés psicológico desempeñó un papel mediador en la relación entre la exposición a la violencia y los daños a la salud (214).

Los trabajadores **de urgencias**, tras sufrir una agresión, presentaron insatisfacción laboral y miedo durante el desarrollo de sus tareas (215-216), estableciéndose una asociación estadísticamente significativa con el síndrome de *burnout* (217-218-219-220).

Una revisión bibliográfica, durante 26 años, concluyó que los profesionales sanitarios agredidos en su puesto de trabajo, presentaron alteraciones de su salud física y psíquica (217).

Tras sufrir una agresión, los trabajadores de la salud presentaron alta probabilidad de alteraciones psíquicas, que manifestaron con reacciones de: ira, impotencia, humillación (221), estrés postraumático, ansiedad, depresión y agotamiento, hasta síndrome de *burnout*; en comparación con los no agredidos (222-223-224-225-226-227).

1.7.4 Violencia externa o tipo II, en ámbito sanitario, por categoría profesional

Una variable para destacar es la categoría profesional, asociada al riesgo de agresión.

Se entiende por **categoría profesional**: *“agrupación de funciones, cualificación, competencias, grupo y subgrupo funcional de clasificación y titulación, necesarias y exigibles para la prestación de un servicio público en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, que condiciona la incorporación y acceso de los profesionales a los centros e instituciones sanitarias de este sistema en el grupo y subgrupo de clasificación profesional correspondiente”* (228).

Las funciones de las distintas profesiones (médico, enfermero, matrona, fisioterapeuta, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, técnico especialista en rama sanitaria y personal no sanitario) vienen determinadas por la legislación vigente (229).

Se definen, de manera genérica, las funciones de las distintas profesiones:

- **Médico general** *“al profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario”* (230).
- **Enfermería**, según la Real Academia Española es la profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos (231). Según la Internacional Council of Nurses, el enfermero sigue los preceptos del código deontológico de enfermería (232-233).
- **Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería** debe proporcionar cuidados a los pacientes y actuar en diversas áreas de la atención sanitaria, formando parte de los equipos de enfermería. Anteriormente llamados auxiliares de enfermería (234).
- **Matrona** debe ayudar al médico y asistir a los partos y puerperios normales; aunque su cometido es más amplio e incluye seguimiento de la salud sexual, reproductiva y materno infantil de la mujer, en cualquier etapa de su vida (235).
- **Fisioterapeuta** debe realizar la aplicación de tratamiento con medios físicos (eléctricos, térmicos, mecánicos, hídricos, manuales y ejercicios terapéuticos) que, por prescripción facultativa, se prestan a los enfermos (234); aunque estas funciones puedan sufrir modificaciones, según el lugar de asistencia (236).

- **Técnicos especialistas en la rama sanitaria** deberán realizar tareas específicas de su puesto, en función de su especialidad (laboratorio, radiodiagnóstico, medicina nuclear, radioterapia, anatomía-patológica) (237).
- **Personal no sanitario (Auxiliar administrativo y celador)** deberá realizar las funciones asignadas en el Estatuto Marco del personal no sanitario de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud (238), se mantendrá vigente en tanto se proceda a su regulación en cada servicio de salud las disposiciones relativas a categorías profesionales y las funciones del personal estatutario de las mismas contenidas en las normas previstas en la disposición derogatoria única.

Las funciones de las categorías enunciadas se han ido adaptando a los cambios sociales, demográficos, culturales, políticos y económicos del país; con el único fin de facilitar y cubrir las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, a nivel individual y colectivo.

1.7.4.1 Violencia externa o tipo II en enfermería

El personal de enfermería presentó **más riesgo de sufrir agresiones** que otras categorías laborales (124-127-128-134-136-139-145-152-159-173-205-225-226-239-240-241-242-243-244). Durante el año 2020 se registraron 185 agresiones más a enfermeros que durante el mismo período del año anterior (185).

Las enfermeras tuvieron un mayor índice de agresiones verbales que físicas (159, 170, 172, 212, 245), aunque otros autores reflejaron más agresiones físicas que verbales (246-247).

Por sexo, las enfermeras sufrieron más abusos verbales que los enfermeros (248), especialmente cuando realizaron trabajo a turnos (249).

A pesar del tipo de asistencia prestada (asistencial, educación para la salud o supervisión), enfermería sufrió más agresiones que el resto de sus compañeros (250).

Tras una agresión, las enfermeras presentaron **alteración en su estado de salud** (181, 207, 251), especialmente afectación de su estado psicológico (176, 196, 198, 201, 210, 212, 221, 225).

Por sexo y tipo de agresión, los enfermeros sufrieron agresiones verbales y las enfermeras agresiones físicas y verbales, precisando ayuda de terceros (252).

Queda reflejada la importancia de implantar y establecer programas con medidas individuales, colectivas e institucionales para evitar la violencia, e instaurar un modelo para su notificación, así como la ayuda necesaria a estos profesionales (180, 253-260).

Hay que destacar que la mayoría de los autores hablan de enfermeras (en género femenino), ya que esta profesión es ejercida mayoritariamente por mujeres (261). En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística, el 84,2% de enfermeras/os son mujeres y el 15,8% son hombres (262). La figura 7 muestra la evolución del número de enfermeras y enfermeros colegiados en España entre los años 1999 y 2019.

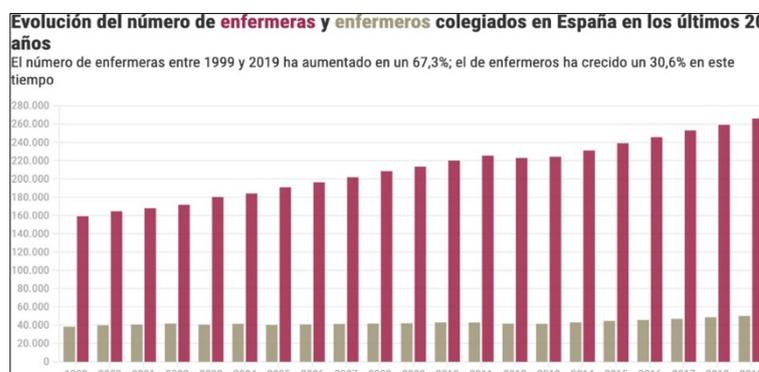


Figura 8. Evolución del número de enfermeras y enfermeros colegiados en España entre los años 1999 y 2019.

Fuente: INEbase Sociedad Salud (2019)(262)

1.7.4.2 Violencia externa o tipo II, en médicos

El número de agresiones sufridas por este colectivo aumentó de manera significativa (122,141,263-264), aunque Johansen indicó que no habían aumentado durante los últimos 20 años (265).

A nivel mundial, la violencia contra los médicos varía según los países. En Asia las cifras oscilaron entre el 19,6%-25%, en América del Norte entre el 32,6%-48,9% (208) y en España, los datos indicaron un aumento progresivo (148).

Según el **tipo de agresión sufrida**, un 75% de los médicos recibieron insultos y amenazas (122), agresiones verbales (266-267) o violencia física (268).

Un estudio efectuado en Birmania detectó escasas agresiones a los médicos, justificadas por las consultas médicas gratuitas, la educación y la práctica del budismo de la población, orientado a la no violencia y respeto a los demás (269).

Por género, los varones tuvieron más riesgo de agresiones que las mujeres (266, 270), aunque ser mujer era un factor predisponente para sufrir más agresiones (271) y, por **edad**, fueron los médicos más jóvenes los que presentaron más riesgo (208, 272).

1.7.4.3 Violencia externa o tipo II, con todas las categorías laborales

Numerosas investigaciones se centraron en estudiar las agresiones sufridas por todos los profesionales que ejercían sus funciones en el ámbito sanitario (enfermeros, médicos, celadores, administrativos, Técnico Cuidados Auxiliares Enfermería (TCAE), matronas, técnicos) (129, 135, 143, 151, 157-158, 160, 166-167-168, 177).

Por **categorías laborales**, fue el personal de seguridad el que mayores cifras registró (123,132), destacando el aumento significativo de agresiones que sufrieron los celadores (155,162). Por **sexo**, las mujeres médicas y auxiliares administrativas y los hombres enfermeros y celadores fueron los más afectados (162).

Pocos estudios mencionaron a los trabajadores no sanitarios (273).

Los fisioterapeutas tuvieron más riesgo de sufrir agresiones, por sus funciones y actividades solicitadas a los pacientes (274).

La mayoría de las agresiones sufridas por los trabajadores de la salud fueron agresiones verbales (275-276), aunque no había diferencias estadísticamente significativas entre la categoría profesional y las agresiones físicas o verbales (171).

De todas las categorías estudiadas, **los médicos y las enfermeras fueron** los profesionales sanitarios más agredidos. (123,130, 131, 150,156, 272).

1.7.5 Violencia externa o tipo II, en ámbito sanitario, por lugar de trabajo

Otra de las variables de nuestro estudio es el lugar donde se producen las agresiones. Entendiendo por **lugar de trabajo** *“aquellas áreas del centro de trabajo, edificadas o no, en la que las personas deben permanecer o deben acceder debido a su trabajo. Sin embargo, no se debe olvidar que también puede acudir y/o permanecer público, clientes, pacientes o usuarios de servicios”* (277).

Los niveles asistenciales sanitarios se clasifican en:

- Primer nivel: Atención Primaria (AP).
- Segundo nivel: Atención Especializada/Hospitalaria (AE).
- Tercer nivel: Atención en urgencias.

Los profesionales sanitarios pueden ejercer su actividad laboral en cualquier nivel asistencial; se definirán, cada uno de ellos, para entender adecuadamente el contexto de las agresiones.

- **Nivel I: Atención Primaria**

La definición de AP ha sufrido varias modificaciones, pero la OMS la define como *“un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”* (278).

En definitiva, la AP en nuestro país contribuye al mantenimiento y mejora de la salud de los ciudadanos, adaptándose a las necesidades de la población; por lo que debe estar en constante revisión, con responsabilidad de los profesionales sanitarios, los gobiernos y los propios usuarios (279). La OMS pone en marcha un grupo asesor para promover la Atención Primaria en los países de la región Europa de la OMS, con la finalidad de establecer nuevos modelos para integrar la AP y la salud pública, coordinar la AP y la AE, y adecuar la AP a las necesidades sociales actuales (280).

- **Nivel II: Atención Especializada/ Hospitalaria**

La Atención Especializada u Hospitalaria comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas de rehabilitación y cuidados; así como promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel (281).

Se define hospital (con internamiento) aquellos centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos. Pueden ser: generales, especializados, de media y larga estancia y de salud mental (282).

- **Nivel III: Atención en urgencias**

Se ha de distinguir urgencia de emergencia. Urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata; frente a la emergencia que es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano (283).

Bernaldo de Quirós, al comparar las agresiones ocurridas en los dos ámbitos, concluyó que son más frecuentes las agresiones en las emergencias que en las urgencias, sobre todo en el domicilio del paciente; siendo una de las principales causas el tiempo de espera y la disconformidad con la asistencia recibida (284).

1.7.5.1 Violencia externa o tipo II en Atención Hospitalaria

Numerosas investigaciones realizadas en **hospitales** estudiaron distintas variables (sexo, unidad, categoría), que aportaron información sobre las agresiones a los profesionales sanitarios (122-123, 126, 135, 137-138, 165, 264).

En este ámbito, fueron los servicios de **salud mental** los que reflejaron mayor predisposición a las agresiones, por las características de sus pacientes (209-210, 245, 250, 285-288).

1.7.5.2 *Violencia externa o tipo II en Urgencias*

En los servicios de urgencias se han realizado más investigaciones que en otros niveles asistenciales; probablemente, por la peculiaridad del tipo de asistencia efectuada y la demanda ejercida por pacientes y familiares.

Se detectaron alteraciones en **el estado de salud** de los trabajadores agredidos (187, 215), síndrome de *burnout* (179, 198, 202, 206, 210, 220, 224) y consecuencias psicológicas (182, 216, 220, 224, 247, 255-256, 259, 268, 289), como el miedo que sufrieron ante una agresión (290) o su mecanismo de defensa (291).

Los estudios efectuados en los servicios de emergencias probablemente se realizaron en servicios de urgencias, aunque el acto médico como tal, sí sea una emergencia (292-295). En urgencias, el personal de enfermería sufrió más agresiones que otros profesionales (201, 205, 240, 251-252, 296).

La alta incidencia de agresiones en las **urgencias pediátricas** pudo ser debida a la angustia y ansiedad vivida por los padres de los niños enfermos (297-298).

Los motivos desencadenantes de las agresiones en estas unidades, fueron numerosos, destacando la demora; el tiempo de espera y, especialmente, la falta de información a familiares o acompañantes (299); pacientes afectados por consumo de alcohol y drogas (300-301), siendo necesaria la intervención de las fuerzas de seguridad para su control (302-303); el hacinamiento; la escasez de personal; la falta de políticas (304), o la falta de comprensión ante el funcionamiento de los servicios de urgencia, por parte de los usuarios (305).

1.7.5.3 *Violencia externa o tipo II en Atención Primaria*

No hay concordancia en las investigaciones efectuadas, ya que unas reflejaron más agresiones en AP que en AE (147-149, 161, 164), frente las que indicaron lo contrario (146, 179).

En AP, las enfermeras sufrieron más agresiones que los médicos (189) y fueron las mujeres, independientemente de su categoría laboral, las más afectadas (271), con alteración de su estado de salud físico o psíquico (153, 160, 224, 227).

Tras comparar las agresiones ocurridas en Atención Primaria y Hospitalaria, se determinó que sus desencadenantes eran distintos, por lo que las intervenciones deberían ser específicas para cada área (213).

La alta prevalencia de agresiones verbales en centros de AP de Serbia (304, 306-307), determinó la necesidad de intervención y planificación (308- 309).

1.7.6 Marco jurídico y políticas ante agresiones a profesionales de la salud

Ante el aumento y la gravedad de las agresiones, a los profesionales sanitarios, se establece, en nuestro país, la normativa que determina los deberes y derechos que afectan a todos los agentes implicados.

Hay que destacar que toda agresión que sufre el trabajador sanitario, durante el ejercicio de sus funciones, se considera **accidente de trabajo** según el artículo 156 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) (310). Además, están amparados por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, ya que las agresiones son un riesgo psicosocial que debe ser evaluado para ser eliminado y, si ello no es posible, establecer las medidas preventivas necesarias para su reducción (116).

En relación con **los pacientes** es aplicable La Ley 14/1986, de 25 de abril (311) y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (312).

Se dictaron sentencias contradictorias en los Tribunales de Justicia, tras las denuncias efectuadas por los profesionales agredidos. Pero es a partir de la Sentencia del Tribunal Supremo, de 4 de diciembre de 2007, cuando se sentó un precedente y calificó como «*delito de atentado a funcionario público*» a una agresión contra un facultativo (313).

Hasta esa fecha, se vino aplicando de una manera irregular e insidiosa esa doctrina. Se alegaron distintos motivos como el no presentar secuelas por la agresión, el lugar en el que ocurría, la relación laboral con la administración, o la falta de pruebas en relación con los hechos (314). Por ello, era necesario regular estas situaciones evitando interpretaciones jurídicas distintas, que llevaban a contradicción y que, a través del código penal, se pudiera establecer una actuación jurisprudencial congruente y homogénea (315).

En 2015, con la entrada en vigor de la reforma del Código Penal (artículo 550), se **tipificaron como delito de atentado** las agresiones a los trabajadores del ámbito

sanitario, en el ejercicio de sus funciones, y se consideró una agravación en el delito de homicidio cuando los hechos resultasen constitutivos de un atentado, según el art. 138.2.b del Código Penal.

Pero no quedaron contemplados en este artículo, la protección de los trabajadores de la Sanidad Privada y, además, no se consideraron atentado los actos de intimidación que sufrieron los trabajadores sanitarios (316-317); ya que, a pesar de la modificación del código penal, no se les consideró autoridad a efectos penales (318).

Pero, a los profesionales que ejercieron sus funciones en la sanidad privada concertada con la sanidad pública, sí que se tipificaron las agresiones sufridas como delito de atentado en consonancia con la legislación vigente (319), mientras que no se tipificó como agresión a aquellos profesionales que ejercían en la sanidad privada (316-317, 320).

Finalmente, la instrucción 3/2017, de la Secretaria de Estado de Seguridad, estableció aprobar un protocolo sobre medidas policiales, a adoptar frente a las agresiones que sufren los profesionales de la salud en el desempeño de sus tareas (321) (ANEXO IV).

Las políticas en materia de agresiones en el trabajo al profesional sanitario, en España, quedan contempladas en el ANEXO V y las medidas frente a las agresiones en el ANEXO VI.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018) creó un grupo de trabajo de agresiones para profesionales del Sistema Nacional de Salud (322), con el objetivo de integrar y planificar todas las medidas necesarias para proponer líneas de mejora, en colaboración con todos los agentes implicados.

Además, las Comunidades Autónomas desarrollaron diferentes medidas preventivas frente a las agresiones sufridas por sus profesionales, tales como planes de prevención, registros o investigaciones. Asimismo, existen planes de protección con un ámbito de aplicación geográfico más limitado, como planes provinciales, de áreas sanitarias y de hospitales. Además, los colegios y los sindicatos profesionales también han participado en la elaboración de planes de prevención frente a las agresiones y situaciones conflictivas con ciudadanos en personal sanitario, contribuyendo a su difusión.

Las actuaciones frente a agresiones por Comunidades Autónomas quedan registradas en el ANEXO VII.

La Comunidad de Madrid, zona geográfica en la que se realizó nuestro estudio, debido al incremento de agresiones a sus profesionales sanitarios, publicó:

- La Orden 212/2004, por la que establecen las directrices para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos (323).
- La Orden 683/2006, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de Planes de Prevención y Atención frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias, creando la Comisión Central de Seguimiento (324).
- La Orden 22/2008, de 21 de enero, por la que se crea el fichero de datos de carácter personal denominado plan regional de prevención de situaciones conflictivas, dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (325).
- La Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos, de 29 de enero de 2009, por la que se dictan instrucciones para la puesta en marcha del registro centralizado de situaciones conflictivas (326).
- La 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 (327).

1.8 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A AGRESIONES A PROFESIONALES DE LA SALUD

Las Comunidades Autónomas adoptaron diversas medidas para hacer frente a las agresiones que sufren los profesionales del ámbito sanitario; siendo necesario un abordaje global, en relación con las medidas organizativas, los profesionales afectados y los usuarios del sistema sanitario.

Por ello, fue imprescindible la elaboración de un protocolo, con la finalidad de establecer pautas de actuación que deben llevar a cabo todas las instancias implicadas (trabajador afectado, mandos intermedios, Recursos Humanos y dirección) ante estas situaciones, independientemente del tipo de agresión (física o verbal); garantizando, en todo momento, los derechos de los profesionales y de los ciudadanos.

1.8.1 Objetivos

Los Objetivos debían contemplar los siguientes puntos:

- Prevención de situaciones conflictivas potenciales.
 - Identificación de las causas.
 - Instauración de las medidas preventivas necesarias.
- Implantar procedimientos de actuación ante situaciones conflictivas.
- Notificación y registro de incidentes.
- Apoyo a los trabajadores.

1.8.2 Marco actuación

Se indicaron el contexto y ámbito de aplicación del procedimiento (Atención Hospitalaria, Atención Primaria, ámbito domiciliario o centros asistenciales), así como cualquier otro lugar en que ocurran, siempre que la relación causal de los hechos se derive de una relación profesional.

1.8.3 Definiciones

Se establecieron las definiciones relacionadas con la violencia externa o tipo II ocurrida en el lugar de trabajo y, concretamente, en el ámbito sanitario.

1.8.4 Identificación de los riesgos

Para elaborar el protocolo, es fundamental conocer cuáles eran los motivos que inducían a los usuarios (pacientes, familiares, acompañantes) a realizar actos de

violencia (insultos, amenazas, agresiones) contra los profesionales sanitarios, ya que ello es un factor determinante para su prevención.

Por tanto, los factores podían estar relacionados con el lugar de trabajo (264, 297-300, 304-305), los trabajadores (264) o los ciudadanos (287, 300-301, 305).

En el Anexo VIII se detallan los factores de riesgo que pueden motivar una agresión a los profesionales de la salud.

1.8.5 Instauración de medidas preventivas

Ante las agresiones, deben instaurarse las medidas preventivas necesarias para evitarlas o minimizarlas. Estas medidas de seguridad, en nuestros centros sanitarios, siguen la Resolución 92/2019 (327) (ANEXO IX).

Las medidas de seguridad establecidas varían en función de los protocolos implantados, como la disposición de los mecanismos adecuados para evitar o minimizar las agresiones (216), la presencia de agentes de seguridad (240, 297, 303) o la no dependencia de la presencia policial o fuerzas de seguridad (302).

1.8.6 Recomendaciones ante una agresión

El trabajador sanitario debe interpretar indicios o manifestaciones por parte de los usuarios, que puedan conducir a situaciones violentas, para poder actuar adecuadamente y evitar que el incidente se agrave o ponga en riesgo su vida o la de sus compañeros (ANEXO X).

1.8.7 Actuación ante una agresión

Una vez que ha ocurrido una agresión, todos los agentes implicados (desde el trabajador afectado, el responsable inmediato, la Dirección, Recursos Humanos y el Servicio de Prevención) actuarán en consecuencia para prestar ayuda al agredido, activando todos los mecanismos en función de su actividad, responsabilidad o circunstancias (ANEXO XI).

1.8.8 Investigación, seguimiento y control

Todos los incidentes deben ser investigados para establecer las medidas correctoras.

Check List: Investigación de Incidentes de Violencia Externa en personal sanitario.

¿Dónde ha ocurrido el incidente?
¿Cuándo ha sucedido?
¿Por qué ha ocurrido la agresión?
¿Cuáles fueron las causas desencadenantes del suceso?
¿Cómo sucedieron los hechos?
¿Qué perfil tienen el agresor y la víctima?
¿Existen testigos?
¿Ha precisado asistencia sanitaria?

Fuente: Adaptado de: Rodríguez de la Pinta ML, Maestre Naranjo M, Borda Olivas JR. Violencia externa en el trabajo en el sector servicios.

En nuestro país, las Direcciones de los centros sanitarios, a través de los servicios de prevención, realizarán el seguimiento de las agresiones, elaborando un informe.

Realizarán, además, estudios epidemiológicos y el cálculo de índices estadísticos sobre las agresiones ocurridas en su población, para elaborar un mapa de riesgos que permita identificar las actividades o procesos de riesgo, cuantificar la probabilidad de estos eventos y medir el daño potencial asociado, para la mejora y corrección de estas situaciones.

Las agresiones son consideradas accidentes de trabajo (310), por lo que administrativamente se tramitarán como tal y toda la documentación generada, tras la investigación del accidente, las medidas preventivas indicadas, así como la documentación médica generada, serán archivadas y custodiadas por los Servicios de Prevención.

Si el trabajador es susceptible de una Incapacidad Temporal se derivará a su entidad colaboradora para tramitarla, realizando seguimiento y control hasta el alta

médica. Se facilitará, desde el Servicio de Prevención o desde la Entidad Colaboradora, la ayuda psicológica necesaria para la recuperación integral del trabajador agredido.

1.8.9 Formación

Deberán existir planes de formación a impartir entre los trabajadores, atendiendo a sus necesidades, a las características de la organización y de la población.

Se integrarán en los planes de formación, los recursos necesarios para la difusión del protocolo, la protección de los trabajadores, habilidades en comunicación, manejo en situaciones de tensión, gestión de conflictos y ayuda a trabajadores agredidos, así como las medidas preventivas implantadas (ANEXO XII y XIII).

1.8.10 Revisión

Estos protocolos deben ser revisados cuando se produzcan cambios en la normativa o existan factores que aconsejen su modificación, para lograr una mayor efectividad.

La revisión de la literatura estableció, en sus conclusiones, la importancia de estrategias, protocolos y políticas para evitar o minimizar los actos violentos (120, 127-129, 132, 137-142, 144, 155). En el ámbito sanitario, estas vendrían determinadas por las variables del estudio (agresor, profesional, centro de trabajo) (161,159, 175,186, 197, 208, 259, 287). Los resultados tras las intervenciones pudieron ser desfavorables (328, 329,330), favorables (127-128, 144, 201,331) o muy dispares (332).

Hay que tener en cuenta determinadas características de la población, como: agresores reincidentes, recomendando un registro único, para el intercambio de datos entre centros (304); identificación de poblaciones de riesgo, con equipos adecuados y sistemas de alerta avanzados para su actuación (288,333-334), o técnicas para mejorar el clima de trabajo (335).

1.9 PROGRAMAS PARA MANEJO AGRESIONES

Tras las agresiones sufridas, muchos profesionales de la salud necesitaron ayuda, por lo que se instauraron programas como el PAIME (336) (Plan de Atención Integral al Médico Enfermo); que atiende a los médicos colegiados en activo que pudieran presentar problemas psíquicos y/o adictivos, para su recuperación y reincorporación a su puesto de trabajo en las mejores condiciones laborales, la máxima seguridad para sus pacientes y manteniendo la total confidencialidad.

Otro programa similar se estableció en la Comunidad de Madrid, el Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE) (337), cuya finalidad fue facilitar una atención integral y específica a aquellos profesionales sanitarios que desarrollaban una labor asistencial en los centros e instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid y que pudieran presentar algún trastorno psíquico, conductual y/o de adicción al alcohol u otras drogas.

A diferencia del PAIME, el PAIPSE presta asistencia a cualquier trabajador del servicio público de salud de la Comunidad de Madrid, independientemente de su categoría laboral, siempre que esté en situación activa; con la finalidad de facilitarle la ayuda sanitaria (psicológica y social), favorecer su curación y realizar sus funciones con la máxima calidad.

Es fundamental la coordinación y colaboración con otras entidades implicadas en la atención al profesional sanitario enfermo, como son los Servicios Sociales; Servicio de Prevención de Riesgos Laborales; Gestión de Riesgos Sanitarios; Comisión de Seguimiento de Situaciones de Conflicto; o Incapacidad Temporal, a través de su médico de Atención Primaria, mutua de accidentes de trabajo, Inspección Sanitaria o Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) (338).

Es fundamental ayudar a los profesionales afectados por una agresión, facilitando apoyo psicológico para mejorar el estrés, la ansiedad o cualquier signo de alarma (127,128, 132); apoyo social (135); así como su seguimiento, para valorar su estado de salud tras los eventos (259).

Tras la Instrucción 3/2017 de la Secretaría de Estado, se establece un Protocolo de actuación, por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del

Estado, ante cualquier tipo de agresión o manifestación de violencia a los profesionales de la salud en el desempeño de sus funciones (321).

II-JUSTIFICACIÓN

II-JUSTIFICACIÓN

La violencia es un fenómeno universal y el ámbito sanitario es uno de los sectores más castigados. Los datos reflejan un aumento de la notificación de los actos violentos, especialmente hacia los profesionales de la salud, lo que podría asociarse a un aumento de las notificaciones por parte de los trabajadores agredidos.

La Comunidad de Madrid, a través de los Servicios de Prevención ubicados en las Áreas Sanitarias, es la responsable de implantar las medidas preventivas, destinadas a disminuir las situaciones conflictivas con los ciudadanos, en los centros de trabajo del ámbito sanitario; siendo una de estas actividades el **registro**, seguimiento y asistencia de las situaciones conflictivas con los ciudadanos, notificadas por los trabajadores, así como la elaboración de los planes de prevención.

Para la notificación de cualquier situación de conflicto, el trabajador tiene acceso al formulario de notificación de situaciones conflictivas con los ciudadanos, así como a las instrucciones para su cumplimentación, en la intranet de la consejería (<http://saluda.salud.madrid.org>), y en las jefaturas y supervisiones de enfermería de los servicios y unidades de los centros sanitarios; tras la implantación de la Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos, de 29 de enero del 2009.

Por ello, sería conveniente analizar los datos para determinar el tipo de agresiones, el perfil del trabajador que notifica con mayor frecuencia, el perfil del agredido y el del agresor, así como el ámbito sanitario donde se producen más agresiones y los factores que se pueden asociar a dichas agresiones notificadas; y determinar si el protocolo instaurado es adecuado o es necesario una revisión para disminuir las cifras de agresiones.

Así como, determinar las fortalezas y debilidades detectadas en el registro, para poder implantar puntos de mejora para su cumplimentación, seguimiento o incorporación de nuevas variables que puedan aportar información a la investigación.

III- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

III- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

En el entorno sanitario, se ha observado un aumento de las agresiones a los trabajadores, lo que podría asociarse a un aumento de las notificaciones por la sensibilización sobre el tema.

Tras la implantación del registro de formulario de situaciones conflictivas con los ciudadanos, se plantea:

Hipótesis Principal

Los trabajadores del SERMAS presentan alteraciones en su estado de salud, tras la notificación de una agresión.

Hipótesis Específicas

El tipo de agresión registrada por los trabajadores del SERMAS, es distinta en los centros de Atención Primaria que en los hospitales.

El perfil del trabajador agredido y del agresor es diferente en función del ámbito sanitario en el que ocurre, según el registro de agresiones notificadas.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Determinar la prevalencia de agresiones, así como el tipo de agresión y las alteraciones del estado de salud, sobre el total de notificaciones registradas por los profesionales del SERMAS.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel asistencial y unidad en que ocurren los incidentes.
- Identificar el perfil del trabajador agredido y del agresor.
- Determinar el tipo de intervención efectuada, en el momento de la agresión.

- Conocer las causas relacionadas con el origen de la agresión, según las notificaciones realizadas a través del registro del SERMAS.

IV- METODOLOGÍA

IV- METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO Y PERÍODO DE ESTUDIO

Se llevo a cabo un diseño de estudio transversal y multicéntrico durante un período de 10 años, comprendido entre el 1 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2018.

4.2 SUJETOS Y ÁMBITO DE ESTUDIO

La población estudiada fueron los trabajadores del SERMAS, del área 6 y Noroeste de la Comunidad de Madrid, adscritos al Servicio de Prevención del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM).

Los trabajadores pertenecen a los siguientes hospitales públicos del Área 6: Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Hospital del Escorial, Hospital de Guadarrama; así como los trabajadores de Atención Primaria que pertenecen a la Dirección Asistencial Noroeste (DANO) de la Comunidad de Madrid.

Su ámbito territorial abarca los municipios de la zona noroeste de la Comunidad de Madrid, alrededor del eje de la carretera nacional VI, y los distritos de Moncloa-Aravaca, Centro, Tetuán y Arganzuela, en el municipio de Madrid.

Se ha intentado por distintas vías conocer el número total de trabajadores del SERMAS de nuestra área de estudio, pero ello no ha sido posible.

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todos los trabajadores del SERMAS de los hospitales públicos y Centros de Atención Primaria del área 6 y área Noroeste (DANO) de la CAM, que están adscritos al Servicio de Prevención del HUPHM.
- Los trabajadores que notifican cumplimentan y registran correctamente las situaciones conflictivas con los ciudadanos, según modelo establecido por la Consejería de Sanidad de la CAM.

4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Los trabajadores del SERMAS que **no** notifican, cumplimentan y registran, correctamente, la notificación de las situaciones conflictivas, según el modelo oficial de la Consejería de Sanidad de la CAM.
- Los trabajadores que realizan sus tareas en estos centros sanitarios, pero que no pertenecen al Servicio Madrileño de Salud, ya que pertenecen a empresas subcontratadas (personal de limpieza, mantenimiento, cocina...).
- Los trabajadores que cumplimentan el formulario de registro de situaciones conflictivas con los ciudadanos, por otros motivos ajenos a agresiones por parte de los usuarios, como conflictos internos o quejas sobre el funcionamiento de un equipo o servicio.
- Los trabajadores que, por las tareas que realizan, no tienen relación directa con los usuarios: mantenimiento, cocina, determinado grupo de administrativos y celadores, laboratorios, biblioteca, escuelas.
- Los trabajadores del Hospital General de Villalba y del Hospital de la Fuenfría que, aunque geográficamente están situados en el área Noroeste de la CAM, no están adscritos al SPRL del HUPHM.

4.3 TAMAÑO MUESTRA Y MUESTREO

La muestra corresponde a todos los formularios de registro de situaciones conflictivas debidamente notificados, cumplimentados y registrados, entre el período del 1 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2018, que pertenecen a trabajadores del SERMAS de los centros sanitarios adscritos al servicio de prevención del HUPHM.

4.4 PROCEDIMIENTO DE TRABAJO

Los **trabajadores** agredidos son los responsables de cumplimentar, firmar y remitir por registro a la gerencia el formulario de registro de notificación de situaciones conflictivas con los ciudadanos; siendo el personal administrativo de la gerencia quien procede a enviar copia al Servicio de Prevención.

Si existe lesión física o psíquica, el trabajador agredido debe acudir a Urgencias y solicitar atención médica y parte de lesiones, si las hubiera. Si de la agresión deriva un accidente de trabajo, la víctima debe acudir al servicio de prevención para su tramitación.

Desde el **Servicio de Prevención**, se procede a la recogida de información para su notificación al Registro Centralizado de la Consejería de Sanidad (REMAC) y a la base de datos de accidentes de trabajo, en caso de que el incidente se reconozca como tal.

El SPRL contactará por teléfono con el trabajador afectado para su valoración, atención médica y seguimiento, en los casos en que esté indicado.

Se realiza el seguimiento de los incidentes, así como la explotación de datos, para la confección del mapa de riesgos y la adopción de medidas preventivas específicas.

4.5 VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables del estudio vienen determinadas por los datos recogidos en el formulario sobre las situaciones conflictivas, según el modelo establecido por la Consejería de Sanidad de la CAM (ANEXO XIV)

De las variables presentes en el cuestionario, se han excluido aquellas que presentaban errores a la hora de cumplimentación por parte del trabajador agredido, como: la **descripción del incidente**, ya que copiaban fragmentos de la historia clínica del paciente, facilitando información confidencial que no aportaba datos relevantes al estudio; y el **seguimiento del incidente**, correspondiente a procedimiento judicial, del cual es responsable la asesoría jurídica.

El estado de salud viene determinado por la definición de la OMS como *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100). El trabajador agredido valora su estado de salud, según la definición anterior y la **alteración del estado de salud**, registrada en el formulario, viene determinada por la cumplimentación de los ítems, efectuadas por el trabajador

agredido, que dependerá de su percepción individual en el momento que notifica la agresión; y puede indicar afectación de su estado de salud en el plano físico, psíquico, social o familiar (22-23, 39-40-42).

Las variables estudiadas son datos facilitados por el trabajador agredido, y no se ha utilizado ningún registro oficial para su revisión.

VARIABLES DE LOS DATOS DE LA AGRESIÓN

- Datos del trabajador:
 - Sexo del trabajador.
 - Área asistencial a que pertenece: Atención Especializada y Atención Primaria.
 - Servicio o unidad a la que pertenece.
 - Categoría laboral: facultativos, enfermeras, TCAE, técnicos especialistas, administrativos, celadores, limpieza y servicios.

- Datos del incidente
 - Ubicación: centro de trabajo habitual, no habitual, desplazamiento, in itinere.
 - Datos del agresor: sexo, rango de edad, tipo de agresor.
 - Tipo de agresión: agresión física, verbal, amenazas, coacciones, insultos, injurias y vejaciones.
 - Causas del incidente.
 - Tipo de intervención durante el conflicto: fuerzas de seguridad pública, seguridad privada, compañeros, otros.

- Consecuencias del incidente
 - Lesiones, parte de lesiones, precisa apoyo psicológico, baja laboral por accidente de trabajo, gravedad de las lesiones.
 - Medidas tomadas por la gerencia: intervención de personal del centro, servicios de prevención, asesoría jurídica, notificación al usuario /paciente...

- Presencia de testigos en el momento de la agresión.

4.6 RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se efectúa a través de la base de datos de notificación de agresiones o situaciones conflictivas con los ciudadanos del Área 6 y área Noroeste de la CAM, tras la notificación al Registro Centralizado de la Consejería de Sanidad (REMAC).

En el año 2009, la Consejería de Sanidad implantó en los centros sanitarios el Registro Madrileño de Agresiones y Conflictos (REMAC), mediante Resolución de 29 de enero de 2009.

Se trata de un registro centralizado, en el que se deja constancia de todas las agresiones - cometidas por pacientes, usuarios o acompañantes - contra los trabajadores de los centros sanitarios, que son comunicadas por estos.

El personal de enfermería del Servicio de Prevención del HUPHM es el responsable de la recepción del formulario de situaciones conflictivas con los ciudadanos, de la cumplimentación del REMAC, explotación de resultados a través de una tabla de datos Excel, para su análisis, elaboración del mapa de riesgos y establecimiento de medidas preventivas.

4.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha realizado un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas. Se han estimado los intervalos de confianza para una proporción al 95% siguiendo el método de Wald. El contraste de hipótesis se ha realizado mediante tablas de contingencia, aplicando la prueba chi-cuadrado de Pearson. El nivel de significación se ha establecido en 0,05 y el análisis estadístico se ha realizado con Stata v16. (StataCorp. 2019. TX: StataCorp LLC).

4.8 ÉTICA

Aplica en todo momento la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, modificada por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Aprobado por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEIm), del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda de Madrid, " el proyecto de investigación de Estado de salud tras la notificación de agresión en personal sanitario", en mayo del 2019 (Anexo XIV) y el Comité de ética de la UCAM, en septiembre del 2019 (Anexo XV).

4.9 POLÍTICA DE PUBLICACIÓN

El investigador principal ha publicado los resultados de este estudio en una revista científica.

Se hace constar la ausencia de fondos y de fuentes de financiación para su realización.

No existe conflicto de intereses con ninguna entidad pública ni privada.

V- RESULTADOS

V- RESULTADOS

5.1 NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES REGISTRADAS

Durante el período de estudio (2009-2018), se registraron un total de 5587 notificaciones por agresiones en el área 6 y el área Noroeste de la Comunidad de Madrid, de las cuales 5016 (89,19%) pertenecían al ámbito de Atención Primaria y 571 (10,81%) a los centros de Atención Especializada (tabla 4).

Tabla 4. Agresiones notificadas en el área 6 y área Noroeste de la Comunidad de Madrid (DANO) durante los años 2009-2018.

Tipo de centro	<i>n</i>	%
Atención Especializada	571	10.81
Atención Primaria	5016	89.19
Total	5587	100

5.2 REGISTRO DE NOTIFICACIONES DE AGRESIONES POR AÑO

En el área de estudio se han notificado el mayor número de agresiones durante los años 2017 y 2018, con un 26,15% de registros. Por niveles asistenciales, AE registró los valores más altos de notificación de agresiones durante el año 2017 y 2015, con un 12,25%, y en 2018 (11,20%); mientras que en Atención Primaria fue el año 2018 con un 14,95%, seguido del 2017 (13,74%,) y el 2016 (11,08%) (tabla 5).

Tabla 5:

Tabla 5. Agresiones notificadas por año en el área 6 y área Noroeste de la Comunidad de Madrid (DANO) (2009-2018).

		Atención Especializada		Atención Primaria	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Año agresión	2009	43	7,53	365	7,28
	2010	60	10,50	434	8,65
	2011	62	10,85	515	10,27
	2012	41	7,18	462	9,21
	2013	51	8,93	313	6,24
	2014	54	9,45	470	9,37
	2015	70	12,25	462	9,21
	2016	55	9,63	556	11,08
	2017	71	12,43	689	13,74
	2018	64	11,20	750	14,95

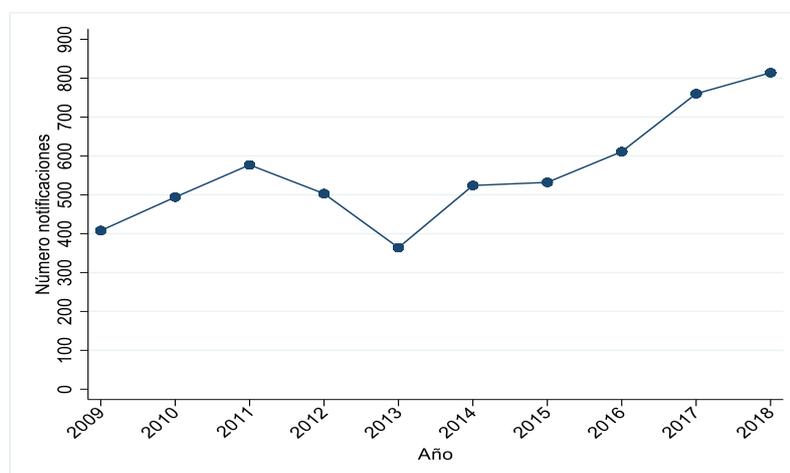


Figura 9. Número de notificaciones de agresiones por año en el periodo de estudio (2009-2018)

5.3 REGISTRO DE NOTIFICACIONES DE AGRESIONES POR DATOS TRABAJADOR

5.3.1 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por sexo, del trabajador agredido

El 79% del registro de las agresiones notificadas en nuestra área de estudio corresponden a mujeres y el 21% a hombres. Valores similares se obtienen cuando se analiza por niveles asistenciales (tabla 6).

Tabla 6. Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por sexo del trabajador agredido.

Sexo	Atención Especializada		Atención Primaria		Atención Especializada/ Atención Primaria	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Femenino	458	80,21	3958	78,9	4416	79,02
Masculino	113	19,78	1058	21,1	1171	20,98
Total	571	100	5016	100	5587	100

5.3.2 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por servicio y categoría laboral

Tabla 7. Análisis de la frecuencia en la que ocurrieron las agresiones en los diferentes servicios o unidades y categoría laboral en el periodo de estudio.

	Atención Especializada		Atención Primaria			
		<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Servicio/ Unidad	Admisión	5	0,9	Consultas	3162	65,63
	Bloques quirúrgicos	11	1,98	Domicilio	190	3,94
	Psiquiatría	6	1,08	Extracciones	82	1,70
	Consultas	83	14,93	Sala curas	48	0,99
	Diálisis	3	0,54	Sala de espera	166	3,44
	Domicilio	1	0,18	Administración	1172	24,29
	Extracciones	12	2,16			
	Quirófanos	8	1,44			
	Hospital de día	4	0,72			
	Intensivos	7	1,26			
	H. medicina interna	159	28,6			
	H pediatría	8	1,44			
	H quirúrgica	88	15,83			
	Paritorio	7	1,26			
	Radiodiagnóstico	5	0,9			
	Rehabilitación	16	2,88			
	Sala de espera	4	0,72			

	Atención paciente	5	0,9			
	Información	2	0,36			
	Unidad dolor	4	0,72			
	Urgencias generales	102	18,35			
	Urgencias maternas	3	0,54			
	Urgencias pediátricas	13	2,34			
Categoría Laboral	Administrativo	27	4,76	Administrativo	1166	23,34
	Auxiliar enfermería	149	26,23	Auxiliar enfermería	66	1,32
	Celador	26	4,58	Celador	124	2,48
	Coordinador urgencias	2	0,35	Facultativo	2550	52,46
	Dirección	1	0,18	Enfermera	853	17,06
	Enfermera	225	39,61	Fisioterapeuta	24	0,48
	Facultativo	97	17,91	Higienista dental	11	0,22
	Fisioterapeuta	1	0,81	MIR	55	1,1
	Gobernanta	2	0,35	Limpiadora	1	0,02
	MIR	19	5,31	Trabajador social	12	0,24
	Trabajador social	2	0,35	Matrona	10	0,2
	Pinche	1	0,18	Jefe grupo	27	0,94

	Técnico radiodiagnóstico	1	0,18
	Técnico laboratorio	2	0,35
	Técnico grado medio	2	0,35

Para analizar los datos es preciso agrupar **unidades**, para su correcta interpretación.

En Atención Especializada se unifican las urgencias generales (18,35%), las urgencias maternas (0,54%) y las urgencias pediátricas (2,34%), con un total de 21,23% de agresiones registradas en urgencias.

El mismo proceso se realiza en las unidades de psiquiatría, Centro de Salud Mental (0,36%) y unidad de psiquiatría (0,72%), con un resultado de 1,8%.

Las unidades en las que más frecuentemente se registran agresiones, en Atención Especializada, son la hospitalización de Medicina Interna (28,6%); mientras que en Atención Primaria son las consultas (65,63%). El resto de los resultados están registrados en la tabla 7.

Se unifican **categorías laborales**, ya que corresponden al mismo colectivo, pero se han nombrado de manera distinta; como es el caso de las enfermeras, entre enfermera y supervisora de enfermería, o en los médicos, entre facultativos y médicos residentes.

En AE, las enfermeras (38,03%) y las supervisoras de enfermería (1,58%) son la categoría laboral más agredida, con un 39,61% de registros; seguidas de auxiliares de enfermería, con un 26,23%; y de médicos, con un 22,22% [personal facultativo (16,91%) y médico interno residente (5,31%)].

En AP, se agrupan los médicos [facultativos (43,98%), pediatras (6,14%) y médicos internos residentes (1,1%)], con un 51,22 %; y el personal de

administración [administrativo (6,02%) y auxiliar administrativo (17,32%)], con un 23,34%.

En los hospitales, las enfermeras son la categoría laboral que notifica más agresiones, con un 39,61%; mientras que en Atención Primaria son los médicos, con un 51,2%, según el registro de notificaciones. El resto de los resultados están registrados en la tabla 7.

5.4 REGISTRO NOTIFICACIONES DE AGRESIONES POR DATOS DEL INCIDENTE

5.4.1 En la siguiente tabla se detallan variables asociadas al lugar de ubicación donde se produce la agresión y datos del agresor

Tabla 8. Análisis de la frecuencia por datos del incidente.

		Atención Especializada		Atención Primaria	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
		Ubicación	Puesto trabajo	549	96,15
Desplazamiento	22		3,85	143	2,85
In itinere	0		0	4	0,08
Edad agresor	Mayor de 60 años	123	21,54	832	16,59
	Menor de 18 años	21	3,68	299	5,96
	No consta	34	5,95	366	7,30
	de 19 a 30 años	48	8,41	638	12,72
	de 31 a 40 años	117	20,49	1032	20,57
	de 41 a 50 años	128	22,42	1072	21,37
	de 51 a 60 años	100	17,51	777	15,49

Sexo agresor	Hombre	327	57,27	2846	56,74
	Indeterminado	5	0,88	120	2,39
	Mujer	239	41,86	2050	40,87
Tipo agresor	Desconocido	2	0,37	117	2,48
	Familiar/ acompañante	314	57,93	1578	33,50
	Otros	1	0,18	134	2,84
	Paciente ingresado	131	24,17	27	0,57
	Paciente no ingresado	94	17,34	2855	60,60

Por ubicación, las agresiones se producen, prácticamente, en el puesto de trabajo del profesional agredido (97%); ocurren en el desplazamiento al domicilio del paciente aproximadamente en un 3% y en casos excepcionales en su desplazamiento de su domicilio al lugar de trabajo, o viceversa 0,08% (tabla 8).

Según el **perfil del agresor:**

La edad de los agresores oscila entre 41 y 50 años (22,42% AE / 21,37% AP).

Los varones son los responsables de las agresiones en un 57,27%, en Atención Especializada; y en un 56,74%, en AP.

El familiar o acompañante del paciente es el causante de las agresiones en un 57,93%, en AE; mientras que, en AP, es el paciente en el 60,60% de los casos.

Nuestros resultados, indican que un 0,57% de las agresiones fueron causadas por el paciente ingresado, a los trabajadores de Atención Primaria, cuando estos trabajadores sanitarios no prestan asistencia sanitaria a pacientes hospitalizados,

entendiendo, por tanto, un error al cumplimentar el formulario de notificación de agresiones por parte de los trabajadores (tabla 8).

5.4.2 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por tipo de agresión

Tabla 9. Análisis de la frecuencia por tipo de agresión.

		Atención Especializada		Atención Primaria	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Tipo agresión*	Física	45	7,88	222	4,43
	Verbal	451	78,98	3786	75,48
	Amenaza	318	55,69	2716	54,15
	Coacción	97	16,99	1248	24,88

*Los trabajadores pueden haber sufrido 2 o más tipos de agresiones en un mismo incidente.

Las agresiones más frecuentes, registradas por los trabajadores, son las verbales (78,98% en AE y 75,48% en AP), seguidas de las amenazas (55,69% en AE y 54,15% en AP). Las agresiones físicas son poco frecuentes en nuestra área sanitaria.

5.4.3 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por motivo del incidente

Tabla 10. Descripción del registro de causas que originaron la agresión en Atención Especializada y en Atención Primaria.

Motivo del incidente	Atención Especializada		Atención Primaria	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Demora en la asistencia	57	10,33	228	4,54
Disconformidad con el trato recibido	56	10,14	158	3,14
Disconformidad con la asistencia	173	31,34	537	10,7
Disconformidad con la cita	16	2,9	156	3,1
Disconformidad con la información clínica	41	7,43	121	2,4
Disconformidad con la información no clínica	42	7,61	195	3,85
Disconformidad con la negativa a la propuesta	5	0,91	360	7,17
Disconformidad con la negativa a la respuesta	3	0,54	42	0,83
Disconformidad con la prescripción	32	5,8	135	2,69
Disconformidad con cambio de facultativo	1	0,18	13	0,25
Falta de documentación	4	0,72	130	2,59
Falta de información de trámites	2	0,36	44	0,87
Otras causas	112	20,29	1749	34,86
Paciente que llega tarde	2	0,36	152	3,03
Paciente sin cita previa	6	1,09	262	5,22
Error de citación			22	0,43
Lista de espera			8	0,16
No responde	19	6,88	704	14,03

Los motivos que pueden desencadenar una agresión en Atención Especializada son diversos, siendo la disconformidad con la asistencia prestada (31,34%) el motivo más frecuente, seguido de causas no especificadas (20,29%).

En cambio, en Atención Primaria no especifican el motivo un 34,86% de los trabajadores que notifican la agresión y no cumplimentan el ítem del motivo, un 14% (tabla 10).

5.4.4 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por tipo de intervención durante el conflicto

En el momento que ocurre la agresión, pueden intervenir para ayudar al trabajador agredido distintos autores, como son las fuerzas de seguridad del estado, la seguridad privada adscrita a los centros sanitarios, otros compañeros; o cualquier otro tipo de intervención, como podría ser algún familiar o acompañante de otros pacientes.

Tabla 11. Análisis descriptivo por tipos de intervenciones efectuadas en el momento de la agresión en Atención Especializada y en Atención Primaria

		Atención Especializada		Atención Primaria	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
		Tipo de intervención*	No	27	4,7
Seguridad del estado	44		7,8	829	16,53
Seguridad privada	99		17,3	415	8,27
Compañeros	353		61,8	1957	39,02
Otro tipo	48		8,4	588	11,72

*Pueden intervenir distintos agentes, en una misma agresión

En el área de estudio, los compañeros del trabajador agredido son los que intervienen en el momento de la agresión, según el registro de notificaciones;

seguido, en Hospitalaria, por las fuerzas de seguridad privada (17,3%) y, en Atención Primaria, por las fuerzas de seguridad del estado (16,53%) (Tabla 11).

Hay que destacar que en AE se interviene en el momento de la agresión, en la mayoría de los casos; mientras que en AP no se interviene, en un 25% de los incidentes (Tabla 11).

5.5 REGISTRO NOTIFICACIONES DE AGRESIONES POR CONSECUENCIAS DEL INCIDENTE

Tabla 12. Análisis descriptivo de las consecuencias del incidente efectuadas en el momento de la agresión en Atención Especializada y en Atención Primaria.

		Atención Especializada		Atención Primaria	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Lesiones trabajador*	Si	399	69,88	577	11,50
	Alteración salud	553	96,85	4755	94,80
Gravedad lesión	Desconocido	3	0,75	12	2,28
	Grave	3	0,75	23	4,36
	Muy grave	0	0,0	8	1,52
	Leve	392	98,94	1957	39,02
Baja médica	Si	9	1,58	59	1,18
Apoyo psicológico	Si	13	2,28	104	2,07

*La lesión puede ser psicológica o física.

5.5.1 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por consecuencias del incidente

Los trabajadores que notifican una agresión en AE presentan lesiones en el 69,8% de los casos, frente al 11,5% de los de AP; presentando valores muy similares de un 95%, en relación con la alteración de su estado de salud.

En ambos niveles asistenciales, las lesiones leves son (98% en AE frente al 39% en AP) y apenas se manifiestan lesiones graves o muy graves.

El número de trabajadores que precisaron baja médica a consecuencia de la agresión, en el momento de la notificación, es muy bajo (1,58% AE / 1,18% AP)

Aproximadamente un 2% de los trabajadores precisaron apoyo psicológico al notificar la agresión (Tabla 12).

5.5.2 Análisis descriptivo del registro de notificación de agresiones por tipo de ayuda solicitada a otros servicios

Tabla 13. Análisis descriptivo del tipo de ayuda solicitada a otros servicios tras la agresión en Atención Especializada y en Atención Primaria

		Atención Especializada		Atención Primaria	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Solicitud ayuda a otros servicios	Sí	522	91,4	1628	32,45
	No	49	8,58	3388	67,54
Tipo ayuda solicitada	No ayuda	49	8,58	3388	67,54
	Personal del centro	1	0,17	19	0,37
	Asesoría jurídica	16	2,80	20	0,39
	Servicio prevención	474	83,01	968	19,29
	Notificación usuario/paciente			268	5,34
	Otros	31	5,42	353	7,03

Los trabajadores que notifican una agresión en Atención Hospitalaria solicitan ayuda a otros servicios en un 91% de los casos, frente al 32% de AP. Siendo el servicio de prevención el más solicitado por los trabajadores de AE (83% frente al 19% de AP) (tabla 13).

Hay que destacar que en AP se notifica al usuario o paciente una comunicación, por parte de la dirección, sobre lo acontecido (5,34%), situación no reflejada en AE.

5.6 REGISTRO NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES POR PRESENCIA DE TESTIGOS

Tabla 14. Análisis descriptivo por la presencia de testigos de la agresión en Atención Especializada y en Atención Primaria.

		Atención Especializada		Atención Primaria	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Presencia de testigos	Sí	381	66,73	2411	48,07
	No	190	33,27	2605	51,93
Número de testigos	0	190	33,27	2605	51,93
	1	153	26,80	1083	21,59
	2	132	23,12	734	14,63
	3	84	14,71	552	11,00
	4	9	1,58	28	0,56
	5	2	0,35	11	0,22
	6			2	0,04
	7	1	0,18		
	8			1	0,02

En AE, en el momento de la agresión, suele haber presencia de testigos en un 66% de los casos, frente al 48% de AP (tabla 14). El número de testigos oscila habitualmente entre una o tres personas y, en muy pocas ocasiones, el número es superior a tres.

5.7 PREVALENCIA: TIPO AGRESIÓN Y ALTERACIONES EN EL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS, SOBRE EL TOTAL DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS

Las diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a la prevalencia de los distintos tipos de agresión y alteración del estado de salud sufrida por los trabajadores, en Atención Especializada y en Atención Primaria, tras el registro de notificación de la agresión, se encuentran resumidos en la tabla 15.

Tabla 15. Prevalencias de los distintos tipos de agresión y alteración salud sufridos por el personal sanitario en Atención Especializada (AE) y en Atención Primaria (AP).

Tipo de agresión	Toda la muestra <i>N=5587</i>		Atención especializada (AE) <i>n=571</i>		Atención primaria (AP) <i>n=5016</i>		AE vs AP
	Prevalencia (%)	IC 95%	Prevalencia (%)	IC 95%	Prevalencia (%)	IC 95%	Valor <i>p</i>
Agresión física	4,8 (<i>n</i> = 277)	(4,2; 5,3)	7,9 (<i>n</i> = 45)	(5,7; 10,0)	4,4 (<i>n</i> = 222)	(3,8; 4,9)	0,001
Agresión verbal	75,8 (<i>n</i> = 4237)	(74,7; 76,9)	79,0 (<i>n</i> = 451)	(75,6; 82,3)	75,5 (<i>n</i> = 3786)	(74,3; 76,7)	0,064
Amenazas	54,3 (<i>n</i> = 3034)	(53,0; 55,6)	55,7 (<i>n</i> = 318)	(51,6; 60,0)	54,1 (<i>n</i> = 2716)	(52,8; 55,5)	0,483
Coacciones	24,1 (<i>n</i> = 1345)	(22,9; 25,2)	17,0 (<i>n</i> = 97)	(13,9; 20,0)	24,9 (<i>n</i> = 1248)	(23,7; 26,1)	< 0,001
Alteración estado salud	95,0 (<i>n</i> = 5308)	(94,4; 95,6)	96,8 (<i>n</i> = 553)	(95,4; 98,3)	94,8 (<i>n</i> = 4755)	(94,2; 95,4)	0,030

Los trabajadores de nuestra área que notifican una agresión tienen una prevalencia de 4,8% IC (4,21-5,32) de sufrir una **agresión física**. Por áreas sanitarias, los de AE tienen una prevalencia de agresión física, tras notificar una agresión, de un 7,9% IC (5,7-10); frente al 4,4% IC (3,8-4,9) de los trabajadores, en AP ($p < 0,001$).

Los trabajadores de nuestra área que notifican una agresión tienen una prevalencia de 75,8% IC (74,7-76,9) de sufrir una **agresión verbal**. Por áreas sanitarias, los de AE tienen una prevalencia de agresión verbal de un 79% IC (75,6-82,3); frente al 75,5 % IC (74,3-76,67) de los trabajadores de AP ($p = 0,064$).

Los trabajadores de nuestra área que notifican una agresión tienen una prevalencia de sufrir **amenazas** de un 54,3% IC (53-55,6). Por áreas sanitarias, los trabajadores de AE tienen una prevalencia de sufrir amenazas de un 55,7% IC (51,6-60); respecto al 54,1% IC (52,8-55,5) de los trabajadores que notifican la agresión, en AP ($p = 0,483$).

Los trabajadores de nuestra área que notifican una agresión tienen una prevalencia de sufrir **coacciones** de un 24,1% IC (22,9-25,2). Por áreas sanitarias, los trabajadores de AE tienen una prevalencia de sufrir coacciones tras notificar una agresión de un 17% IC (13,9-20); frente al 24,9% IC (23,7-26,1) de los trabajadores de AP ($p < 0,001$).

La prevalencia de las alteraciones en el estado de salud de los trabajadores, sobre el total de notificaciones recibidas en el área estudiada, es del 95% (IC 95%: 94,43-95,77); siendo de un 96,71% (IC: 95,29-98,31) en AE, frente al 94,8% (IC 95%: 94,18-95,41) en AP.

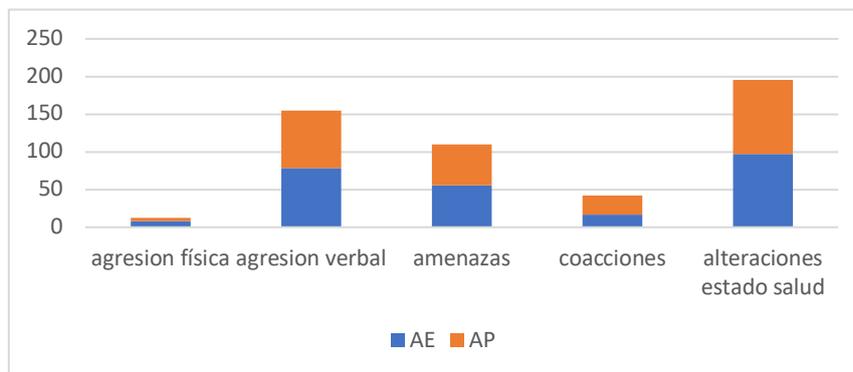
Sobre el total de notificaciones, los trabajadores de AE presentan mayor prevalencia de agresiones físicas y alteraciones de su estado de salud, que los trabajadores de AP; mientras que estos presentan mayor prevalencia de coacciones.

5.8 ÁREAS DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES POR TRABAJADORES SANITARIOS SOBRE EL TOTAL DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS

Las diferencias estadísticamente significativas en cuanto al registro de los distintos tipos de agresión, tras su notificación, sufridos en Atención Especializada y en Atención Primaria se encuentran resumidos en la tabla 16 y gráficamente en la figura 9.

Tabla 16. Análisis estadístico relativo a los distintos tipos de agresión, tras notificación, sufridos en Atención Especializada y en Atención Primaria.

Tipo agresión	Atención Especializada (AE)		Atención Primaria (AP)		AE/AP
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>p</i>
Agresión física	45	7,88	222	4,43	0,000
Agresión verbal	451	78,98	3786	75,48	0,064
Amenazas	318	55,69	2716	54,15	0,483
Coacciones	97	16,99	1248	24,88	0,000
Alteración estado salud	553	96,85	4755	94,80	0,033

**Figura 10. Representación gráfica de la comparación de los distintos tipos de agresiones en Atención Especializada y en Atención Primaria.**

En los centros de AE se notifican un 7,88% de **agresiones físicas**, frente al 4,43% de los de AP ($p = 0,001$), con una diferencia estadísticamente significativa.

En los centros de AE se notifican 78,98% de **agresiones verbales** y un 75,48% en los de AP ($p = 0,064$), no presentando diferencias estadísticamente significativas.

En los centros de AE se notifican un 55,69% de **amenazas**, frente al 54,15% de AP ($p = 0,483$), no encontrando diferencias estadísticamente significativas.

En los centros de AE se notifican un 16,99% de **coacciones** y en los de AP, un 24,88% ($p = 0,000$), siendo estadísticamente significativa.

Finalmente, los trabajadores que notifican una agresión en AE tienen un 96,85% de **alteraciones en su estado de salud**, versus a los de AP con un 94,80% ($p = 0,03$).

Los trabajadores de Atención Especializada sufren más agresiones físicas que los de Atención Primaria. En cambio, en AP sufren más coacciones; no encontrando diferencias en las agresiones verbales, amenazas y afectación del estado de salud entre los dos niveles asistenciales, según el registro de notificación de agresiones efectuado.

5.9 URGENCIAS MAYOR REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES FRENTE A OTRAS UNIDADES

Las diferencias estadísticamente significativas en cuanto al registro de notificación de agresiones en urgencias, frente a otras unidades, se encuentran resumidos en la tabla 17 y gráficamente en la figura 10.

Tabla 17. Análisis estadístico de los distintos tipos de agresión sufridos en el servicio de urgencias en comparación a los sufridos en otros servicios, según registro de notificación de agresiones.

Tipo de agresión	Urgencias		Otros		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Agresión física	18	12	249	4,6	< 0,001
Agresión verbal	113	75,3	4124	75,8	0,884
Amenazas	87	58	2947	54,2	0,375
Coacciones	20	13,3	1325	24,4	0,002
Alteración estado de salud	143	95,3	5165	95,0	0,852

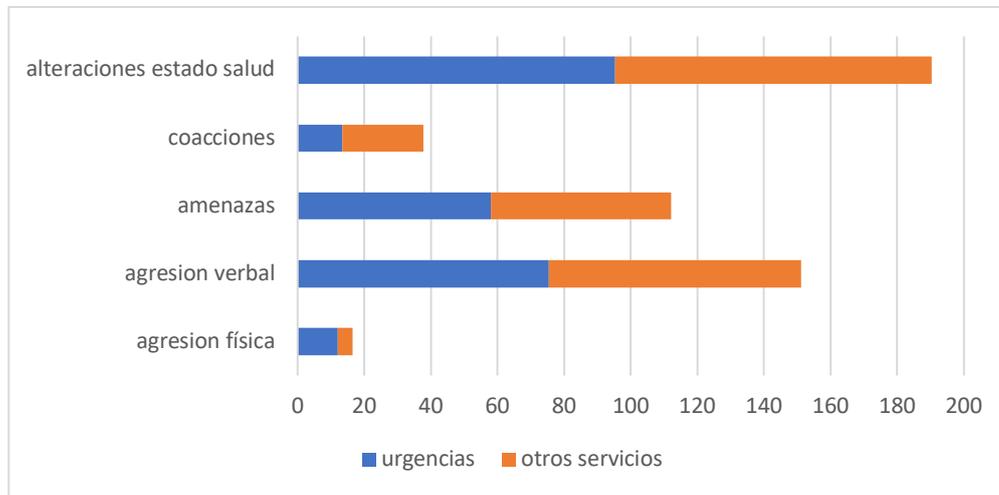


Figura 11. Representación gráfica de los distintos tipos de agresiones en el servicio de urgencias en comparación a los sufridos en el resto de los servicios, según registro de notificación de agresiones.

La notificación de agresiones por parte de los trabajadores que sufren **agresiones físicas** en Urgencias es del 12%, mientras que en el resto de los servicios es del 4,6%, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

La notificación de agresiones por parte de los trabajadores que sufren **agresiones verbales** en Urgencias es del 75,3%, mientras que en el resto de los servicios es del 75,8%. Esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0.884$).

La notificación de agresiones por parte de los trabajadores que sufren **amenazas** en Urgencias es del 58%, mientras que en el resto es del 54,2%. Esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0.375$).

La notificación de agresiones por parte de los trabajadores que sufren **coacciones** en Urgencias es del 13%, mientras que en el resto es del 24%. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0,002$).

La notificación de agresiones por parte de los trabajadores que sufren **alteraciones en su estado de salud** en Urgencias es del 95,3%, mientras que en el resto de los servicios es del 95%. Esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0,852$).

Se producen más notificaciones de agresiones físicas en urgencias y más coacciones en el resto de los servicios o unidades.

5.10 ENFERMERÍA CATEGORÍA LABORAL MÁS AFECTADA TRAS REGISTRO NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES

La comparación de los distintos tipos de agresión sufridos en enfermería y el resto de las categorías laborales, según registro de notificación, se puede consultar en la tabla 18 y gráficamente en la figura 11.

Tabla 18. Análisis estadístico relativo a los distintos tipos de agresión sufridos en enfermería en comparación a los sufridos por el resto de las categorías laborales, según registro de notificación de agresiones.

Tipo de agresiones	Enfermería		Otras categorías laborales		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	
Agresión física	71	6,58	196	4,35	0,002
Agresión verbal	822	76,1	3415	75,7	0,768
Amenaza	568	52,64	2466	54,7	0,222
Coacción	226	20,95	119	24,82	0,007
Alteración estado salud	1028	95,27	4280	95	0,654

Tipo de agresiones en enfermería/otras categorías

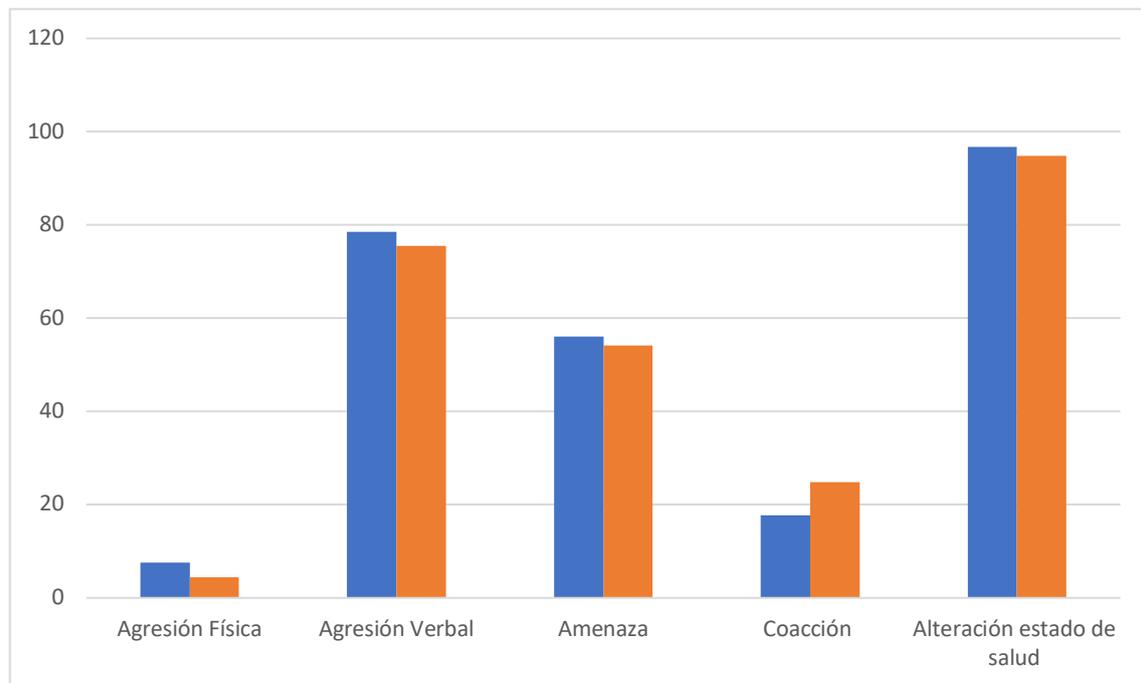


Figura 12. Representación gráfica de los distintos tipos de agresiones en enfermería en comparación al resto de categorías laborales, según registro de notificación de agresiones

En relación con la **categoría laboral más afectada**, según las notificaciones efectuadas, un 6,58% de las **agresiones físicas** son a personal de enfermería, mientras que un 4,35% afectan al resto de categorías profesionales ($p = 0,002$), encontrando diferencias estadísticamente significativas.

En relación con las **agresiones verbales** notificadas por el personal de enfermería son un 76,1%, frente al 75,7% del resto de categorías ($p = 0,768$), no presentando diferencias estadísticamente significativas.

Las notificaciones efectuadas por **amenazas** al personal de enfermería son de un 52,64%, mientras que en el resto de los profesionales es de un 54,7% ($p = 0,222$), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Enfermería notifica un 20,95% de **coacciones**, mientras que el resto de los profesionales un 24,82% ($p = 0,007$), encontrando diferencias estadísticamente significativas.

Enfermería presenta **alteraciones en su estado de salud** cuando notifica una agresión en un 95,27%, frente al 95% del resto de categorías profesionales ($p = 0,654$), no encontrando diferencias estadísticamente significativas.

El personal de enfermería sufre más agresiones físicas que otras categorías laborales ($p = 0,002$), pero, no hay diferencias en cuanto a agresiones verbales, amenas y alteraciones del estado de salud, mientras que otras categorías laborales declararon más coacciones que el personal de enfermería ($p = 0,007$).

5.11 Alteración estado de salud, en el momento de notificación de la agresión

Tabla 19. Análisis estadístico relativo al tipo de daño sufrido en Atención Especializada y en Atención Primaria, según registro de notificaciones.

ALTERACIÓN ESTADO DE SALUD							
Tipo de daño	Sin daño		Daño psicológico		Daño físico		p
	n	%	n	%	n	%	%
AE/AP	4478	84,3	722	13,6	108	2	0,002
A Especializada	200	36,1	320	57,9	33	6	0,492
A Primaria	4278	90	402	8,45	75	1,58	0,008

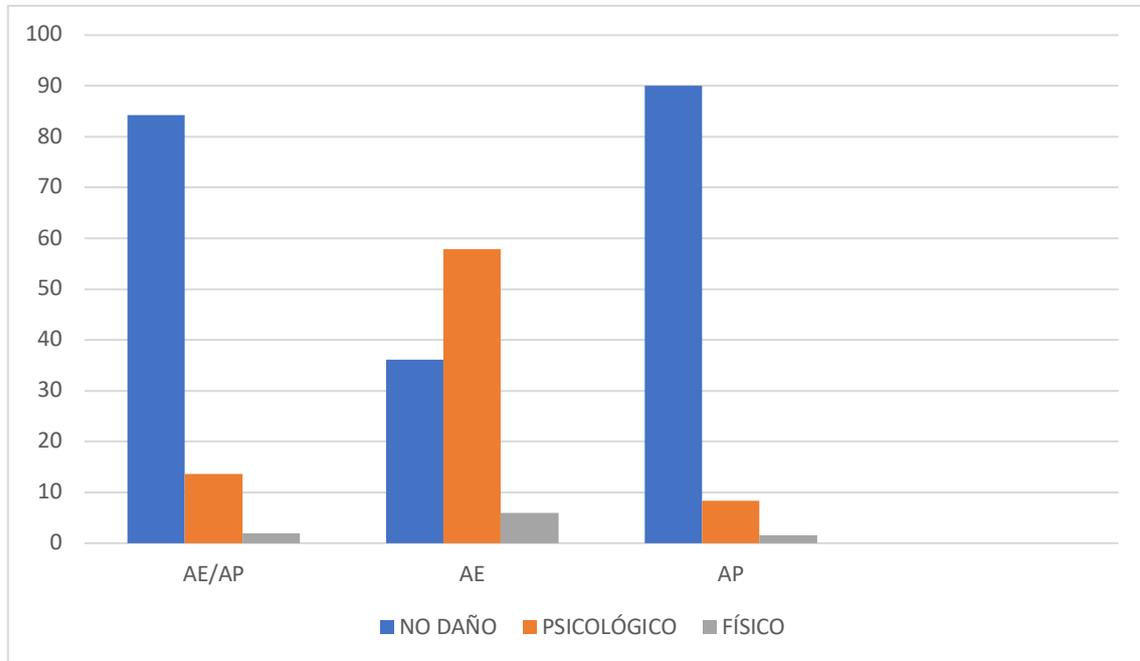


Figura 13. Representación gráfica del daño físico o psicológico sufrido en Atención Especializada y en Atención Primaria, según registro de notificación de agresiones

Los trabajadores del estudio que notifican una agresión y presentan alteración en su estado de salud sin daño constatado es de un 84,3%, frente al 13,6% con daño psicológico y el 2% con daño físico. Esta diferencia es estadísticamente significativa $p = 0,002$. Los trabajadores de AE que presentan alteración en su estado de salud, en el momento de la notificación de la agresión, sin daño constatado es de un 36,1%, frente al 57,9% que presentan daño psicológico y al 6% que presentan lesión física. Esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0,492$). Los trabajadores de AP que presentan alteración en su estado de salud, sin daño constatado, en el momento de la notificación de la agresión, es de un 90% frente al 8,4% que presentan daño psicológico y al 1,58% que presentan lesión física, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,008$). Los trabajadores del estudio presentan alteración de su estado de salud en el momento de notificación de la agresión, pero solo un 13% daño psicológico y apenas se registran lesiones físicas.

5.12 TIPO DE DAÑO Y BAJA MÉDICA EN EL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE LA AGRESIÓN

Tabla 20. Análisis estadístico relativo a los trabajadores de Atención Especializada y Atención Primaria que cursan baja médica tras agresión y la relación con el tipo de daño reportado, según registro de notificaciones.

Tipo de daño	Sin daño constatado		Daño Psicológico		Daño Físico		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Baja médica (AE/AP)	41	0,87	14	1,89	13	11,61	0,000
Baja médica AE	1	0,48	5	1,52	3	9,1	0,001
Baja médica AP	40	0,88	9	2,20	10	12,66	0,000



Figura 14. Representación gráfica de los trabajadores de Atención Especializada y Atención Primaria que cursan baja médica tras agresión y la relación con el tipo de daño reportado, según registro de notificaciones.

Los trabajadores del estudio que no presentan daño constatado y que cursan baja médica en el momento de la notificación de la agresión son el 0,87%, frente al 1,89% que presentan daño psicológico y al 11,61% con lesión física. Con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$).

Los trabajadores de AE que cursan baja médica en el momento de la notificación de la agresión y no presentan daño constatado son el 0,48 %, frente al 1,52 % que presentan daño psicológico y al 9,1% con lesión física. Con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,001$).

Los trabajadores de AP que cursan baja médica en el momento de la notificación de la agresión y no presentan daño constatado son el 0,88 %, frente al 2,20 % que presentan daño psicológico y al 12,66% con daño físico. Con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$).

Los trabajadores que notifican una agresión suelen presentar baja médica cuando las lesiones son físicas; en un menor número, cuando hay lesiones psicológicas y, en muy pocas ocasiones, cuando no hay daño constatado.

5.13 TIPO DE DAÑO Y APOYO PSICOLÓGICO EN EL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE LA AGRESIÓN

Tabla 21. Análisis estadístico relativo a los trabajadores de Atención Especializada y Atención Primaria que necesitan apoyo psicológico tras la agresión en relación con el tipo de daño reportado, según registro de notificaciones.

Tipo de daño	Sin daño		Daño psicológico		Daño físico		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Ayuda psicológica AE/AP	76	1,61%	30	4%	11	9,9%	0,000
Ayuda psicológica AE	3	1,44%	9	2,73 %	1	3%	0,596
Ayuda psicológica AP	73	1,6%	21	5,12 %	10	12,66%	0,000

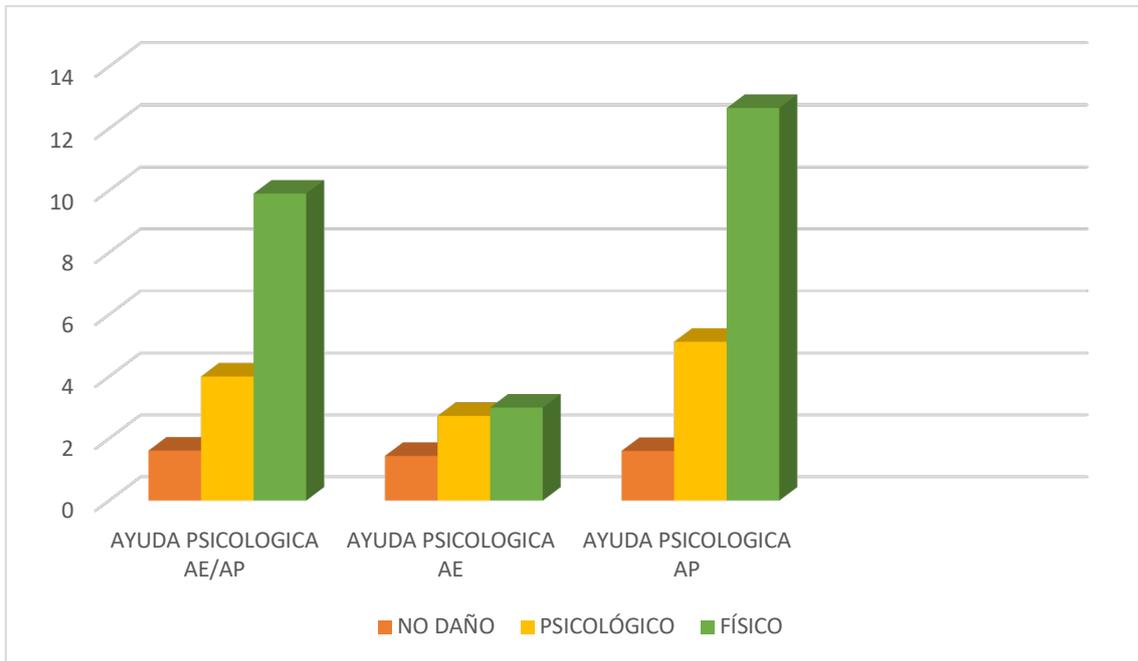


Figura 15. Representación gráfica de trabajadores de Atención Especializada y Atención Primaria que requieren de ayuda psicológica tras agresión en relación con el tipo de daño reportado, según registro de notificaciones

Los trabajadores de AE y AP que necesitan apoyo psicológico, cuando notifican una agresión sin daño aparente, es el 1,61%, frente al 4% de aquellos que presentan daño psicológico y al 9,9% que presentan daño físico, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$).

Los trabajadores de AE que necesitan apoyo psicológico en el momento de la notificación de la agresión, y no presentan ningún tipo de daño, suponen el 1,44%; frente al 2,73 % de los que presentan daño psicológico y el 3% que presentan daño físico, con una diferencia estadísticamente no significativa ($p = 0,596$).

Los trabajadores de AP que necesitan apoyo psicológico en el momento de la notificación de la agresión, y no presentan ningún tipo de daño, suponen el 1,6%; frente al 5,12 % de los que presentan daño psicológico y el 12,66% que presentan daño físico, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$).

Los trabajadores, según el registro de notificación de agresiones, precisan ayuda psicológica cuando han sufrido una lesión física; en muy pocas ocasiones,

cuando han sufrido daño psicológico y, prácticamente nunca, cuando no hay daño constatado.

VI-DISCUSIÓN

VI- DISCUSIÓN

El tema de estudio aborda la notificación del registro de agresiones a los profesionales de la salud, argumento de máxima actualidad por el aumento de éstas; pero no como un hecho aislado, sino como un tipo más de violencia. No solo ocurre en el entorno sanitario, sino que está presente en cualquier ámbito de nuestras vidas (1, 3). En nuestro país, Gil-Borrelli detectó una escalada de violencia en cualquier ámbito social (17).

En el ámbito laboral, múltiples sectores reflejaron datos alarmantes de violencia hacia sus trabajadores (39, 47) y el sector servicios fue el que presentó mayor riesgo (25, 51, 55,92), siendo los profesionales de la salud, uno de los grupos más afectados (48, 51, 76, 89).

Por ello, es necesario notificar adecuadamente cualquier acto violento. Según la RAE, notificar *“es dar noticia de algo o hacerlo saber con propósito cierto”*.

Hay que destacar que el estudio trata sobre **la notificación del registro de las agresiones** efectuadas por los trabajadores de nuestros centros de trabajo, en el período de estudio, y no sobre el número de agresiones reales que hayan podido ocurrir

6.1 AUMENTO DEL REGISTRO DE NOTIFICACIONES DE AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

Los datos reflejaron un **aumento progresivo** del registro de notificación de agresiones durante el período de estudio, destacando un descenso significativo en el año 2013; aunque, tras su análisis, no se hallaron motivos que puedan justificarlo.

El ascenso del registro de las agresiones entre el 7-12%, en nuestros centros sanitarios, coincidió con el aumento de las agresiones a los profesionales de la salud, independientemente del nivel socioeconómico, cultural y geográfico del país en el que ocurren (122, 126-129, 136, 138, 141-145).

Cebrino concluyó que la violencia en estos profesionales aumentó progresivamente (142), en contra de aquellos que indicaron que las cifras no habían aumentado durante los últimos 20 años (265) o los que mencionaron su descenso (142, 208).

En España, Martínez León detectó un aumento progresivo de las agresiones a médicos (126), siendo confirmado por la OMC (147), la cual registró las cifras más altas durante 2019 (148); datos similares ofreció la Organización Colegial de Enfermería (146) y el Sistema Nacional de Salud, con un aumento de 1200 agresiones a profesionales sanitarios durante 2018 (149).

Hay que destacar, en relación con estos datos al alza, aquellos estudios que indicaron que estos valores no fueron los reales, ya que correspondían, exclusivamente, al registro de las agresiones notificadas por las víctimas (122-123, 146-148, 152, 159, 166, 171-172, 194-195). No se pudo confirmar en nuestra población el número real de agresiones, ya que solo contábamos con información y datos de los registros de las notificaciones, pero no de las agresiones ocurridas durante el período de estudio.

Todo ello refleja una **infradeclaración** de los hechos (96, 115, 120, 159). Destacando la Encuesta Nacional de Victimización por Delitos, que indicó que más de un 58% de las agresiones no fueron denunciadas (98) y que los datos registrados por agresiones a profesionales de la salud no coinciden con los datos oficiales (153).

Analizando esta situación, y siguiendo este hilo conductor, pueden existir múltiples causas en la disparidad de los resultados obtenidos. Una de ellas puede ser la falta de unanimidad a la hora de su registro y su notificación (120) o la existencia de múltiples herramientas a la hora de registrar y notificar adecuadamente las agresiones, tal como queda reflejado en las distintas normativas y procedimientos establecidos en los distintos países.

En España, cada Comunidad Autónoma tiene su propio modelo, sin olvidar las guías de otras instituciones, como la del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (150).

Otros motivos pueden ser que las lesiones sufridas tras la agresión sean leves y los profesionales agredidos consideren que no es motivo para su notificación (99) o asuman que la violencia forma parte de su actividad laboral (115). Suelen denunciarse aquellos actos violentos que producen lesiones graves, pero si no lo son, en la mayoría de las ocasiones, no suelen declararse ni registrarse (155, 160).

En muchas ocasiones los trabajadores desconocen el procedimiento a seguir ante una agresión por parte de los usuarios o tienen miedo por las posibles

consecuencias como represalias por parte del ciudadano o por las repercusiones legales (166, 177, 182, 189-190, 193, 198, 203, 217), así como la falta de tiempo o la complejidad del sistema para la notificación y el registro adecuado de la agresión.

Además, en aquellos casos que notificaron, la jurisprudencia no presentaba un criterio firme y no fue hasta la entrada en vigor del artículo 550 del Código Penal, cuando se unificaron doctrinas para regular estas situaciones.

Ante la diversidad de criterios y la aplicación, en cada Comunidad Autónoma, de su legislación y protocolos de actuación para el registro y notificación de las agresiones, en 2018, el Ministerio de Sanidad creó un grupo de trabajo para intentar integrar y unificar criterios, estandarizar los registros e investigaciones de las agresiones a profesionales de la salud (322).

Nuestro estudio, se realizó en centros sanitarios de la Comunidad de Madrid, por lo que se aplicó la legislación vigente, en esta materia, en la Comunidad de Madrid, como la Orden 212/2004 y sus posteriores modificaciones (323-326).

6.2 FACTORES ASOCIADOS A LA NOTIFICACIÓN DE LAS AGRESIONES

6.2.1 Por Sexo del trabajador

Nuestros datos indicaron que las mujeres notificaron más agresiones que los varones (79% versus 21%), encontrando resultados similares en otros estudios (109, 111).

En la actualidad la mujer forma parte del mundo laboral, realizando cada vez más tareas y profesiones; siendo el ámbito sanitario, uno de los más destacados. Se ha producido una feminización de la población en el ámbito sanitario, ya que la mayoría de las categorías laborales están ocupadas por mujeres (262). Es de destacar que la mayoría de los estudios revisados hablan de enfermeras (en género femenino), reflejo del sexo que ejerce esta profesión (127, 152, 159, 173, 205, 226, 239-240, 261, 271). Otro motivo que justificó la mayor notificación de agresiones por las mujeres frente a los hombres es que los trabajadores sanitarios masculinos normalizaron las situaciones de violencia en su lugar de trabajo, respecto a las mujeres de la misma profesión (112). Estos datos concuerdan con los facilitados por

la Asociación Estadounidense de enfermeras, que informó que 1 de cada 4 enfermeras había sufrido violencia en su lugar de trabajo (225).

6.2.2 Por lugar de trabajo/nivel de asistencia sanitario

Las investigaciones indicaron más estudios en centros hospitalarios que en centros de primaria (122-123, 126, 135, 137-138, 165, 264).

6.2.2.1 Atención Especializada /Atención Primaria

Nuestros trabajadores de Atención Especializada notificaron más agresiones cuando sufrieron lesiones físicas, que los de Atención Primaria, coincidiendo con distintas investigaciones (122,123,126,135,137,138,165,264); en contra de los que indicaron mayor número de agresiones notificadas en AP, que en AE (147-149, 160-161, 164).

Coincidiendo con nuestros resultados de agresión física en AE (7,88%) y en AP (4,43%), ($p = 0,001$), el English National Health Service (NHS) registró que un 11% de los profesionales sanitarios del ámbito hospitalario y un 6% de Atención Primaria habían sufrido una agresión física (122), con hallazgos similares en otros estudios (146,179).

Aunque son los trabajadores de Atención Primaria, en nuestro estudio, los que más agresiones registraron. Sin distinguir el tipo de agresión sufrida, según el registro de notificaciones, los datos indicaron que los trabajadores de Atención Primaria notificaron más agresiones que los de Especializada (133) en la Comunidad de Madrid, área de nuestra investigación. Comparando ambos niveles asistenciales, se notificaron más agresiones en AP que en Especializada (160, 164, 278).

El mayor número de agresiones en AP puede ser debido a que es la puerta de entrada al sistema sanitario (278) y existe una relación más directa y cercana con sus profesionales (230). En cambio, en AE la gravedad de las patologías que presentan los pacientes hospitalizados (281-282) podrían generar angustia y ansiedad, motivando las agresiones físicas.

6.2.2.2 Atención Hospitalaria

En los hospitales del estudio, son las hospitalizaciones de Medicina Interna las que más agresiones notificaron (28,6%). Ello podría deberse a la peculiaridad de los pacientes ingresados, ya que son personas mayores con muchas probabilidades de deterioro cognitivo, agravado por el comportamiento de familiares o acompañantes.

En Atención Hospitalaria, en los servicios de salud mental se efectuaron distintos estudios (209, 210, 245, 250, 285-288), con un alto índice de notificación de situaciones conflictivas debidas a la peculiaridad de los pacientes; ya que, por su estado de salud mental o consumo de sustancias, no controlaron sus acciones y fueron proclives a situaciones violentas, aunque no tuvieran intencionalidad en sus actos. Ello derivó en lesiones físicas y, en muchas ocasiones, afectación psicológica de los trabajadores. Nuestros datos reflejaron cifras de notificación de agresiones muy bajas (1,8%) por parte de los trabajadores de salud mental, respecto a otras áreas hospitalarias. Hay que destacar que muchos trabajadores que realizaron sus funciones en estas áreas notificaron la agresión, para su registro como accidente de trabajo, cuando existió un daño físico, pero comentaron *“que no quieren denunciar y que son conscientes de la enfermedad de sus pacientes”*.

6.2.2.3 Urgencias

Los trabajadores de urgencias notificaron más agresiones cuando fueron físicas (7%), frente a otros servicios del hospital. En cambio, los trabajadores de otras unidades notificaron más cuando sufrieron coacciones (13,3%). En esta línea se encontraron distintas investigaciones (166, 170, 292-295), pero no se encontraron diferencias por servicios frente a otros tipos de agresiones.

Por ello, se estudiaron las causas que pudieran originarlo, detectando una serie de particularidades, que fomentan esa actitud, por parte de pacientes o familiares.

Entre estos motivos se encuentra el hacinamiento en las áreas de urgencias (304) ya que, en muchas ocasiones, los servicios de urgencias se colapsan y deben habilitarse zonas de tránsito, como pasillos, donde están los pacientes en camas o

sillas esperando ser atendidos, sin ningún tipo de intimidad y sin mantener distancias de seguridad.

Otro motivo podría ser el tiempo de espera para la asistencia (299) y, especialmente, la falta de información, ya que puede producirse mucha demora entre la primera atención, la realización de pruebas complementarias, la espera de resultados y la toma de decisiones; situación que altera al paciente y en especial a los familiares.

La peculiaridad de los pacientes comentada previamente (209-210, 245, 250, 285-288) o aquellos pacientes ancianos que, ante los largos tiempos de espera y al no estar en su hábitat, se desorientan; agrediendo a los sanitarios, tanto física como verbalmente. Sin olvidar al paciente infantil (297) que no suele ser responsable de las agresiones, pero sí sus padres que, ante la angustia y la espera, se alteran amenazando y agrediendo a los sanitarios. En nuestro estudio los datos obtenidos en urgencias pediátricas son muy bajos (2,34%).

Todos ellos son motivos más que suficientes para justificar el mayor número de registro de notificaciones de agresiones físicas en urgencias.

6.2.3 Por categoría laboral

En el área sanitaria estudiada, las enfermeras son las profesionales que más agresiones notificaron en AE, pero en AP, fueron los médicos los que más notificaron.

La bibliografía revisada presentó datos muy similares a los nuestros, siendo las enfermeras de Hospitalaria las más afectadas (124, 128, 130, 133, 134, 136, 139, 145). En cambio, otros autores indicaron que son los médicos los que notificaron más agresiones, en concordancia con nuestros resultados de Atención Primaria (141, 263-264). Kitaneh no observó diferencias significativas entre médicos y enfermeras (137), aunque fueron estas dos categorías laborales las más afectadas por las agresiones (123, 150, 156, 272).

Estudios efectuados en países muy dispares, como Australia (241-243), Jordania (244) o Estados Unidos (225), indicaron que el personal de enfermería fue la categoría más agredida.

Podría indicarse que el personal de enfermería notificó más agresiones que el resto de sus compañeros, por las funciones propias de su categoría laboral, como son el cuidado y la atención a los enfermos (231), ya que tienen una relación más directa y están mucho más tiempo en contacto con el paciente, que en otras profesiones del ámbito sanitario, como el médico (que solo está el tiempo necesario para el pase de visita y en el caso de una complicación clínica del paciente, frente al resto de cuidados realizados por personal de enfermería). Ante cualquier demanda que le pueda surgir al paciente, las enfermeras acuden a su solicitud, de ahí que esa cercanía pudiera ser uno de los motivos por los que sufren más agresiones.

Un estudio efectuado por MacPhee reflejó que, aunque el personal de enfermería realice otras funciones no asistenciales, las cifras de agresiones fueron superiores a las de otros compañeros (250).

Otro motivo de agresión a este colectivo podría deberse al menor número de enfermeras en plantilla y, como consecuencia, a una sobrecarga de trabajo; sin poder atender de manera inmediata las demandas efectuadas por el paciente o familiares.

Hay que indicar que nuestro estudio contempla todas las categorías laborales que han notificado una agresión, como otras investigaciones (129, 135, 151, 157-158, 160, 166-167, 177), y no solo a médicos y enfermeras.

Las enfermeras de urgencias fueron la categoría laboral más agredida (201, 205, 240, 251-252, 296), con resultados similares a los del estudio.

6.2.4 Por características del agresor

Los datos obtenidos, en el registro de notificación de situaciones conflictivas, reflejaron que son los varones los responsables, en la mayoría de los casos, de las agresiones, ratificado por Gómez (167).

El agresor puede ser el propio paciente, un familiar o un acompañante. En nuestros hospitales, **el familiar o acompañante** fue el responsable de la mayoría de las agresiones, con resultados similares a un estudio efectuado en Perú (132); en cambio, en AP fue **el paciente** el causante de estas. En esta línea se encontraron distintos estudios (122, 126, 167). Hay que destacar el estudio efectuado en Israel,

que reflejó que el tipo de violencia ejercida por los pacientes es distinto a la realizada por los familiares (139).

Esta diferencia en el perfil del agresor, entre AP y AE, podría deberse a que el paciente hospitalizado, en muchas ocasiones, presenta un deterioro importante de su estado de salud que le impide realizar determinados actos; a diferencia del paciente que suele acudir a Atención Primaria, con mejor estado general y menor sintomatología (139).

No hay que olvidar al paciente psiquiátrico (209, 210, 245, 250, 285-288) ni a la población que se encuentra bajo los efectos del alcohol o sustancias (300-301), que pueden presentar comportamientos violentos.

6.2.5 Por tipo de agresión

Nuestros trabajadores notificaron más agresiones verbales y coacciones, corroborado por distintos autores (159, 170, 172, 212, 245), pero en AE notificaron más agresiones físicas que en AP (174, 246, 247). Ello indicaría que atacar físicamente al trabajador sanitario suele ser menos habitual y podría deberse a la gravedad del paciente que acude al centro hospitalario, que le impide realizar determinados actos; en cambio en AP hay más riesgo de sufrir coacciones pudiendo ser uno de los motivos las peticiones de prescripciones farmacéuticas por el servicio público de salud, así como la emisión de incapacidad temporal, por parte de los médicos de AP.

6.2.6 Por motivo de la agresión

En un 31% de los casos, las agresiones eran debidas a una **disconformidad en la asistencia sanitaria recibida**; ya que el paciente tiene unas expectativas que no se cumplen, bien porque sus demandas son superiores a las que ofrece el sistema sanitario, o porque las indicaciones efectuadas por el profesional sanitario no son de su agrado (140, 167, 169, 284).

En relación con la demora en **la atención al paciente**, nuestros resultados reflejaron un 10% en AE y un 5% en AP, coincidiendo con otros estudios (299).

Interesa mencionar el estudio sistemático que determinó que los motivos que pudieron desencadenar una agresión en AP son distintos a los de AE (213),

asimilable a nuestros resultados; ya que, en Atención Especializada la principal causa fue la disconformidad con la asistencia, mientras que en Primaria no se identificaron causas concretas, en un 40% de los casos.

6.2.7 Tipo de intervención, durante el conflicto

Los trabajadores que notificaron una agresión contaron, en un primer momento, con la intervención o ayuda de sus compañeros. Hay que destacar que, en nuestros centros hospitalarios, intervino la seguridad privada en un 17% de las agresiones notificadas, frente al 8% en los centros de Atención Primaria. Esta diferencia pudiera justificarse porque los centros de Atención Primaria no suelen contar con la presencia de estos agentes, llamando en su lugar a las fuerzas de seguridad del Estado; con una participación de estos en un 16%, frente al 7% de intervenciones en los centros de Atención Especializada.

Un estudio efectuado en un hospital australiano reflejó que hubo mayor presencia de policía que de seguridad privada (302); en cambio en un centro hospitalario de Estados Unidos valoraron la intervención de las fuerzas de seguridad privada para el manejo y control de las agresiones, frente a la policial (303).

Tras la instauración del protocolo de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (321), nuestros resultados indicaron que en un 7,8% intervienen las **fuerzas de seguridad del Estado** en Atención Especializada, y en un 16,5% en Atención Primaria; siendo fundamental la máxima divulgación para que todos los profesionales lo conozcan y puedan activarlo cada vez que lo precisen. Cabe referir que dicho protocolo fue aprobado en 2017 y, por tanto, aplicado solamente en los dos últimos años del período de estudio.

En relación con la ayuda jurídica, a pesar de la entrada en vigor de la reforma del Código Penal (artículo 550), muy pocos son los trabajadores que notificaron una agresión y solicitaron **ayuda jurídica** en ese momento (6,83% en AE y 0,38% en AP).

El Servicio de Prevención, según la Ley 31/1995 (116), es una figura imprescindible para facilitar la información, formación, asesoramiento y seguimiento del trabajador sanitario agredido. Hay que destacar que las intervenciones efectuadas por el Servicio de Prevención en AE, en el momento de la notificación, fueron de un 87,39%; aunque, además del registro, se realizó el

seguimiento clínico durante el tiempo necesario, hasta su total recuperación. Pero estos últimos datos no fueron evaluados en nuestro estudio, ya que no existió conexión entre los datos clínicos y el formulario de notificación de agresiones. La ayuda que solicitaron los trabajadores que notificaron una agresión al SPRL en AP, es muy baja (0,39%); ello podría deberse a que el Servicio de Prevención está físicamente ubicado en los centros hospitalarios y no en los centros de Primaria, lo que facilitaría el acceso a los trabajadores de Especializada, pero no a los de Primaria.

6.3 ALTERACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Los trabajadores del área sanitaria estudiada presentaron alteración de su estado de salud cuando notificaron una agresión. Analizando las variables, no presentaron daño aparente, pero si afectación de su estado de salud, en un 84% de los casos; en un 13% presentaron alguna manifestación psicológica y solo en un 3%, lesión física. Cuando se valoró por nivel de asistencia sanitaria, esto se confirmó en Atención Primaria pero no en Especializada.

Como se ha comentado a lo largo del estudio, cualquier acto violento, independientemente del ámbito en el que ocurre, puede repercutir negativamente en la persona (20-21-24).

Cuando se afectó la salud de los trabajadores agredidos, en muchas investigaciones se realizó seguimiento y valoración de su evolución clínica; cosa que no ocurrió en el presente estudio, ya que solo se registró la percepción que tuvo el trabajador de su estado de salud, en el momento en que notificó la agresión, pero no existió un seguimiento, por no estar contemplado en nuestro modelo de registro; no pudiendo afirmar o negar que, transcurrido un tiempo tras el suceso, pudieran aparecer alteraciones en su estado de salud, entorno familiar, social y laboral, como refieren los estudios (22-23, 37, 40-42, 78-79, 93, 96-98, 205-207).

Por tanto, en el momento de la notificación pueden presentar algún signo o síntoma de enfermedad, registrándolo como alteración de su estado de salud, que puede desaparecer rápidamente o agravarse; o, por el contrario, pueden presentarse casos que cuando notificaron la agresión no presentaron ninguna

sintomatología, no registrando alteración de su estado de salud, pero pudieron manifestar cualquier signo o síntoma posteriormente, con una mala evolución y precisando ayuda médica; o manifestar situaciones de miedo, enfado, menor rendimiento laboral y peor calidad asistencial (132, 215-216).

Geoffrion refirió que muchas de las manifestaciones físicas o psicológicas que presentó el trabajador agredido lo son a medio o largo plazo (112), situación que no contemplamos, ya que esta información no está identificada y registrada, en nuestro estudio. O aquellos profesionales que tras sufrir una agresión normalizan la situación y no prestan atención a cualquier sintomatología clínica o psíquica que puedan presentar, tras la misma (131).

6.3.1 Tipo de lesiones y gravedad

Como se ha comentado previamente, no se estudió el seguimiento de las lesiones, ya que no está recogida esa variable en el modelo de registro de notificación utilizado. Se podría obtener en algunos casos, esa información, si se revisase la historia clínica del trabajador agredido, pero no existió punto de conexión entre ambos registros.

Se ha de destacar que el estudio reflejó el estado de salud o lesiones que presentó el profesional cuando notificó la agresión, ya que, cuando se habló con él para su valoración, pudo referir ansiedad, angustia o estrés, que no consideró relevantes para notificarlo como alteración de su estado de salud, normalizó la agresión y consideró que esas reacciones son habituales y normales ante la situación (99, 115). Probablemente si se revisase la historia clínica del trabajador, transcurrido un tiempo, pudieran encontrarse manifestaciones clínicas y sociales relacionadas con la agresión, que no notificó y registró adecuadamente en su momento, por no considerar relevante.

6.3.2 Lesiones y baja médica

Los datos de los trabajadores de nuestros centros sanitarios que cursaron **incapacidad temporal** en el momento del registro de la notificación de la agresión fueron muy bajos, especialmente cuando no presentaron ningún tipo de sintomatología (0,87%). Los valores aumentaron relativamente poco, cuando

presentaron alguna manifestación psicológica (1,89%); pero sí que lo notificaron, y las cifras aumentaron considerablemente cuando presentaron una lesión física (11,6%).

Revisando la bibliografía, hay pocos estudios que se refieran a períodos de IT. De forma general, ante los actos de violencia se mencionó que estas situaciones precisaron tiempo para su recuperación (24) y ya, en el ámbito sanitario, las agresiones a sus profesionales pudieron acabar en bajas médicas (114, 131, 182, 204); aunque si las lesiones presentadas son importantes, pueden llegar a inhabilitar al individuo de forma permanente (114, 187). En muchas ocasiones, las lesiones impidieron al trabajador realizar su actividad laboral y de su vida diaria de manera temporal y, por tanto, de una manera indirecta, nos inducen a pensar que el trabajador puede estar en períodos de incapacidad temporal.

Las manifestaciones psicológicas pueden ser muy variadas, desde ansiedad, estrés, depresión (129), síndrome de *burnout*, (186, 218, 220, 224, 227) síndrome de estrés postraumático (182, 199, 201, 208-209, 222), así como manifestaciones orgánicas (114, 128, 156, 187-189, 191-195, 199-201).

No hay que olvidar que los datos obtenidos reflejaron solo las manifestaciones clínicas en el momento de la notificación de la agresión, lo que no quiere decir que posteriormente estos trabajadores no pudieran presentar sintomatología y, por lo tanto, necesitar períodos de incapacidad temporal en algún momento de la evolución de su enfermedad, aunque ello no puede afirmarse.

En España, estas situaciones presentan unas características específicas, ya que tienen una base jurídica que desconocemos como aplica en otros países.

Reflejar que el período de IT tiene gran importancia ya que, según el artículo 156 de la LGSS (310), se considera accidente de trabajo al hecho que ocurre cuando el trabajador notifica una agresión con afectación de su estado de salud, a consecuencia de su trabajo. Ello comporta unas características administrativas que confieren al trabajador el reconocimiento de unas prestaciones económicas, por el sistema de seguridad social y responsabilidad civil; que no ocurren cuando no se tramita como accidente de trabajo, sino como enfermedad común.

Por otro lado, aplica la Ley 31/1995 (116), por la cual el empresario tiene la obligación de velar por la salud de los trabajadores y corregir aquellas situaciones

que suponen un riesgo para él, instaurando las medidas preventivas necesarias para su corrección.

Por tanto, de ahí la insistencia y la importancia de reflejar si el trabajador agredido notifica correctamente la agresión y si presenta incapacidad temporal, para tramitarla como accidente de trabajo.

Hay trabajadores que en el momento de la notificación de la agresión no presentaron ninguna lesión, por ello, no se tramitó una incapacidad temporal, en ese momento, pero si se hizo como accidente de trabajo sin baja.

Pero, sí posteriormente el trabajador agredido inicia una sintomatología clínica como consecuencia de la agresión sufrida; para poder tramitar, esta situación como incapacidad temporal por accidente de trabajo, debe revisarse la fecha en que ocurrió dicha agresión, si estas lesiones aparecen antes de los 6 meses de la fecha del accidente, se tramita como recaída de accidente de trabajo. En caso de que haya pasado más, de 6 meses, el trabajador tendrá que solicitar determinación de contingencias al INSS para que se pronuncie si la sintomatología presentada se considera como accidente de trabajo o enfermedad común.

6.3.3 Apoyo psicológico

Los trabajadores del presente estudio que, tras la notificación de la agresión, **precisaron apoyo psicológico** sin daño constatado fue muy bajo (1,6%), un 5,1% presentaron afectación psicológica y un 12,6% tuvieron alguna lesión física. Este patrón se confirmó en Atención Primaria, pero no en Atención Especializada.

Indicar nuevamente, que los datos reflejaron la situación del trabajador agredido en el momento del registro de la notificación de la agresión, pero se desconoce si pudieron necesitar apoyo psicológico posteriormente.

Los resultados coinciden con las investigaciones que indicaron que los afectados precisaron apoyo psicológico, en gran parte de los casos, para su mejoría y recuperación (188-189, 191,197, 202), aunque algún autor refiere que solo fue imprescindible la ayuda en los casos más graves (213) o que aquellos que sufrieron amenazas verbales precisaron menos ayuda psicológica (129).

Muchos de estos trabajadores fueron seguidos por el Servicio de Prevención y, en ocasiones, derivados a servicios específicos para valoración de la sintomatología, como PAIME o PAIPSE, pero ello no está reflejado en el estudio.

6.4 MEDIDAS PREVENTIVAS

Ante el aumento del registro de notificación de las agresiones a los profesionales de la salud, deberían instaurarse políticas y protocolos para su mejora, como: refuerzos en épocas invernales, ante el aumento de pacientes debido a la gripe y otras enfermedades infecciosas estacionales; o refuerzos los fines de semana, ante el mayor riesgo de pacientes con consumo de sustancias y accidentes. Todo ello podría mejorar las cifras de las notificaciones de agresiones ocurridas en los servicios de urgencias. (175-180).

Lo que implica que las instituciones deberían establecer la aplicación de medidas preventivas, y los mecanismos necesarios para evitar las agresiones, así como poner a disposición de las víctimas y sus centros de todas las herramientas necesarias para evitarlas.

Por ello es fundamental el registro y la notificación de las agresiones, para poder instaurar las medidas preventivas adecuadas (132, 147, 149, 194, 216).

La mayoría de los estudios indican la implantación de políticas internacionales, nacionales, autonómicas y locales, así como procedimientos internos, para disminuir estas cifras ascendentes (127-130, 132, 137-142, 144, 155, 161, 185-186, 208, 216, 240, 295, 297, 303, 328).

Pero a pesar de las medidas implantadas e instituciones que intervienen, los datos indican que las agresiones siguen aumentando. Por tanto, sería necesario reevaluar los procedimientos y las políticas porque, a pesar de las estrategias implantadas, los resultados no son favorables. Además de un registro único, con todas las variables necesarias para el estudio y seguimiento completo de la víctima, establecer la normativa necesaria para que los Servicios de Prevención sean los órganos fundamentales, para el manejo y control de las agresiones a los profesionales de la salud.

VII-CONCLUSIONES

VII- CONCLUSIONES

- Durante el período de estudio, se constató un aumento del registro de notificaciones de agresiones por los trabajadores. La prevalencia del registro de agresiones notificadas varió entre un 7-12%. Las agresiones verbales y las amenazas superaron a las agresiones físicas, según el registro de notificaciones. Los trabajadores que notificaron una agresión sufrieron alteraciones en su estado de salud, pero muy pocos presentaron lesión física, precisaron baja médica o apoyo psicológico.
- En Atención Primaria se registraron nueve veces más notificaciones de situaciones conflictivas que en Atención Especializada. Los trabajadores de urgencias notificaron más agresiones que los de otras unidades.
- Los trabajadores de los centros de AE presentaron más agresiones físicas y alteraciones en su estado de salud que los trabajadores de los centros de AP. Las enfermeras sufrieron con mayor frecuencia agresiones físicas y realizaron más notificaciones de agresiones que otras categorías laborales. Sin embargo, hubo un mayor porcentaje de coacciones declaradas entre otras categorías profesionales frente a las enfermeras. Los médicos en Atención Primaria notificaron más agresiones que otros profesionales. El perfil del agresor fue de un varón de 41 a 50 años.
- Durante la agresión intervinieron los compañeros del trabajador agredido, en la mitad de los casos.
- Los motivos de la agresión fueron distintos en Atención Especializada (disconformidad con la asistencia recibida) que en Atención Primaria (no justifican el motivo).

**VIII- LIMITACIONES Y
FUTURAS LÍNEAS DE
INVESTIGACIÓN**

VIII- LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

8.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones más importantes del estudio es el desconocimiento del número real de trabajadores que pueden sufrir una agresión en su lugar de trabajo. Este varía por la entrada o salida de trabajadores y de centros sanitarios adscritos al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del área 6 y área Noroeste de la CAM.

Así mismo, solo se contemplan los formularios del registro de notificaciones de situaciones conflictivas que han utilizado correctamente el modelo implantado en la CAM.

Las variables del estudio están limitadas a los ítems predeterminados en el cuestionario, sin opción de incorporar nuevas variables.

Los ítems recogidos en el formulario no están configurados en muchas ocasiones, siendo texto libre y cumplimentándose en función de la subjetividad del trabajador.

La población a estudio no tiene el mismo riesgo de situaciones conflictivas con los ciudadanos, como son los trabajadores de dirección y aquellos trabajadores que no prestan su actividad en contacto con los usuarios.

En relación con el parámetro de alteración del estado de salud, depende de la interpretación de cada trabajador y su percepción individual, en el momento de la notificación de la agresión.

Entre los **sesgos** que presenta el estudio se destaca que, en muchas ocasiones, el trabajador cuando notifica la agresión no cumplimenta debidamente el formulario, no señalando correctamente los ítems de las variables, con la correspondiente pérdida de información.

El conocimiento del estado de salud del trabajador debería ser a tiempo real, en el momento que cumplimenta la notificación de la agresión; pero se desconoce su evolución posterior, que puede variar a lo largo del proceso, perdiendo esa información clínica y limitando los resultados del estado de salud.

8.2 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Sería importante mejorar el formulario de registro de notificación de situaciones conflictivas con los ciudadanos, relacionados con los datos de filiación del trabajador o datos del incidente, con una respuesta estandarizada para evitar errores de interpretación; ya que, al dejar una respuesta en texto libre es difícil poder analizarla, ya que depende de la exposición de cada trabajador.

Sería fundamental definir que se considera alteración del estado de salud, evitando sesgos de interpretación.

Contemplar en el registro la posibilidad de realizar el seguimiento del estado de salud del trabajador afectado, ya que en el modelo actual solo se refleja su estado en el momento de notificación de la agresión; y, así, podría valorarse la evolución de las lesiones que pudieran aparecer tras la agresión.

Sería conveniente **estandarizar y unificar un modelo de notificación y registro**, para poder comparar las agresiones en distintas áreas sanitarias, según la geografía, nivel cultural y socioeconómico de la población adscrita a la misma; con la finalidad de implantar **medidas correctoras y preventivas** contemplando todas las posibilidades, como:

- La información y formación del trabajador, para la correcta notificación de las agresiones.
- El manejo adecuado de las situaciones conflictivas, evitando la escalada de violencia, solicitar ayuda y activar los mecanismos necesarios.
- La educación de los trabajadores sanitarios para minimizar los conflictos, evitando agravar la situación, como la falta de empatía o falta de comunicación; implantando formación continuada en técnicas de humanización, habilidades para resolución de conflictos, manejo de estrés, técnicas de relajación.
- Facilitar la ayuda jurídica al trabajador agredido desde la propia institución y apoyo, por parte de las direcciones y mandos intermedios, ante la complejidad legal y de seguridad a la que se enfrenta el trabajador agredido.

Un punto fundamental sería la **educación de los ciudadanos**, para infundir un respeto hacia aquellas personas que cuidan de su salud, indistintamente de su categoría laboral, edad o sexo; así como, conocer sus derechos y deberes y atenerse a los mismos, por la frecuente demanda de actuaciones no contempladas y que pueden ser desencadenantes de una agresión.

Concienciar a la población de la utilización correcta y adecuada de los servicios sanitarios, para evitar el colapso del sistema sanitario.

Protocolizar actuaciones ante situaciones generadoras de conflictos como pueden ser tiempos de espera en la atención a urgencias, información a familiares o acompañantes.

Y es fundamental la **coordinación y colaboración** entre todas las organizaciones e instituciones políticas, judiciales, sanitarias, de seguridad del Estado, sindicales y colegiales; para que trabajen en la misma línea y no exista disparidad de criterios en función de la localización geográfica, Comunidad Autónoma, entidad o área sanitaria donde se produce la agresión.

8.3 INTERÉS CIENTÍFICO

Este estudio puede generalizarse a cualquier profesional de la salud que pueda sufrir una agresión; ya que las variables estudiadas en relación con el tipo de agresión, categorías laborales, áreas o servicios en las que pueden ocurrir son comunes a la mayoría de los ámbitos sanitarios, teniendo en cuenta las limitaciones y sesgos de nuestro estudio, ya que, si se mejorase la recogida de ítems y algunos de los parámetros mencionados, sería un modelo para exportar.

A pesar de las políticas, legislaciones o protocolos implantados e instituciones que intervienen, los datos indican que las agresiones siguen aumentando. Por tanto, sería necesario reevaluar los procedimientos y las políticas porque, a pesar de las estrategias implantadas, los resultados son desfavorables.

Establecer un registro único, con todas las variables necesarias para el estudio y seguimiento de la víctima.

Considerar, a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales como órganos fundamentales para el manejo y control de las agresiones a los profesionales de la salud.

IX: BIBLIOGRAFÍA

IX -BIBLIOGRAFÍA

1. Sanmartín Esplugues J. ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (42), 9–21. Disponible en: <https://revistas.um.es/daimon/article/view/95881>
2. Sanmartín Esplugues J. ¿Hay violencia justa? Reflexiones sobre la violencia y la justicia basada en los derechos humanos. *Revista de Filosofía*, nº 43, 2008, 7-14 l. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/13142/1/Hay%20violencia%20justa%20Reflexiones%20sobre%20la%20violencia%20y%20la%20justicia%20basada%20en%20los%20derechos%20humanos.pdf>
3. Butchart A. & Mikton C. Global status report on violence prevention, 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014. 274 p.
4. Martínez Pacheco A. La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Política Cult*, 2016 [citado 12 de abril de 2021];(46):7-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/267/26748252001/movil/>
5. Weltgesundheitsorganisation, editor. World report on violence and health: summary. Geneva, 2002, 44 p. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf
6. Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gac Sanit*, [citado 26 de marzo de 2021];20:63-70. DOI: <https://doi.org/10.1157/13086028>
7. Iborra I. & Sanmartín J. ¿Cómo clasificar la violencia?: la taxonomía según Sanmartín. *Criminol Justicia*, 2011 [citado 12 de abril de 2021];(1 (septiembre-noviembre)):22-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3886971>

8. Trujano Ruiz P., Dorantes Segura J. &, Tovilla Quesada V. Violencia en Internet: nuevas víctimas, nuevos retos. *Liberabit*, 2009 [citado 12 de abril de 2021];15(1):7-19. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272009000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Gil M. Violencias urbanas y perspectiva socio-antropológica. Algunas claves teórico-metodológicas para pensar la violencia desde la ciudad de Rosario. Disponible en: <https://rehip.unr.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/2133/10461/06.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
10. Azaola E. La violencia de hoy, las violencias de siempre. *Desacatos Rev Cienc Soc*, 2013 [citado 26 de marzo de 2021];(40):13. Disponible en: <http://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/253>
11. Carmona Suárez M. Violencia y Sociedad - [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://docplayer.es/76116736-Violencia-y-sociedad.html>
12. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. 2002. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
13. Yavich N. Violencia: Una prioridad de la salud pública. [Internet] Disponible en: http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/02/Violencia_02_2017.pdf
14. Pellegrini Filho A. La violencia y la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 1999 [citado 12 de abril de 2021];5:219-21. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/1999.v5n4-5/219-221/>
15. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332450/9789240007154-spa.pdf>

16. Rodríguez-Arenas MÁ, Martín-Ríos MD & Gil-Borrelli C. Intervenciones en salud pública contra la violencia de odio. *Gac Sanit*, 2018 [citado 26 de marzo de 2021];32(2):114-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.013>
17. Gil-Borrelli CC, Latasa Zamalloa P, Martín Ríos MD & Rodríguez Arenas MÁ. La violencia interpersonal en España a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gac Sanit* [Internet]. 2019, [citado 26 de marzo de 2021];33(4):317-24. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.013>
18. World Health Organization. World health statistics 2012. Geneve: WHO Regional Office for Europe; 2012
19. Taboada WB. ¿La violencia tiene justificación?: lo que dicen la ciencia y la Filosofía. *Nóesis Rev Cienc Soc Humanidades* [Internet]. 2010, [citado 12 de abril de 2021];19(38):19-52. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85920311002>
20. Organización internacional del trabajo. Violencia en el trabajo - Núm. Especial 2018, Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--dcomm/documents/publication/wcms_630332.pdf
21. Comité Mixto OIT/OMS de Medicina del trabajo. Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo. Ginebra 1984. Disponible en: <http://www.factorpsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf>
22. Kalimo, Raija, El Batawi, M. A. & Cooper, C. L. Los Factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Organización Mundial de la Salud, 1998. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37881>
23. Moreno Jiménez B. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Med Segur Trab* (Internet) 2011, 57. Suplemento 1: 1-262. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>

24. Moreno Jiménez, B. & Báez León, C. Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo (INSHT). 2010.
25. Pinilla García, J., Almodóvar Molina, A., Galiana Blanco, M.L, Hervás Rivero, P., & Zimmermann Verdejo, M. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2015, 6ª EWCS, [versión electrónica]. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), Madrid.
26. Organización Internacional del Trabajo/Consejo Internacional de Enfermeras/ Organización Mundial de la Salud/Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Organización Internacional del Trabajo. 2002. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf
27. Pérez Bilbao, J. & Nogareda Cuixart, C. NTP: 489 Violencia en el lugar de trabajo. Ministerio de trabajo y asuntos sociales España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) 1998. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_489.pdf
28. Camacho, A. & Mayorga, D. R. Riesgos laborales psicosociales. Perspectiva organizacional, jurídica y social. Revista Prolegómenos Derechos y Valores, 2017, 20, 40, 159-172. DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/prole.3047>
29. California Division of Occupational Safety and Health (CAL-OSHA). Injury & Illness Prevention Model Program for Workplace Security. 1995
30. Cassitto M. G., Fattorini E., Gilioli R., Rengo C., & Gonik V. Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo. Organización Mundial de la Salud. 2004
31. Dirección General del Servicio Madrileño de Salud. Resolución de 26 de septiembre de 2017, por la que se aprueba el Protocolo de Prevención y Actuación ante las situaciones de conflictos internos y frente a todos los tipos de acoso en el trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. Disponible en: https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2017/10/19/BOCM-20171019-16.PDF

32. Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE» núm. 152, de 23 de junio de 2010. Disponible en:

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/06/22/5>

33. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo (INSST). Nota Técnica de Prevención 854 de Acoso psicológico en el trabajo

34. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. «BOE» núm. 71, de 23/03/2007. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3/con>

35. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE» núm. 289, de 3 de diciembre de 2013. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1>

36. Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. Jefatura del Estado «BOE» núm. 313, de 31 de diciembre de 2003. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/30/62/con>

37. De Miguel Barrado, V. & Prieto Ballester, J. M. El acoso laboral como factor determinante en la productividad empresarial: El caso español. *Revista Perspectivas*, 2016, (38), 25-44. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1994-37332016000200003&lng=es&tlng=

38. Eurofound. Primeros resultados: Sexta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. 2015.

39. Secretaría de Estado de Administraciones Públicas. Resolución de 26 de noviembre de 2015, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 20 de noviembre de 2015, por el que se aprueba el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en la Administración General del Estado y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella. BOE-A-2015-13388. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2015/11/26/\(3\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2015/11/26/(3))

40. Segura Aguirre A. L., Hernández Arista U. I. & Ballesteros Ayala J. C. Acoso psicológico en el trabajo y su relación con síntomas psicopatológicos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2013, 18 (2), 359-371.
41. Topa Cantisano G., Depolo M., & Morales Domínguez J. F. Acoso laboral: meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. *Psicothema*. 2007. 19 (1), 88-94.
42. Acevedo D. El acoso laboral y sus consecuencias a la salud. Factores psicosociales laborales y sus efectos: haciendo visible lo invisible. Capítulo VII. 2017
43. Reunión de expertos para elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el trabajo en el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente (8-15 de octubre de 2003)
44. Plan de acción (2010-2016) para alcanzar un amplio grado de ratificación y de aplicación efectiva de los instrumentos sobre seguridad y salud en el trabajo (Convenio núm. 155, su Protocolo de 2002, y Convenio núm. 187) 978-92-2-323652-6[ISBN]
45. C187 - Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 (núm. 187).
46. Fabregat Monfort G. El acoso laboral desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales. *Lan Harremanak*/23, 2010-II, 137-153
47. European Agency for Safety and Health at Work Annual Activity Report 2015.
48. Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas. ESENER-2 – España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) septiembre 2015.
49. Cobos Medina M. V. La agresión: no es inherente en el personal de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios. *Documentos de Trabajo Social*, 2019, nº62, ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246

50. Franco Ordaz A., Sevilla Godínez R. E. Accidentes o lesiones no intencionales: una perspectiva social. *Psicología y Salud*. 2021, Vol. 31, Núm. 2: 249-254. DOI: <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2693>
51. Chappell D. & Di Martino V. Violence at work. *International Labour Organization*. Third edition, Geneva. 2006
52. Hernández Romero Y. El concepto de violencia en el lugar de trabajo y su aplicabilidad a la actividad de los operadores de taxi en México. *RELASO*. 2019, Vol. 9(1) pp. 1-14. ISSN-e 2253-6469. DOI: <https://doi.org/10.17979/relaso.2019.9.1.3407>
53. Bravo C. y Nazar G. Riesgo psicosocial en el trabajo y salud en conductores de locomoción colectiva urbana en Chile. *Salud de los trabajadores*, vol 23, núm. 2, Maracay, diciembre 2015, pp. 105-114. 2015. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382015000200004
54. Ordaz Castillo E. y Maqueda Blasco J. Condiciones de trabajo en el transporte público por carretera. *Medicina y Seguridad Social del trabajo*, 2014, Vol. 60, núm. 234 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000100008
55. Herrera Caballero J. Violencia y Acoso a microbuseros en la Ciudad de México. Título del libro: Hostigamiento Psicológico laboral e institucional en Iberoamérica: Estado del Arte y Experiencias de Intervención. 2015
56. Couto MT, Tillgren P, Söderbäck M. Drivers' and conductors' views on the causes and ways of preventing workplace violence in the road passenger transport sector in Maputo City, Mozambique. *BMC Public Health*. 2011, oct 13; 11:800. DOI: 10.1186/1471-2458-11-800
57. Anderson DG. Workplace violence in long haul trucking: occupational health nursing update. *AAOHN J*. 2004, Jan;52(1):23-7. PMID: 14740866

58. Anderson VP, Schulte PA, Sestito J, Linn H, Nguyen LS. Occupational fatalities, injuries, illnesses, and related economic loss in the wholesale and retail trade sector. *Am J Ind Med.* 2010, Jul;53(7):673-85. DOI: 10.1002/ajim.20813
59. Chaumont Menéndez CK, Amandus HE, Wu N, Hendricks SA. Compliance to two city convenience store ordinance requirements. *Inj Prev.* 2016, Apr;22(2):117-22. DOI: 10.1136/injuryprev-2015-041582.
60. Davis J, Casteel C, Menéndez CC. Impact of a crime prevention ordinance for small retail establishments. *Am J Ind Med.* 2021, Jun;64(6):488-495. DOI: 10.1002/ajim.23239
61. Peek-Asa C, Casteel C, Mineschian L, Erickson RJ, Kraus JF. Compliance to a Workplace Violence Prevention Program in small businesses. *Am J Prev Med.* 2004, May;26(4):276-83. DOI: 10.1016/j.amepre.2004.01.004
62. Konda S, Tiesman HM, Hendricks S, Gurka KK. Non-robbery-related occupational homicides in the retail industry, 2003-2008. *Am J Ind Med.* 2014, Feb;57(2):245-53. DOI: 10.1002/ajim.22283
63. Khalid GM, Idris UI, Jatau AI, Wada YH, Adamu Y, Ungogo MA. Assessment of occupational violence towards pharmacists at practice settings in Nigeria. *Pharm Pract (Granada).* 2020, Oct-Dec;18(4):2080. DOI: 10.18549/PharmPract.2020.4.2080.
64. Peterson GM, Tan SI, Jackson SL, Naunton M. Violence in community pharmacy in Australia: incidence and implications. *Int J Clin Pharm.* 2011, Apr;33(2):264-72. DOI: 10.1007/s11096-011-9492-3
65. Chennoufi L, Ellouze F, Cherif W, Mersni M, M'rad MF. Stress et épuisement professionnel des enseignants tunisiens [Stress and *burnout* among Tunisian teachers]. *Encephale.* 2012, Dec;38(6):480-7. French. DOI: 10.1016/j.encep.2011.12.012
66. Wilson CM, Douglas KS, Lyon DR. Violence against teachers: prevalence and consequences. *J Interpers Violence.* 2011, Aug;26(12):2353-71. DOI: 10.1177/0886260510383027

67. Espelage D, Anderman EM, Brown VE, Jones A, Lane KL, McMahon SD, Reddy LA, Reynolds CR. Understanding and preventing violence directed against teachers: recommendations for a national research, practice, and policy agenda. *Am Psychol.* 2013, Feb-Mar;68(2):75-87. DOI: 10.1037/a0031307
68. Moon B, Morash M, McCluskey J. Student Violence Directed Against Teachers: Victimized Teachers' Reports to School Officials and Satisfaction With School Responses. *J Interpers Violence.* 2019, Jan 24:886260519825883. DOI: 10.1177/0886260519825883
69. Moon B, McCluskey J, Morash M. Aggression against middle and high school teachers: Duration of victimization and its negative impacts. *Aggress Behav.* 2019, Sep;45(5):517-526. DOI: 10.1002/ab.21840
70. Benbenishty R, Astor RA, López V, Bilbao M, Ascorra P. Victimization of teachers by students in Israel and in Chile and its relations with teachers' victimization of students. *Aggress Behav.* 2019, Mar;45(2):107-119. DOI: 10.1002/ab.21791
71. Tiesman HM, Hendricks S, Konda S, Hartley D. Physical assaults among education workers: findings from a statewide study. *J Occup Environ Med.* 2014, Jun;56(6):621-7. DOI: 10.1097/JOM.000000000000147
72. Ceballos AGC, Carvalho FM. Verbal Aggression Against Teacher and Upper Extremity Musculoskeletal Pain. *Saf Health Work.* 2020, Jun;11(2):187-192. DOI: 10.1016/j.shaw.2020.02.003
73. Schofield KE, Ryan AD, Stroinski C. Student-inflicted injuries to staff in schools: comparing risk between educators and non-educators. *Inj Prev.* 2019, Apr;25(2):116-122. DOI: 10.1136/injuryprev-2017-042472
74. ADISPO. Informe observatorio agresiones 2020, segundo semestre. Disponible en: <https://www.asociacionpoliteia.es/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-2SEMESTRE.VER-2.0.pdf>
75. Albadry AA, El-Gilany AH, Abou-ElWafa HS. Workplace violence against security personnel at a university hospital in Egypt: a cross-sectional study. *F1000Res.* 2020, May 11;9:347. DOI: 10.12688/f1000research.23252.1

76. Geoffrion S, Goncalves J, Boyer R, Marchand A, Guay S. The Effects of Trivialization of Workplace Violence on Its Victims: Profession and Sex Differences in a Cross-Sectional Study among Healthcare and Law Enforcement Workers. *Ann Work Expo Health*. 2017, Apr 1;61(3):369-382. DOI: 10.1093/annweh/wxx003
77. Setti I, Argentero P. The influence of operational and organizational stressors on the well-being of municipal police officers. *Med Lav*. 2013, Sep-Oct;104(5):368-79. PMID: 24180085.
78. Boudoukha AH, Hautekeete M, Abdellaoui S, Groux W, Garay D. *Burnout et victimisations: effets des agressions des personnes détenues envers les personnels de surveillance [Burnout and victimisation: impact of inmates' aggression towards prison guards]*. *Encephale*. 2011, Sep;37(4):284-92. French. DOI: 10.1016/j.encep.2010.08.006
79. Prati G, Boldrin S. Fattori di stress e benessere organizzativo negli operatori di polizia penitenziaria [Organizational stressors, exposure to critical incidents and organizational well-being among correctional officers]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2011, Jul-Sep;33(3 Suppl B):B33-9. Italian. PMID: 23326948.
80. Boudoukha AH, Altintas E, Rusinek S, Fantini-Hauwel C, Hautekeete M. Inmates-to-staff assaults, PTSD and *burnout*: profiles of risk and vulnerability. *J Interpers Violence*. 2013, Jul;28(11):2332-50. DOI: 10.1177/0886260512475314
81. Isenhardt A, Hostettler U. Inmate Violence and Correctional Staff *Burnout*: The Role of Sense of Security, Gender, and Job Characteristics. *J Interpers Violence*. 2020, Jan;35(1-2):173-207. DOI: 10.1177/0886260516681156
82. Andersen LP, Høgh A, Elklit A, Andersen JH, Biering K. Work-related threats and violence and post-traumatic symptoms in four high-risk occupations: short- and long-term symptoms. *Int Arch Occup Environ Health*. 2019, Feb;92(2):195-208. DOI: 10.1007/s00420-018-1369-5
83. Andersen LPS, Høgh A, Gadegaard C, Biering K. Employees exposed to work-related threats and violence in human services sectors: Are any employees members particularly exposed to violence and threats and what role do supervisors play? *Work*. 2019, 63(1):99-111. DOI: 10.3233/WOR-192911

84. Biering K, Andersen LPS, Høgh A, Andersen JH. Do frequent exposures to threats and violence at work affect later workforce participation? *Int Arch Occup Environ Health*. 2018, May;91(4):457-465. DOI: 10.1007/s00420-018-1295-6
85. Riopelle DD, Bourque LB, Robbins M, Shoaf KI, Kraus J. Prevalence of assault and perception of risk of assault in urban public service employment settings. *Int J Occup Environ Health*. 2000, Jan-Mar;6(1):9-17. DOI: 10.1179/oeh.2000.6.1.9
86. Holness DL, Somerville S, Kosny A, Gadeski J, Mastandrea JJ, Sinclair GM. Workplace health and safety concerns in service organizations in the inner city. *J Urban Health*. 2004, Sep;81(3):489-97. DOI: 10.1093/jurban/jth132
87. Bell CC, Mock L, Slutkin G. The prevalence of victimization and perceptions of job neighborhood safety in a social service agency and the need for screening. *J Natl Med Assoc*. 2002, Jul;94(7):602-8. PMID: 12126286
88. Vézina M, Cloutier E, Stock S, Lippel K, Fortin E, Delisle A, *et al.* Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). Québec: Institut national de santé publique du Québec-Institut de la statistique du Québec-Institut de recherche Robert- Sauvé; 2011
89. Díaz X, Mauro A, Villarroel C, Toro J, Campos D. Elaboración y Validación de un Instrumento para la Medición de la Violencia Laboral Externa y sus Factores de Riesgo en Población de Trabajadores y Trabajadoras Chileno/as. *Cienc Trab*. 2018, May-Ago; 20 [62]: 61-69.
90. Palencia Trillos, DS. Violencia Ocupacional Externa Generada a los Trabajadores Operativos del área de, Suspensión, corte y Reconexión de empresas del Sector Energético en la ciudad de Cartagena, 2019. Disponible en: <https://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/handle/20.500.12746/3893>
91. Khalef, A. ¿Es la violencia en el trabajo una fatalidad? *Educación obrera*, 2003, núm. 133 pp. 13-19. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms_117581.pdf

92. Toro JP & Gómez-Rubio C. Factores facilitadores de la violencia laboral: una revisión de la evidencia científica en América Latina. *Revista Ciencia y Trabajo*, 2016, número 56, mayo-agosto, pp. 110-116. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v18n56/art06.pdf>
93. Velázquez M. Violencia física externa en el trabajo. *Revista d'estudis de la violencia*, 2009, Nùm. 7 – Primer trimestre
94. García Jiménez M. Violencia externa en el lugar de trabajo: marco conceptual y caracterización jurídica. *Revista Internacional y Comparada de relaciones laborales y derecho del empleo*, 2019, Volumen 7, núm. 2, ADAPT University Press - ISSN 2282-2313
95. Molina Navarrete, C. El ciberacoso en el trabajo. Ed: Wolters Kluwer. 2019. Pág. 419
96. Santana VS, Dias EC, Oliveira GL, Moura MC, Nobre LC, Machado JM. Accidentes de trabajo fatales y violencia interpersonal en Brasil, 2000-2010 [Fatal work-related injuries and interpersonal violence in Brazil, 2000-2010]. *Salud Colect.* 2013, Aug;9(2):139-49. Spanish. DOI: 10.1590/S1851-82652013000200002
97. Horwitz IB, McCall BP, Horwitz SK. Surveillance and assessment of workplace assault injuries: analysis of Rhode Island workers' compensation claims 1998-2002. *Prev Med.* 2006, Nov;43(5):429-32. DOI: 10.1016/j.ypmed.2006.06.008.
98. Siegel M, Johnson CY, Lawson CC, Ridenour M, Hartley D. Nonfatal Violent Workplace Crime Characteristics and Rates by Occupation - United States, 2007-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020, Mar 27;69(12):324-328. DOI: 10.15585/mmwr.mm6912a2
99. Hartley D, Doman B, Hendricks SA, Jenkins EL. Non-fatal workplace violence injuries in the United States 2003-2004: a follow back study. *Work.* 2012, 42(1):125-35. DOI: 10.3233/WOR-2012-1328
100. Zhou B, Marchand A, Guay S. I see so I feel: Coping with workplace violence among victims and witnesses. *Work.* 2017, 57(1):125-135. DOI: 10.3233/WOR-172538

101. Geoffrion S, Goncalves J, Marchand A, Boyer R, Marchand A, Corbière M, Guay S. Post-traumatic Reactions and Their Predictors among Workers Who Experienced Serious Violent Acts: Are There Sex Differences? *Ann Work Expo Health*. 2018, Apr 18;62(4):465-474. DOI: 10.1093/annweh/wxy011
102. De Puy J, Romain-Glassey N, Gut M, Wild P, Mangin P, Danuser B. Clinically assessed consequences of workplace physical violence. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015, Feb;88(2):213-24. DOI: 10.1007/s00420-014-0950-9
103. Peek-Asa C, Howard J, Vargas L, Kraus JF. Incidence of non-fatal workplace assault injuries determined from employer's reports in California. *J Occup Environ Med*. 1997, Jan;39(1):44-50. DOI: 10.1097/00043764-199701000-00009
104. Doucette ML, Bulzachelli MT, Frattaroli S, Crifasi CK. Workplace homicides committed by firearm: recent trends and narrative text analysis. *Inj Epidemiol*. 2019, Mar 18;6:5. DOI: 10.1186/s40621-019-0184-0.
105. Gurka KK, Marshall SW, Runyan CW, Loomis DP, Casteel C, Richardson DB. Contrasting robbery- and non-robbery-related workplace homicide: North Carolina, 1994-2003. *Am J Prev Med*. 2009, Jul;37(1):17-23. DOI: 10.1016/j.amepre.2009.03.013
106. Rauscher KJ. Workplace violence against adolescent workers in the US. *Am J Ind Med*. 2008, Jul;51(7):539-44. DOI: 10.1002/ajim.20590
107. Toussaint M, Ramirez MR, Peek-Asa C, Saftlas A, Casteel C. Workplace violence victimization in young workers: An analysis of the US National Crime Victimization Survey, 2008 to 2012. *Am J Ind Med*. 2019, Aug;62(8):691-700. DOI: 10.1002/ajim.22995
108. Bachman R. Epidemiology of violence and theft in the workplace. *Occup Med*. 1996, Apr-Jun;11(2):237-41. PMID: 8936253.
109. Musayón Oblitas FY, Caufield C. Workplace violence and drug use in women workers in a Peruvian Barrio. *Int Nurs Rev*. 2007, Dec;54(4):339-45. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2007.00568.x

110. Chen C, Smith PM, Mustard C. Gender differences in injuries attributed to workplace violence in Ontario 2002-2015. *Occup Environ Med.* 2019, Jan;76(1):3-9. DOI: 10.1136/oemed-2018-105152
111. Lanthier S, Bielecky A, Smith PM. Examining Risk of Workplace Violence in Canada: A Sex/Gender-Based Analysis. *Ann Work Expo Health.* 2018, Oct 15;62(8):1012-1020. DOI: 10.1093/annweh/wxy066
112. Geoffrion S, Goncalves J, Boyer R, Marchand A, Guay S. The Effects of Trivialization of Workplace Violence on Its Victims: Profession and Sex Differences in a Cross-Sectional Study among Healthcare and Law Enforcement Workers. *Ann Work Expo Health.* 2017, Apr 1;61(3):369-382. DOI: 10.1093/annweh/wxx003
113. FSESP, UNI-Europa, CSEE, HOSPEEM, CMRE, EFEE, EuroCommerce, CoESS. Diálogo Social Europeo: Directrices multisectoriales para solucionar la violencia y el acoso de terceros relacionados con el trabajo. Disponible en: <https://www.eurocommerce.eu/media/71626/Spanish.pdf>
114. Rodríguez de la Pinta ML, Maestre Naranjo M, & Borda Olivas JR. Violencia externa en el trabajo en el sector servicios: Consideraciones generales, notificación y protocolos de actuación. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2011, 57(Supl. 1), 53-71. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500005>
115. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424 Cita en texto: (CE 1978)
116. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE-A-1995-24292. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31>
117. Ley Orgánica 1/1992 de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana. BOE-A-1992-4252 <https://www.boe.es/eli/es/lo/1992/02/21/1>
118. Tribunal Supremo, Sentencia núm. 6575/2007, de 20 de septiembre de 2007.
119. Nordin H. Fakta om vaold och hot I arbetet, Solna, Sistema de información sobre las lesiones en el trabajo, Consejo sueco de salud y seguridad en el trabajo, 1995

120. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, & Urcola Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 2019, 93, e201910097. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100103&lng=es&tlng=es.
121. The Joint Comission. Physical and verbal violence against health care workers. 2018. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/444743056/sea-59-workplace-violence-4-13-18-final-pdf>
122. Martínez León M, Irurtia Muñiz MJm Martínez León, C, Crespo Sierra MT, Queipo Burón D. Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*, 2011, SSN 1885-9577
123. Pompeii LA, Schoenfisch AL, Lipscomb HJ, Dement JM, Smith CD, Upadhyaya M. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *Am J Ind Med*. 2015, Nov;58(11):1194-204. DOI: 10.1002/ajim.22489
124. Groenewold MR, Sarmiento RFR, Vanoli K, Raudabaugh W, Nowlin S, Gomaa A. Workplace violence injury in 106 US hospitals participating in the Occupational Health Safety Network (OHSN), 2012-2015. *Am J Ind Med*. 2018, Feb;61(2):157-166. DOI: 10.1002/ajim.22798
125. Halpern LW. OSHA Considers National Standard to Prevent Health Care Workplace Violence. *Am J Nurs*. 2017, Apr;117(4):15. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000515216.84968.7c
126. Martínez León M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. *Revista Bioética*, 2010, 18 (2), 263-274. [Fecha de Consulta 25 de Mayo de 2021]. ISSN: 1983-8042. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533253002>

127. Cheng S, Dawson J, Thamby J, Liaw WR, King EB. How do aggression source, employee characteristics and organisational response impact the relationship between workplace aggression and work and health outcomes in healthcare employees? A cross-sectional analysis of the National Health Service staff survey in England. *BMJ Open*. 2020, Aug 13;10(8):e035957. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-035957
128. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M, Nienhaus A. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2012, Oct 18;2(5):e001420. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001420
129. Viottini E, Politano G, Fornero G, Pavanelli PL, Borelli P, Bonaudo M, Gianino MM. Determinants of aggression against all health care workers in a large-sized university hospital. *BMC Health Serv Res*. 2020, Mar 16;20(1):215. DOI: 10.1186/s12913-020-05084-
130. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag*. 2016, Sep 23;9:263-275. DOI: 10.2147/PRBM.S114870
131. Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, *et al*. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2015, 38(4):307–15.
132. Ancalli-Calizaya F, Cohaila G, Maquera-Afaray J. Agresiones contra el trabajador de salud en Tacna, Perú [Assaults against health workers in Tacna, Peru]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012 Jul-Sep;29(3):415-6. Spanish. DOI: 10.1590/s1726-46342012000300022
133. Alexander C, Fraser J. Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *J Healthc Manag*. 2004, Nov-Dec;49(6):377-90; discussion 391-2. PMID: 15603114

134. Cashmore AW, Indig D, Hampton SE, Hegney DG, Jalaludin B. Workplace abuse among correctional health professionals in New South Wales, Australia. *Aust Health Rev.* 2012, May;36(2):184-90. DOI: 10.1071/AH11043
135. Zhao S, Liu H, Ma H, Jiao M, Li Y, Hao Y, Sun Y, Gao L, Hong S, Kang Z, Wu Q, Qiao H. Coping with Workplace Violence in Healthcare Settings: Social Support and Strategies. *Int J Environ Res Public Health.* 2015, Nov 13;12(11):14429-44. DOI: 10.3390/ijerph121114429
136. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. *Int J Environ Res Public Health.* 2017, Aug 4;14(8):879. DOI: 10.3390/ijerph14080879
137. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2012, Dec 20;12:469. DOI: 10.1186/1472-6963-12-469
138. Al-Shaban ZR, Al-Otaibi ST, Alqahtani HA. Occupational Violence and Staff Safety in Health-Care: A Cross-Sectional Study in a Large Public Hospital. *Risk Manag Healthc Policy.* 2021, Apr 20;14:1649-1657. DOI: 10.2147/RMHP.S305217
139. Shafran-Tikva S, Zelker R, Stern Z, Chinitz D. Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital - a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. *Isr J Health Policy Res.* 2017, Aug 23;6(1):43. DOI: 10.1186/s13584-017-0168-x
140. Shafran-Tikva S, Chinitz D, Stern Z, Feder-Bubis P. Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Isr J Health Policy Res.* 2017, Oct 31;6(1):59. DOI: 10.1186/s13584-017-0183-y
141. Khan MN, Haq ZU, Khan M, Wali S, Baddia F, Rasul S, Khan S, Polkowski M, Ramirez-Mendoza JY. Prevalence and determinants of violence against health care in the metropolitan city of Peshawar: a cross sectional study. *BMC Public Health.* 2021, Feb 10;21(1):330. DOI: 10.1186/s12889-021-10243-8

142. Cebrino J, Portero de la Cruz S. A worldwide bibliometric analysis of published literature on workplace violence in healthcare personnel. *PLoS One*. 2020, Nov 23;15(11):e0242781. DOI: 10.1371/journal.pone.0242781
143. Palma A, Ansoleaga E, & Ahumada. Violencia en el lugar de trabajo entre los trabajadores de la salud. *Revista médica de Chile*, 2018, 146 (2), 213-222. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000200213>
144. Provost S, MacPhee M, Daniels MA, Naimi M, McLeod C. A Realist Review of Violence Prevention Education in Healthcare. *Healthcare (Basel)*. 2021, Mar 17;9(3):339. DOI: 10.3390/healthcare9030339
145. Dadfar M, Lester D. Workplace violence (WPV) in healthcare systems. *Nurs Open*. 2021, Mar;8(2):527-528. DOI: 10.1002/nop2.713
146. Organización colegial de enfermería. Estudio sobre agresiones a la profesión de enfermería. Consejo General. 2012. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0446.pdf>
147. National Observatory of Aggressions to Physicians (ONAM) Workgroup; General Council of Official Medical Associations of Spain (CGCOM). National report on aggressions to physicians in Spain 2010-2015: violence in the workplace-ecological study. *BMC Res Notes*. 2018, Jun 4;11(1):347. DOI: 10.1186/s13104-018-3393-7
148. Organización Médica Colegial de España. Estudio de observatorio nacional de agresiones a médicos/as 2020. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/Agresiones_2020/2/
149. Ministerio de Sanidad. Informe de agresiones a profesionales del sistema Nacional de Salud 2017-2018. Marzo 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/agresiones/docs/INFORME_AGRESIONES_FINAL.pdf
150. Arimany-Manso J, Clos-Masó D, Gómez-Durán EL. Sobre las agresiones a profesionales sanitarios [Attacks on health professionals]. *Aten Primaria*. 2016, Mar;48(3):147-8. Spanish. DOI: 10.1016/j.aprim.2015.08.002

151. Martínez-Jarreta, B., Gascón, S., Santed, M. A., & Goicoechea, J. Análisis medicolegal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud [Medical-legal analysis of aggression towards health professionals. An approach to a silent reality and its consequences on health]. *Medicina clínica*, 2007, 128(8), 307–310. <https://doi.org/10.1157/13099583>
152. Fernández M, Camacho M, Olmos C, Ruiz S, Sanjuán M. Análisis y registro de las agresiones en UCI. *Enfermería Intensiva*, 2006, 17(2): 59-66.
153. Moreno Jiménez, M. A., Vico Ramírez, F., Zerolo Andrey, F. J., López Rodríguez, A., Herrera Serenab, P., & Mateios Salidoc, M. J. Análisis de la violencia del paciente en Atención Primaria [Analysis of patients violence in primary care]. *Atencion primaria*, 2005, 36(3), 152–158. <https://doi.org/10.1157/13077484>
154. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, Rueda MA. Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health*. 2009, Jan-Mar;15(1):29-35. DOI: 10.1179/107735209799449707
155. Mercedes Martínez-León, Daniel Queipo Burón, M. Jesús Irurtia Muñiz, Camino Martínez-León, Análisis medicolegal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España), *Revista Española de Medicina Legal*, 2012, 38(1), 5-10, ISSN 0377-4732, <https://doi.org/10.1016/j.reml.2011.10.001>
156. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010, 13 (3): 135-140
157. Cantera, Leonor M.; Cervantes, Genís; Blanch, Josep M. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios *Papeles del Psicólogo*, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España, 2008, vol. 29, núm. 1, enero-abril, pp. 49-58

158. Roncero CG. Las agresiones en los centros sanitarios. *Revista Enfermería CyL*, 2011. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/58/48>
159. Madrid PJ, Salas MJ, Madrid M. Situación de las agresiones a Enfermería en el Área de Salud de Puertollano. *Enfermería del Trabajo*, 2011, 1 (1): 11-17. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3995545>
160. Maestre Naranjo M, Borda Olivas J, Ortega Hernández A, Sainz Pinós C, Cabrero Martín B, & Rodríguez de la Pinta ML. Incidencia de notificación de situaciones conflictivas con los ciudadanos en el área 6 de la comunidad autónoma de Madrid. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2011, 57(223), 134-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000200006&lng=es&tlng=es.
161. 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. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2011, 57(222), 5-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000100002&lng=es&tlng=es.
162. Gutiérrez L, Hernández MJ, Molina L. Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012) [Work-related violence among public health professionals (2008-2012)]. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2016, Jul-Sep;19(3):166-74. Spanish. DOI: 10.12961/apr.2016.19.3.03
163. Rincón-del Toro T, *et al.* Aggressions towards Primary Health Care Workers in Madrid, Spain, 2011-2012. *Revista Española de Salud Pública*, 2016, 90, e40020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100420&lng=es&tlng=en.

164. de-San-Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez-de-Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez-Úriz MÁ. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014) [A comparative study of aggression towards Primary Care and Hospital Health professionals in a Madrid health area (2009-2014)]. *Semergen*. 2017, Mar;43(2):85-90. Spanish. DOI: 10.1016/j.semerg.2016.03.017
165. Mayorca Yancán IA, Lucena García S, Cortés Martínez ME, & Lucerna Méndez MA. Violence against health workers in a hospital of Andalucía: why are not recorded attacks? *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2013, 59(231), 235-258. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200005>
166. Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina M, & Morató Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global*, 2013, 12(30), 196-207. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200010&lng=es&tlng=es.
167. Gómez MR, Tous J, Martín D, Ferrer E. Estudio retrospectivo sobre las agresiones a profesionales registradas durante el decenio 2005-2014 en un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2017. 7; 4: 88-96.
168. Vidal-Martí C & Pérez-Testor C. Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España, *Revista Española de Medicina Legal*, 2015, 41 (3), ISSN 0377-4732, <https://doi.org/10.1016/j.reml.2015.04.001>.
169. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, & Ruiz Hernández JA. (). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Revista Española de Salud Pública*, 2012, 86(3), 279-291. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000300007&lng=es&tlng=es
170. Bernaldo-de-Quirós M, Labrador FJ, Piccini AT, Gómez MM & Cerdeira JC. Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. Accésit de la XX edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgaleta" 2013. *Clínica y Salud*, 2014, 25 (1), 11-18. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2014a2>

171. Chagoyen Barroso T. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2016, 62(242), 25-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000100005&lng=es&tlng=es.
172. Isasi SM, García Zurita A, Felipez Agrelo IM, & Castro Dios DJ. Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. *Enfermería Global*, 2015, 14(3), 219-229. <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.3.198231>
173. Rodríguez Mármol M & Muñoz Cruz R. NURE investigación. Barreras y dificultades percibidas en el manejo de situaciones violentas en personal sanitario de un hospital de Madrid. 2016, ISSN-e 1697-218X, Vol. 13, Nº. 83.
174. Lameiro C, Besteiro A, Cuevas A, Pérez A, Gómez C, Del Campo V. Violencia laboral en Instituciones Sanitarias. Análisis de un perfil cambiante. *Rev Enferm Trabajo* 2013; 3: 66-74.
175. Altemir M, Arteaga A. A protocol to prevent and deal with aggressive behavior against health workers. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2018, Mar-Apr;28(2):125-132. English, Spanish. DOI: 10.1016/j.enfcli.2017.09.002
176. Barragán Martín AB, Molero Jurado MDM, Pérez-Fuentes MDC, Simón Márquez MDM, Sisto M, Gázquez Linares JJ. Published Research on *Burnout* in Nursing in Spain in the Last Decade: Bibliometric Analysis. *Healthcare (Basel)*. 2020, Nov 12;8(4):478. DOI: 10.3390/healthcare8040478
177. Saldaña García R, Pousada González A, Bernabé Espiga R, Burgos Adán C, Esteban Manjón E, Toledo Soriano A. Agresiones al personal de los Servicios de Urgencias. *Revista Enfermería CyL*. 2019, 11: 121-135.
178. Alvarez Agudelo, CE. ¿Cómo prevenir las agresiones a los médicos? *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2020, 23(1), 82-87. <https://dx.doi.org/10.12961/apr.2020.23.01.07>

179. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Urcola Pardo F, Satústegui Dordá PJ. Agresiones externas hacia los profesionales del Servicio Aragonés de Salud en los servicios de Atención Primaria y Especializada durante el año 2018 [Comparative study of the assaults to professionals in Primary Care against Specialized Care, in the Aragón Health Service during the year 2018.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2020, Oct 26;94:e202010125. Spanish. PMID: 33103662.
180. Gascon González S, & González Aguña A. La agresión en el entorno profesional de Enfermería: diseño de un modelo de predisposición ante la situación de violencia laboral. 2019, *Ene*, 13(1), 1318. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100008&lng=es&tlng=es
181. Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Martos Martínez Á, Simón Márquez MDM, Oropesa Ruiz NF, Gázquez Linares JJ. Cross-sectional study of aggression against Spanish nursing personnel and effects on somatisation of physical symptoms. *BMJ Open*. 2020, Mar 8;10(3):e034143. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034143
182. Bangueses Rodríguez L, Vázquez-Campo M, Mouriño López Y. Vivencias y percepción de los profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias ante las agresiones [Experiences and perception of health professionals of out-of-hospital emergencies in the face of attacks]. *Aten Primaria*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.006>
183. Rodríguez Díaz FJ. *Burnout* or the emotional impact of working with special populations. *Rev Esp Sanid Penit*. 2018, May-Aug;20(2):38-39. PMID: 30231149
184. Alberdi Canillas J, García Gómez P, & Suarez Caballero BJ. Impacto psicosocial en personal sanitario víctima de agresiones por parte de la ciudadanía: una revisión sistemática. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2020, 66(259), 100-111. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2020000200100&lng=es&tlng=es

185. Agresiones a enfermeras: Andalucía, la CCAA más violenta, con diferencia. Redacción médica. 2019. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/agresiones-a-enfermera>
186. Giménez Lozano JM, Martínez Ramón JP, & Morales Rodríguez FM. Doctors and Nurses: A Systematic Review of the Risk and Protective Factors in Workplace Violence and *Burnout*. *International journal of environmental research and public health*, 2021, 18(6), 3280. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063280>.
187. Miret C, & Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y *burnout*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2010, 33(Supl. 1), 193-201. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200019&lng=es&tlng=es.
188. Iniesta A. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Guía sobre el manejo del estrés desde Medicina del Trabajo. 2016. Edición: Sans Growing Brands.
189. León Santiago FR & Torres León AB. Recomendaciones técnicas para la prevención de agresiones al personal sanitario. Disponible en: http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat18/pdf/Recomendaciones_prevenccion_agresiones_sanitarios_WEB.pdf
190. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. CIE-10-ES. Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión. 2018. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf
191. Gálvez Herrero M, Mingote Adán C, Núñez López C, Otero Dorrego C. Coordinación: Otero Dorrego C. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación. "Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario". 2012

192. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "*burnout*" (I): definición y proceso de generación. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768
193. Gil-Monte PR. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 2009, 83(2), 169-173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200003&lng=es&tlng=es
194. Carrillo-Esper R, Gómez-Hernández K, Espinoza de los Monteros-Estrada I. Síndrome de *burnout* en la práctica médica. *Med Int Mex* 2012, 28(6):579-584.
195. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "*burnout*" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_705.pdf/a6901ca1-e0a3-444d-96dd-419079da204d
196. Mingote Adán JC, Menjón Beltrán F & Mingote B. Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático I. *Aperturas Psicoanalíticas*, 2019, (61) e3, 1-39 2019 Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica ISSN 1699-4825
197. Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G & Fioravanti M. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. *La Clinica terapeutica*, 2019, 170(2), e110-e123. <https://doi.org/10.7417/CT.2019.2120>
198. Contreras Jofre P, Valenzuela Solís Á, Pinto Soto J, Mendoza Ponce N & López-Alegría F. Violencia en el trabajo hacia los profesionales de enfermería en los servicios de emergencias: revisión integrativa [Workplace violence against emergency service nurses: an integrative review]. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 2020, 44, e173. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.173>

199. Lanctôt N & Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. *Aggressions & violent behavior*, 2014, 19(5), 492-501.
200. Larizgoitia I, Izarzugaza I, Iraurgi I, Ballesteros J, Forero CG, Markez I & Alonso J. Impacto de la violencia colectiva en la salud: Resultados del estudio ISAVIC en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 2011, 108-114. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200005&lng=es&tlng=es
201. Brunetti L, Bambi S. Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale [Aggressions towards nurses in emergency departments: an international literature review]. *Prof Inferm.* 2013, Apr-Jun;66(2):109-16. Italian. DOI: 10.7429/pi.2013.662109
202. Valdez P, Babbino V, Volpi M, Saéz L, Cacherosky A, Tejo F, Cani L, & Strua J. Violencia laboral en departamentos de urgencias: estudio en 2 hospitales públicos de la caba y el gran buenos aires. 2013. Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/10>
203. Bernardi JC, Algieri RD, Furlong H, Netel J & Tugender E. Evento Adverso y Violencia en el Ámbito Médico Sanitario. 2018. Disponible en: https://nanopdf.com/download/evento-adverso-y-violencia-en-el-ambito-medico-sanitario_pdf
204. Sancho Cantus D, Romero Navajas J, Cuerda Ballester M & Solera Gómez S. Violencia física sobre el personal de enfermería en el ámbito laboral. *Enfermería Docente*, 2020, (111), 4-9. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ed/11104ed>
205. Han CY, Lin CC, Barnard A, Hsiao YC, Goopy S, Chen LC. Workplace violence against emergency nurses in Taiwan: A phenomenographic study. *Nurs Outlook*. 2017, 65(4):428-435. DOI: 10.1016/j.outlook.2017.04.003
206. Hassankhani H, Parizad N, Gacki-Smith J, Rahmani A & Mo hammadi E. The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *International emergency nursing*, 2018, 39, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.007>

207. Martinez AJ. Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 2016, 54(9), 31–36. <https://doi.org/10.3928/02793695-20160817-05>
208. Kumari A, Kaur T, Ranjan P, Chopra S, Sarkar S & Baitha U. Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *Journal of postgraduate medicine*, 2020, 66(3), 149–154. https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_96_20
209. Baby M, Glue P & Carlyle D. 'Violence is not part of our job': a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in mental health nursing*, 2014, 35(9), 647–655.
210. Kobayashi Y, Oe M, Ishida T, Matsuoka M, Chiba H & Uchimura N. Violencia en el lugar de trabajo y sus efectos sobre el agotamiento y el estrés traumático secundario entre enfermeras de atención de salud mental en Japón. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública*, 2020, 17 (8), 2747. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082747>
211. Odes R, Hong O, Harrison R, Chapman S. Factors associated with physical injury or police involvement during incidents of workplace violence in hospitals: Findings from the first year of California's new standard. *Am J Ind Med*. 2020, Jun;63(6):543-549. DOI: 10.1002/ajim.23103
212. Cheung T, Yip PSF. Violencia en el lugar de trabajo hacia las enfermeras en Hong Kong: prevalencia y correlaciones. *BMC Public Health* 17, 196, 2017. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4112-3>
213. Pompeii L, Benavides E, Pop O, Rojas Y, Emery R, Delclos G, Markham C, Oluyomi A, Vellani K, Levine N. Workplace Violence in Outpatient Physician Clinics: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020, Sep 10;17(18):6587. DOI: 10.3390/ijerph17186587
214. Sun T, Gao L, Li F, Shi Y, Xie F, Wang J, Wang S, Zhang S, Liu W, Duan X, Liu X, Zhang Z, Li L, Fan L. Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017, Dec 7;7(12):e017182. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017182

215. Baydin, A., & Erenler, A. K. Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff. *International journal of emergency mental health*, 2014, 16(2), 288–290. <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000112>
216. Çıkrıklar Hİ, Yürümez Y, Güngör B, Aşkın, R, Yücel, M & Baydemir C. Violence against emergency department employees and the attitude of employees towards violence. *Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi*, 2016, 22(5), 464–471. <https://doi.org/10.12809/hkmj154714>
217. Wax, J. R., Pinette, M. G., & Cartin, A. Workplace Violence in Health Care-It's Not "Part of the Job". *Obstetrical & gynecological survey*, 2016, 71(7), 427–434. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000334>
218. Copeland D & Henry M. The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and Professional Quality of Life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Centre. *International emergency nursing*, 2018, 39, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.01.006>
219. Hacer TY, Ali A. *Burnout* in physicians who are exposed to workplace violence. *J Forensic Leg Med.* 2020, Jan; 69:101874. DOI: 10.1016/j.jflm.2019.101874
220. Hamdan M, Hamra AA. *Burnout* among workers in emergency Departments in Palestinian hospitals: prevalence and associated factors. *BMC Health Serv Res.* 2017, Jun 15;17(1):407. DOI: 10.1186/s12913-017-2356-3
221. Celik SS, Celik Y, Ağırbaş I, Uğurluoğlu O. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *Int Nurs Rev.* 2007, Dec;54(4):359-66. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2007.00548.x
222. Havaei F. Does the Type of Exposure to Workplace Violence Matter to Nurses' Mental Health? *Healthcare (Basel).* 2021, Jan 5;9(1):41. DOI: 10.3390/healthcare9010041.
223. Vrablik MC, Chipman AK, Rosenman ED, Simcox NJ, Huynh L, Moore M & Fernandez, R. Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA: results from a qualitative study. *BMJ open*, 2019, 9(8), e031781. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031781>

224. Bernaldo-De-Quirós M, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2015, Jan;52(1):260-70. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011
225. Edward KL, Ousey K, Warelow P & Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 2014, 23(12), 653–659. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.12.653>
226. Converso D, Sottimano I & Balducci C. Violence exposure and *burnout* in healthcare sector: mediating role of work ability. *La Medicina del lavoro*, 2021, 112(1), 58–67. <https://doi.org/10.23749/mdl.v112i1.9906>
227. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, Albesa A, Montero-Marín J, García-Campayo J & Martínez-Jarreta B. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of *burnout*. *Journal of clinical nursing*, 2013, 22(21-22), 3120–3129. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x>
228. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. «BOE» núm. 83, de 7 de abril de 2015. Referencia: BOE-A-2015-3717
229. Circular número 1/1982 de 9 de diciembre, de la subsecretaria de sanidad y consumo BOE 300, de 15 de diciembre de 1982
230. Gallo Vallejo FJ, Altisent Trota R, Díez Espino J, Fernández Sánchez C, Foz i Gil G, Granados Menéndez MI, Lago Deibe F. Perfil profesional del médico de familia. *Atención Primaria*, 1999, 23 (4) 236-245
231. Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es>
232. International Council of Nurses (ICN), 1987
233. Consejo General de Enfermería. Código deontológico de la enfermería española. Disponible en: http://portalcecova.es/files/deontologia_cas.pdf

234. Real Decreto 1023/1981, de 22 de mayo, por el que se autoriza la incorporación del personal de Instituciones Sanitarias de la Organización de Trabajos Portuarios al personal de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (BOE núm. 134, de 5 de junio de 1981. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1981-12779)
235. Fernández Cuesta A, Manrique Tejedor J, Echevarría P. Competencias de la matrona. Col·legi oficial d'infermeres i infermers de Lleida. 2013
236. Resolución de 27 de febrero de 2001, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el Registro y publicación del Convenio Laboral de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio, así como las actas de constitución de la Comisión Central de Seguridad y Salud Laboral y la Sectorial de Formación, así como el Reglamento de funcionamiento de esta última. (BOE núm. 64, de 15 de marzo de 2001. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2001-5156)
237. Orden 14 de junio de 1984 sobre competencias y funciones de los Técnicos Especialistas de Laboratorio, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear y Radioterapia de Formación Profesional de Segundo Grado, Rama sanitaria. (BOE núm. 145, de 18 de junio de 1984. [https://www.boe.es/eli/es/o/1984/06/14/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1984/06/14/(1)))
238. Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. B.O.E. n.O 174, del 22 de julio de 1971
239. Kvas A, Seljak J. Unreported workplace violence in nursing. *Int Nurs Rev.* 2014, Sep;61(3):344-51. DOI: 10.1111/inr.12106
240. Partridge B, Affleck J. Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. *Australas Emerg Nurs J.* 2017, Aug;20(3):139-145. DOI: 10.1016/j.aenj.2017.05.001
241. Chapman R, Styles I. An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. *Accid Emerg Nurs.* 2006, Oct;14(4):245-9. DOI: 10.1016/j.aen.2006.08.004

242. Pich J, Roche M. Violence on the Job: The Experiences of Nurses and Midwives with Violence from Patients and Their Friends and Relatives. *Healthcare (Basel)*. 2020, Nov 30;8(4):522. DOI: 10.3390/healthcare8040522
243. Shea T, Sheehan C, Donohue R, Cooper B, De Cieri H. Occupational Violence and Aggression Experienced by Nursing and Caring Professionals. *J Nurs Scholarsh*. 2017, Mar;49(2):236-243. DOI: 10.1111/jnu.12272
244. Al-Omari H. Physical and verbal workplace violence against nurses in Jordan. *Int Nurs Rev*. 2015, Mar;62(1):111-8. DOI: 10.1111/inr.12170
245. Park M, Cho SH, Hong HJ. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *J Nurs Scholarsh*. 2015, Jan;47(1):87-95. DOI: 10.1111/jnu.12112
246. Kvas A, Seljak J. Unreported workplace violence in nursing. *Int Nurs Rev*. 2014, Sep;61(3):344-51. DOI: 10.1111/inr.12106
247. Oliveira CS, Martins JT, Galdino MJQ, Perfeito RR. Violence at work in emergency care units: nurses' experiences. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020, 28: e3323. DOI: 10.1590/1518-8345.3856.3323
248. Edward KL, Stephenson J, Ousey K, Lui S, Warelow P, Giandinoto JA. A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *J Clin Nurs*. 2016, Feb;25(3-4):289-99. DOI: 10.1111/jocn.13019
249. D'Ettore G, Pellicani V, Vullo A. Workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. A case-control. *Acta Biomed*. 2019, 90(4): 621-624. DOI:10.23750/abm.v90i4.7327
250. Havaei F, MacPhee M, Ma A. Workplace Violence among British Columbia Nurses Across Different Roles and Contexts. *Healthcare (Basel)*. 2020, Apr 14;8(2):98. DOI: 10.3390/healthcare8020098
251. Hassankhani H, Parizad N, Gacki-Smith J, Rahmani A, Mohammadi E. The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2018, Jul; 39:20-25. DOI: 10.1016/j.ienj.2017.07.007

252. Ferri P, Stifani S, Accoto A, Bonetti L, Rubbi I, Di Lorenzo R. Violence Against Nurses in the Triage Area: A Mixed-Methods Study. *J Emerg Nurs*. 2020, May;46(3):384-397. DOI: 10.1016/j.jen.2020.02.013
253. Ventura-Madangeng J, Wilson D. Workplace violence experienced by registered nurses: a concept analysis. *Nurs Prax N Z*. 2009, Nov;25(3):37-50. PMID: 20157959.
254. Ferns T, & Chojnacka I. Reporting incidents of violence and aggression towards NHS staff. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*:1987), 2005, 19(38), 51–56. <https://doi.org/10.7748/ns2005.06.19.38.51.c3881>
255. Thomas B, McGillion A, Edvardsson K, O'Meara P, Van Vuuren JE. Barriers, enablers, and opportunities for organisational follow-up of workplace violence from the perspective of emergency department nurses: a qualitative study. *BMC Emerg Med*. 2021, Feb 12;21(1):19. DOI: 10.1186/s12873-021-00413-7
256. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J*. 2016, May;19(2):75-81. DOI: 10.1016/j.aenj.2015.03.006
257. Jeong IY, Kim JS. The relationship between intention to leave the hospital and coping methods of emergency nurses after workplace violence. *J Clin Nurs*. 2018, Apr;27(7-8):1692-1701. DOI: 10.1111/jocn.14228
258. Phillips S. Countering workplace aggression: an urban tertiary care institutional exemplar. *Nurs Adm Q*. 2007, Jul-Sep;31(3):209-18. DOI: 10.1097/01.NAQ.0000278934.03750.38
259. Spelten E, Thomas B, O'Meara P, van Vuuren J, McGillion A. Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators? *PLoS One*. 2020, Apr 2;15(4):e0230793. DOI: 10.1371/journal.pone.0230793
260. Ramacciati N, Guazzini A, Caldelli R, Rasero L. User-friendly system (a smartphone app) for reporting violent incidents in the Emergency Department: an Italian multicenter study. *Med Lav*. 2021, Feb 23;112(1):68-81. DOI: 10.23749/mdl.v112i1.9984

261. García Bañón AM, Sainz Otero A & Botella Rodríguez M. La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*, 2004, 13(46), 45-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es&tlng=es.
262. INEbase Sociedad Salud. Estadística de profesionales sanitarios colegiados 2019 (consultado 26 de junio del 2021)
263. Moylan S. Occupational violence and staff safety in general practice. *Aust Fam Physician*. 2017, Dec;46(12):952-956. PMID: 29464235.
264. Grover S, Dalton N, Avasthi A. Workplace violence against doctors in a tertiary care hospital. *Ind Psychiatry J*. 2020 Jan-Jun;29(1):38-46. DOI: 10.4103/ipj.ipj_79_20. Epub 2020 Nov 7. PMID: 33776274; PMCID: PMC7989456.
265. Johansen IH, Baste V, Rosta J, Aasland OG, Morken T. Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2017, Aug 11;7(8):e017757. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017757
266. Turgut K, Yavuz E, Yıldız MK, Poyraz MK. Violence toward emergency physicians: A prospective-descriptive study. *World J Emerg Med*. 2021, 12(2):111-116. DOI: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2021.02.005
267. Morales-Castro, LJ & Díaz-Vélez C. Agresiones físicas y verbales a médicos de hospitales del Seguro Social de Salud en Chiclayo. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 2018, 27(1), 29-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552018000100029&lng=es&tlng=pt.
268. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm*. 2009, Jul-Aug;39(7-8):340-9. DOI: 10.1097/NNA.0b013e3181ae97db
269. Kasai Y, Mizuno T, Sakakibara T, Thu S, Kyaw TA, Htun KA. A survey of workplace violence against physicians in the hospitals, Myanmar. *BMC Res Notes*. 2018, Feb 15;11(1):133. DOI: 10.1186/s13104-018-3240-x

270. Alhamad R, Suleiman A, Bsisu I, Santarisi A, Al Owaidat A, Sabri A, Farraj M, Al Omar M, Almazaydeh R, Odeh G, Al Mousa M, Mahseeri M. Violence against physicians in Jordan: An analytical cross-sectional study. *PLoS One*. 2021, Jan 25;16(1):e0245192. DOI: 10.1371/journal.pone.0245192
271. Abed M, Morris E, Sobers-Grannum N. Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados. *Occup Med (Lond)*. 2016, Oct;66(7):580-3. DOI: 10.1093/occmed/kqw073
272. Vezyridis P, Samoutis A, Mavrikiou PM. Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *J Clin Nurs*. 2015, May;24(9-10):1210-22. DOI: 10.1111/jocn.12660
273. Copeland D, Henry M. Workplace Violence and Perceptions of Safety Among Emergency Department Staff Members: Experiences, Expectations, Tolerance, Reporting, and Recommendations. *J Trauma Nurs*. 2017, Mar/Apr;24(2):65-77. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000269
274. Stubbs B, Winstanley S, Alderman N, Birkett-Swan L. The risk of assault to physiotherapists: beyond zero tolerance? *Physiotherapy*. 2009, Jun;95(2):134-9. DOI: 10.1016/j.physio.2008.12.005
275. Al-Turki N, Afify AA, AlAteeq M. Violence against health workers in Family Medicine Centers. *J Multidiscip Healthc*. 2016, May 31;9:257-66. DOI: 10.2147/JMDH.S105407
276. Alsmael MM, Gorab AH, AlQahtani AM. Violence Against Healthcare Workers at Primary Care Centers in Dammam and Al Khobar, Eastern Province, Saudi Arabia, 2019. *Int J Gen Med*. 2020, Sep 22;13:667-676. DOI: 10.2147/IJGM.S267446
277. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. (BOE núm. 97, de 23 de abril de 1997. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1997/04/14/486>)
278. OMS y UNICEF. *A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs*. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>

279. Lamata Cotanda F. Atención Primaria en España: Logros y Desafíos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2017, 10(3), 164-167. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2017000300164&lng=es&tlng=es.
280. WHO European Region. New WHO advisory group launched in Almaty to shape the future of primary health care. 2017. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/news/news/2017/06/new-who-advisory-group-launched-in-almaty-to-shape-the-future-of-primary-health-care>
281. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003. <https://www.boe.es/eli/es/1/2003/05/28/16>)
282. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOE núm. 254, de 23 de octubre de 2003. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-19572>)
283. Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Unidad de emergencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones*. Ministerio de Sanidad y Política Social
284. Bernaldo de Quirós MC, Gómez Gutiérrez JC, Piccini MM, Crespo AT, Labrador M, Encinas FJ. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. *Emergencias. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2014, 26 (3) 171-178
285. Tremmery S, Danckaerts M, Bruckers L, Molenberghs G, De Hert M, Wampers M, De Varé J, de Decker A. Registration of aggressive incidents in an adolescent forensic psychiatric unit and implications for further practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014, Sep;23(9):823-33. DOI: 10.1007/s00787-014-0534-y
286. van de Sande R, Nijman HL, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, Mulder CL. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry*. 2011, Dec;199(6):473-8. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.095141

287. Bowers L, Nijman H, Allan T, Simpson A, Warren J, Turner L. Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. Acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv.* 2006, Jul;57(7):1022-6. DOI: 10.1176/ps.2006.57.7.1022
288. Sullivan C, Yuan C. Workplace assaults on minority health and mental health care workers in Los Angeles. *Am J Public Health.* 1995, Jul;85(7):1011-4. DOI: 10.2105/ajph.85.7.1011
289. Nikathil S, Olaussen A, Symons E, Gocentas R, O'Reilly G, Mitra B. Increasing workplace violence in an Australian adult emergency department. *Emerg Med Australas.* 2018, Apr;30(2):181-186. doi: 10.1111/1742-6723.12872
290. Mikkola R, Huhtala H, Paavilainen E. Work-related fear and the threats of fear among emergency department nursing staff and physicians in Finland. *J Clin Nurs.* 2017, Oct;26(19-20):2953-2963. DOI: 10.1111/jocn.13633
291. Mikkola R, Huhtala H, Paavilainen E. Development of a coping model for work-related fear among staff working in emergency department in Finland - study for nursing and medical staff. *Scand J Caring Sci.* 2019, Sep;33(3):651-660. DOI: 10.1111/scs.12658
292. Pourshaikhian M, Abolghasem Gorji H, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Arch Trauma Res.* 2016, Jan 23;5(1):e28734. DOI: 10.5812/atr.28734
293. Wang PY, Fang PH, Wu CL, Hsu HC, Lin CH. Workplace Violence in Asian Emergency Medical Services: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019, Oct 16;16(20):3936. DOI: 10.3390/ijerph16203936
294. Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Prevalencia de violencia física, abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados [Verbal and physical abuse towards health care workers in emergency services]. *Rev Med Chil.* 2018, Jun;146(6):727-736. Spanish. DOI: 10.4067/s0034-98872018000600727

295. Maguire BJ, Browne M, O'Neill BJ, Dealy MT, Clare D, O'Meara P. International Survey of Violence Against EMS Personnel: Physical Violence Report. *Prehosp Disaster Med.* 2018, Oct;33(5):526-531. DOI: 10.1017/S1049023X18000870
296. Pich, Jeong Sharifi S, Shahoei R, Nouri B, Almvik R, Valiee S. Effect of an education program, risk assessment checklist and prevention protocol on violence against emergency department nurses: A single center before and after study. *Int Emerg Nurs.* 2020, May;50:100813. DOI: 10.1016/j.ienj.2019.100813
297. Shaw J. Staff perceptions of workplace violence in a pediatric emergency department. *Work.* 2015, 51(1):39-49. DOI: 10.3233/WOR-141895
298. Samudio Dominguez, GC; Abe Abe, E; Ortíz Cuquejo, LM. *Rev. salud pública Parag,* 2017, 7(1): 28-32. Artículo en Español | LILACS, BDNPAR | ID: biblio-884650 Biblioteca responsable: PY40.1
299. Bingöl S, İnce S. Factors influencing violence at emergency departments: Patients' relatives' perspectives. *Int Emerg Nurs.* 2021, Jan;54:100942. DOI: 10.1016/j.ienj.2020.100942
300. Nikathil S, Olaussen A, Gocentas RA, Symons E, Mitra B. Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. *Emerg Med Australas.* 2017, Jun;29(3):265-275. DOI: 10.1111/1742-6723.12761
301. Dawson NL, Lachner C, Vadeboncoeur TF, Maniaci MJ, Bosworth V, Rummans TA, Roy A, Burton MC. Violent behavior by emergency department patients with an involuntary hold status. *Am J Emerg Med.* 2018, Mar;36(3):392-395. DOI: 10.1016/j.ajem.2017.08.039
302. Mitra B, Nikathil S, Gocentas R, Symons E, O'Reilly G, Olaussen A. Security interventions for workplace violence in the emergency department. *Emerg Med Australas.* 2018, Dec;30(6):802-807. DOI: 10.1111/1742-6723.13093
303. Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent events. *Work.* 2012, 42(1):21-7. DOI: 10.3233/WOR-2012-1327

304. ALBashtawy M, Al-Azzam M, Rawashda A, Batiha AM, Bashaireh I, Sulaiman M. Workplace violence toward emergency department staff in Jordanian hospitals: a cross-sectional study. *J Nurs Res.* 2015, Mar;23(1):75-81. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000075
305. Charrier P, Occelli P, Buchet-Poyau K, Douplat M, Delaroche-Gaudin M, Fayard-Gonon F, Jacquin L, Potinet V, Sigal A, Tazarourte K, Touzet S. Strategies used by emergency care professionals to handle interpersonal difficulties with patients: a qualitative study. *BMJ Open.* 2021. Feb 8;11(2):e042362. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-042362
306. Fisekovic Kremic MB, Terzic-Supic ZJ, Santric-Milicevic MM, Trajkovic GZ. Encouraging employees to report verbal violence in primary health care in Serbia: A cross-sectional study. *Zdr Varst.* 2016, Jul 28;56(1):11-17. DOI: 10.1515/sjph-2017-0002
307. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-Mikanovic VM, Terzic-Supic ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *Eur J Public Health.* 2015, Aug;25(4):693-8. DOI: 10.1093/eurpub/cku247
308. Terzic-Supic ZJ, Fisekovic-Kremic MB, Todorovic J, Santric-Milicevic MM, Nesic DM, Trajkovic GZ. Violence against Primary Health Care Workers in Serbia and Measures for Ensuring Safe Work Environment. *Iran J Public Health.* 2019, Dec;48(12):2304-2305. PMID: 31993403
309. Jatic Z, Erkocevic H, Trifunovic N, Tatarevic E, Keco A, Sporisevic L, Hasanovic E. Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. *Med Arch.* 2019, Feb;73(1):6-10. DOI: 10.5455/medarh.2019.73.6-10
310. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. (BOE núm. 261, de 31 de octubre de 2015. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11724>)
311. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>)

312. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>)
313. Marinas-Sanz R, Martínez-Jarreta B, Casalod Y, Bolea M. Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis tras la reciente modificación del Código Penal [Aggressions towards healthcare workers in Spain: Status a after the recent modification of the Spanish Penal Code]. *Med Clin (Barc)*. 2016, Jul 1;147(1):35-42. Spanish. DOI: 10.1016/j.medcli.2016.01.010
314. Pablo Cabo Pérez N. García E. Fernández. El delito de atentado en el ámbito sanitario: problemas prácticos para su tipificación, prueba y sanción. Vol. 24 Extraordinario XXIII Congreso, 2014. Disponible: https://www.ajs.es/sites/default/files/2020-05/volExtra2014_h01_Comunicaci%C3%B3n.pdf
315. Martínez-Zaporta Aréchaga E, Fernández-Delgado Momparler R. Las agresiones al personal sanitario propuesta para una reforma penal. Localización: DS : Derecho y salud, ISSN 1133-7400, 2008, Vol. 16, N°. 2, págs. 217-241
316. Urruela Mora A. La respuesta del Derecho Penal y Administrativo frente a las agresiones a profesionales sanitarios en España. *Rev Esp Med Legal*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2017.12.002>
317. Sánchez-Benito MC & de Juan-Mazuelas AI. Aggression against health workers: Substantial changes in the crime of attack against authorities and public servants after 2015. *Agresiones al personal sanitario: modificaciones sustanciales del delito de atentado a partir de 2015. Medicina clinica*, 2018, 150(3), 107-108. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.04.007>
318. de Juan-Mazuelas AI, Sánchez-Benito C, Martínez-León C, Martínez-León M. Los profesionales de la sanidad no son autoridad a efectos penales, *Revista Española de Medicina Legal*, 2018, 44(3), 115-120, ISSN 0377-4732, <https://doi.org/10.1016/j.reml.2018.01.003>.

319. Arimany-Manso J, Gómez-Alarcón M & Gómez-Durán EL. Criminal offense against healthcare staff of private centers with concerted public activity. Delito de atentado contra personal sanitario de centros privados con actividad pública concertada. *Medicina clínica*, 2018;151(6), 250–251. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.10.016>
320. Sánchez-Benito MC & de Juan-Mazuelas AI. Reply. Respuesta. *Medicina clínica*, 2018, 151(6), 251–252. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.03.027>
321. Instrucción 3/2017 de la Secretaría de Estado de Seguridad sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud
322. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad creó un grupo de trabajo de agresiones para profesionales del sistema Nacional de Salud. 2018
323. Orden 212/2004, de 4 de marzo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas y se crea la comisión central de seguimiento. (BOCM núm. 63, de 15 de marzo de 2004. https://www.bocm.es/boletin/CM_Boletin_BOCM/2004/03/15/06300.PDF)
324. Orden 683/2006, de 24 de marzo, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se modifica la Orden 212/2004, de 4 de marzo, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de Planes de Prevención y Atención frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias y crea la Comisión Central de Seguimiento. (BOCM de 6 de abril de 2006)
325. Orden 22/2008, de 21 de enero, por la que se crea el fichero de datos de carácter personal denominado Plan Regional de Prevención de Situaciones Conflictivas (PRPSC), dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (BOCM núm. 29, de 4 de febrero de 2008)

326. Resolución, de 29 de enero de 2009, de la Dirección General de Recursos Humanos, por la que se dictan instrucciones para la puesta en marcha del Registro Centralizado de agresiones a trabajadores por ciudadanos. Servicio Madrileño de Salud
327. 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. (BOCM núm. 63, de 15 de marzo de 2019. https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2019/03/15/BOCM-20190315-28.PDF)
328. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, Lumini E, Rasero L. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. *Open Access Emerg Med.* 2016, Apr 21;8:17-27. DOI: 10.2147/OAEM.S69976
329. Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs.* 2018, Jul;39:13-19. DOI: 10.1016/j.ienj.2017.12.004
330. Grande Ratti MF. Programas, políticas y prácticas de trabajo que reducen la agresión de los pacientes hacia los trabajadores sanitarios. *Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria*, 2020, 23(4), e002093. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v23i4.6899>
331. Towhari AA, Bugis BA Towhari AA, Bugis BA. The Awareness of Violence Reporting System Among Healthcare Providers and the Impact of New Ministry of Health Violence Penalties in Saudi Arabia. *Risk Manag Healthc Policy.* 2020, Oct 9;13:2057-2065. DOI: 10.2147/RMHP.S258106
332. Geoffrion S, Hills DJ, Ross HM, Pich J, Hill AT, Dalsbø TK, Riahi S, Martínez-Jarreta B, Guay S. Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020, Sep 8;9(9):CD011860. DOI: 10.1002/14651858.CD011860.pub2

333. Maguire BJ, O'Neill BJ, O'Meara P, Browne M, Dealy MT. Preventing EMS workplace violence: A mixed-methods analysis of insights from assaulted medics. *Injury*. 2018, Jul;49(7):1258-1265. DOI: 10.1016/j.injury.2018.05.007
334. Claudius IA, Desai S, Davis E, Henderson S. Case-controlled Analysis of Patient-based Risk Factors for Assault in the Healthcare Workplace. *West J Emerg Med*. 2017, Oct;18(6):1153-1158. DOI: 10.5811/westjem.2017.7.34845
335. Ferns T, Chojnacka I. Reporting incidents of violence and aggression towards NHS staff. *Nurs Stand*. 2005, Jun 1-7;19(38):51-6. DOI: 10.7748/ns2005.06.19.38.51.c3881
336. Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.
337. Petersen S, Scheller Petersen S, Scheller B, Wutzler S, Zacharowski K, Wicker S. Aggression und subjektive Gefährdung in der Notfallmedizin : Eine Umfrage [Aggression and subjective risk in emergency medicine : A survey]. *Anaesthesist*. 2016, Aug;65(8):580-4. German. DOI: 10.1007/s00101-016-0202-3
338. Duncan SM, Hyndman K, Estabrooks CA, Hesketh K, Humphrey CK, Wong JS, Acorn S, Giovannetti P. Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Can J Nurs Res*. 2001, Mar;32(4):57-78. PMID: 11928302
339. Sanchez L, Young VB, Baker M. Active Shooter Training in the Emergency Department: A Safety Initiative. *J Emerg Nurs*. 2018, Nov;44(6):598-604. DOI: 10.1016/j.jen.2018.07.002
340. Kotora JG, Clancy T, Manzon L, Malik V, Louden RJ, Merlin MA. Active shooter in the emergency department: a scenario-based training approach for healthcare workers. *Am J Disaster Med*. 2014, Winter;9(1):39-51. DOI: 10.5055/ajdm.2014.0140
341. Plotner CD. Planning for the worst: one hospital's process for developing an 'active shooter on campus' policy. *J Healthc Prot Manage*. 2008, 24(2):61-5. PMID: 18800661

342. Mingote Adán JC, Garrote Díaz JM, Romero Agüit S. La experiencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) de la Organización Médica Colegial en España.

Medicina clínica, 2019, ISSN 0025-7753, 152 (8) 324-328

343. ORDEN 1436/2006, de 21 de julio, del consejero de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo, en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid.

X- ANEXOS

X – ANEXOS

Anexo 1. Marco jurídico y violencia en el trabajo

<p>El Convenio de la OIT sobre discriminación y empleo de 1958 (núm. 111), en el que se establece que toda política o medida encaminada a combatir la violencia en el lugar de trabajo debería promover el trabajo decente y el respeto mutuo y promocionar la igualdad de trato entre hombres y mujeres.</p>
<p>El Convenio OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores de 1981 (núm. 155), dice que un medio ambiente seguro y saludable facilita un estado de salud físico y mental óptimo en relación con el trabajo, y contribuye a prevenir la violencia en el lugar de trabajo.</p>
<p>La Directiva 89/391/CEE de 12 de junio, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo.</p>
<p>El Acuerdo Marco Europeo sobre Acoso y Violencia en el lugar de trabajo, de diciembre de 2006, en el que representantes de los empresarios y de los trabajadores reconocen que las empresas deben tener una declaración clara e inequívoca de que el acoso y la violencia en el trabajo no serán tolerados, en la que se especifiquen los procedimientos a seguir cuando se presenten los casos.</p>
<p>El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad y salud de los trabajadores.</p>
<p>La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre) en artículo 14.2 afirma que «el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con su trabajo.</p>
<p>La Ley General de Sanidad 14/1986, en su artículo 21, establece la necesidad de «promover la salud integral del trabajador».</p>

Ley 55/2003 , Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
Ley Orgánica 5/2010 , de 22 de junio artículo 10.
Ley Orgánica 3/2007 , de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
La Ley 7/2007 , de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, que reconoce expresamente el derecho de los empleados públicos a recibir protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.
Real Decreto Legislativo 2/2015 , de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del ET.
Real Decreto Legislativo 8/2015 , de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
RD-Ley 6/2019 , de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 2. Marco Jurídico y violencia en el trabajo, en la Administración General del Estado

Resolución de 5 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública por la que se aprueba y publica el Acuerdo de 6 de abril de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado.

Resolución de 28 de julio de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública por la que se aprueba y publica el Acuerdo de 27 de julio de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso sexual y al acoso por razón de sexo en el ámbito de la Administración General del Estado y de los Organismos Públicos vinculados a ella.

Resolución de 26 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 20 de noviembre de 2015, por el que se aprueba el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en la Administración General del Estado y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella.

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 3. Marco Jurídico y violencia en el trabajo, por Comunidades Autónomas

Resolución conjunta de 18 de enero de 2018, de la Dirección General de Función Pública y de la Dirección del INVASSAT, por la que se dispone la publicación del Protocolo de prevención y actuación ante el acoso laboral en la Administración de la **Generalitat**. [2018/732].

Protocolo para la prevención, la detección, la actuación y la resolución de situaciones de acoso laboral y otras discriminaciones en el trabajo en la Administración de la **Comunidad Autónoma de Galicia**.

<p>Protocolo de prevención/actuación frente al acoso laboral en la Administración Regional de Murcia. (BORM nº57 de 10/03/2015).</p>
<p>ORDEN de 28 de noviembre de 2012, del Departamento de Hacienda y Administración Pública, por la que se publica el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.</p>
<p>Resolución de 8 de mayo de 2019, por la que se establece el protocolo de actuación ante situaciones de acoso en el entorno laboral de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, Boletín Oficial de Canarias, de 29-05-2019.</p>
<p>Resolución de 21 de junio de 2019, por la que se aprueba el protocolo de actuación ante situaciones de violencia ejercida hacia los empleados y empleadas públicas de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte de Cantabria, adscritos a los centros educativos públicos no universitarios.</p>
<p>ACUERDO de 9 de mayo de 2017, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba expresa y formalmente el Acuerdo 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 acoso en el trabajo en la Administración de la Comunidad de Madrid y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella.</p>
<p>PEA GRS SST 12, prevención y gestión de las situaciones de violencia interna en los centros e instituciones sanitarias de la gerencia regional de salud de la Junta de Castilla León.</p>
<p>Resolución de 19/4/18, de la Dirección General de la Función Pública por la que se da publicidad al Protocolo de prevención, identificación y actuación frente al acoso en el lugar de trabajo en la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha y sus organismos autónomos.</p>
<p>Propuesta de Protocolo sobre prevención y actuación frente al acoso laboral en la Administración de la Junta de Andalucía.</p>

<p>Resolución de 12 de noviembre de 2018 de la Consejería de Hacienda y Sector Público, y del Plan de Prevención de Riesgos Laborales para la Administración del Principado de Asturias aprobado por Resolución de 21 de mayo de 2015.</p>
<p>Protocol per a la prevenció, la detecció, l'actuació i la resolució de situacions d'assetjament psicològic laboral i altres discriminacions a la feina (aprobado el 23/01/2014). Generalitat de Catalunya Departament de Governació i Administracions Públiques Direcció General de Funció Pública.</p>
<p>Procedimiento de actuación ante situaciones de acoso moral en el trabajo dirigido al personal del ámbito de la Administración General de la Junta de Extremadura. Acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura de 26 de octubre de 2008, por el que se aprueba el Plan de Prevención de Riesgos Laborales de la Junta de Extremadura.</p>
<p>Protocolos de actuación ante situaciones de violencia interna en el trabajo. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.</p>
<p>ORDEN de 4 de octubre de 2006, de la consejería de Hacienda y Administración Pública, que regula las medidas de prevención y el procedimiento de actuación en casos de acoso moral y sexual en el trabajo, en el ámbito de la Administración General y sus Organismos Autónomos. Gobierno Vasco.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 4. Instrucción 3/2017, de la Secretaría de Estado, por la que se establece un Protocolo de actuación por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado

PROTOCOLO
Elaborar y mantener el catálogo de centros sanitarios públicos y privados, clasificándolos por nivel de riesgo en función de la población adscrita como por la incidencia de los actos violentos.
Investigar los actos violentos notificados, así como aquellos en los que deben actuar o en los que se interpone una denuncia por parte del profesional agredido para la identificación o detención del agresor.
Establecer canales de comunicación ágiles entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y los Departamentos de Seguridad de los centros sanitarios, para una intervención lo más precoz y efectiva posible; como la aplicación para móvil <u>Alertcops</u> . Consiste en un “timbre antipánico” que el sanitario puede pulsar en su <i>smartphone</i> para enviar una alerta a los cuerpos de seguridad más cercanos –con geolocalización incluida – para la rápida intervención.
Implantar y realizar cursos formativos a los profesionales del ámbito sanitario sobre protección, prevención y autoprotección.
Ayudar y facilitar la interposición de las denuncias correspondientes por parte del profesional agredido.

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 5. Políticas en materia de agresiones en el trabajo al profesional sanitario en España

<p>1. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en su artículo 5, por la que el médico puede negarse a seguir prestando asistencia médica o a tener contacto con el agresor, si no hay riesgo vital para el agresor.</p>
<p>2. Código de Ética y Deontología Médica, se procederá a cambiar al agresor de médico si así lo solicita el afectado.</p>
<p>3. La Reforma del Código Penal en 2015 permitió el reconocimiento del delito de atentado contra la autoridad para las agresiones a sanitarios, en su Artículo 550, artículo 551.1 y artículo 552.1 del Código Penal.</p>
<p>4. Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.</p>
<p>5. Instrucción 3/2017, de la Secretaría de Estado de Seguridad, sobre Medidas Policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 6. Medidas frente a las agresiones a los profesionales de la salud

Elaboración de un catálogo de centros médicos (públicos y privados): Diferenciando si tienen medidas de seguridad y si éstas son permanentes o parciales. Todo ello pretende identificar a los sanitarios que presentan un mayor riesgo de ser víctimas de agresiones laborales, como son aquellos que ejercen en centros sanitarios que prestan asistencia permanente y además carecen de medidas de seguridad privada.

Creación del Interlocutor Policial Nacional Sanitario: esta figura será la encargada de asesorar sobre las medidas de seguridad en los centros sanitarios y coordinará a los distintos interlocutores policiales territoriales sanitarios, que son expertos designados por la Policía Nacional y la Guardia Civil para frenar las agresiones que sufren los profesionales sanitarios.

Promover como factor disuasorio la existencia de efectivos de seguridad con presencia física en los centros sanitarios.

Realizar un seguimiento individualizado de los hechos delictivos.

Planificar los dispositivos de seguridad.

Establecer vigilancia y protección de los centros sanitarios.

Consideración de las redes sociales como un escenario de agresión por delitos como “usurpación de identidad, injurias y calumnias”.

Promover actividades formativas a profesionales de la salud sobre prevención de las agresiones laborales externas y dotar a los sanitarios de conocimientos en autoprotección en caso de producirse una agresión o situación conflictiva con los ciudadanos, así como incentivar la sensibilización para fomentar las denuncias por parte de las víctimas.

Incrementar la difusión en los departamentos de seguridad de los centros sanitarios y colaborar con el Observatorio de Seguridad Integral en Centros Hospitalarios, un foro en el que participan los profesionales de la seguridad.

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 7. Actuaciones frente a agresiones a los profesionales de la salud por Comunidades Autónomas

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ACTUACIÓN AGRESIONES
Andalucía	Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
Aragón	Plan de Prevención contra la violencia en el lugar de trabajo, aprobado en reunión ordinaria de la Comisión de Seguridad y Salud del Departamento de 30 mayo 2006.
Asturias	El marco normativo que sustenta el Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios, que está implementado desde principios del año 2007.
Canarias	<p>-Plan de Prevención de las Agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de 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 la salud y el consejo canario de colegios de abogados.</p>

Cantabria	Elaboración de un Plan de Prevención de Agresiones a Profesionales, con la colaboración de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de los Centros. (2014)
Castilla la Mancha	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).
Castilla y León	Pacto, firmado el 4 de febrero de 2008, entre la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y las organizaciones sindicales para la elaboración del Plan integral frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
Cataluña	Elaboración e implantación del procedimiento de prevención y actuación frente a situaciones de violencia o agresión al personal del Instituto Catalán de Salud, que está vigente desde el año 2005.
Extremadura	Plan de Prevención del Sistema de Salud Extremeño denominado “Estrategias para paliar las agresiones a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura”.
Galicia	<p>En el marco del Plan de Prevención del Servicio Gallego de Salud se ha elaborado un informe de situación en materia de violencia laboral externa. Además, se han desarrollado procedimientos para la comunicación, el registro, la actuación y apoyo al profesional en episodios de violencia externa.</p> <p>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.</p>

Islas Baleares	El Servicio de Salud de las Islas Baleares elaboró el Plan de Prevención de la Violencia en los centros sanitarios, con el fin de prevenir, proteger y controlar toda situación de peligro o violencia que pudiera surgir en los centros e instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma (2006).
La Rioja	Plan de Prevención y Atención al profesional del Servicio Riojano de Salud víctima de agresión en el desempeño de sus funciones, que fue aprobado el 19 de junio de 2008.
Madrid	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.
Murcia	La Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia elaboró el Plan de Prevención de Agresiones a los profesionales de la sanidad (2005).
Navarra	Resolución 964/2008, de 31 de marzo, del Director General de Función Pública, que 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.
	El Servicio Vasco de Salud -Osakidetza dispone, dentro de su sistema de gestión de prevención de riesgos laborales, de un protocolo específico de actuación ante la violencia en el trabajo, cuya primera versión fue aprobada en enero de 2003, revisándose posteriormente en octubre de 2006 y enero de 2009.

Valencia	Decreto 159/2009, de 2 de octubre, (DOGV, de 7 de octubre), donde se establecían las actuaciones de los órganos de la Conselleria de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat Valenciana.
INGESA	La Resolución del 26 de marzo de 2018, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) aprueba y publica el protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo de los centros sanitarios dependientes del INGESA.

Fuente: Elaboración Propia.

Anexo 8. Factores de riesgo que pueden motivar una agresión a los profesionales de la salud

Factores de riesgo en relación con el **LUGAR DE TRABAJO**

Falta de información institucional, por parte del personal, que satisfaga las preguntas y preocupaciones del usuario.
Insuficiencia de recursos humanos y materiales.
Sobrecarga de trabajo de los profesionales.
Descoordinación entre el personal y los servicios del centro.
Interrupción en las consultas con la visita ya iniciada.
Demora en la asistencia, pruebas, intervenciones.

Defectos en la información y atención en situaciones de riesgo vital o emergencia.

Fuente: Elaboración Propia

Factores de riesgo en relación con el **TRABAJADOR**

Falta de habilidad de comunicación con los pacientes.

Interferencia de los problemas personales en el trabajo.

Insatisfacción profesional.

Falta de empatía con el enfermo, familiares y acompañantes.

Desconocimiento de la organización en la que se trabaja o de los circuitos de atención sanitaria complementaria.

Descoordinación con otros profesionales que tratan al paciente.

Negativas no razonadas a peticiones de prestaciones sanitarias: pruebas, fármacos.

Fuente: Elaboración Propia

Factores de riesgo en relación con los **CIUDADANOS**

<p>Ciudadanos con rasgos de personalidad en los que destaca un control de impulsos deficitarios, baja resistencia a la frustración o cierto perfil de agresividad.</p>
<p>Ciudadanos que persiguen un beneficio personal fraudulento a través de la asistencia sanitaria (recetas, bajas) y para conseguir sus objetivos presionan, amenazan y agreden al profesional.</p>
<p>Ciudadanos cuyas expectativas en torno a la atención que el Sistema Sanitario Público puede brindarles son superiores o incluso distintas a las recibidas.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 9. Medidas de seguridad para evitar o minimizar agresiones

Medidas de seguridad pasiva
Dispositivos de alarma o interfonos en las consultas.
Colocación de cámaras de videovigilancia, cumpliendo la normativa vigente en materia de protección de datos e intimidad del paciente.
Mamparas de protección en las zonas de información.
Disposición de salidas alternativas de las consultas.
Evitar que los trabajadores estén solos en actividades de mayor riesgo de incidentes violentos.
Disposición del mobiliario, de forma que en ningún caso se obstaculice la salida del sanitario en caso de intento o agresión por parte del paciente y/o familiares. Para ello, es recomendable que el sanitario se sienta lo más cerca posible de la puerta de salida de la consulta y el paciente en una posición más alejada de la misma. De esta forma, evitamos que el paciente pueda bloquear la salida o accionar el seguro o llave de la puerta.
Medidas de seguridad activa
Colaboración estrecha con el Departamento de Seguridad o con la empresa de seguridad externa.
Establecer los horarios de mayor riesgo de situaciones violentas, para que en esos tiempos exista seguridad física en los centros.
Diseño de procedimientos eficaces de comunicación y colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

La seguridad de los trabajadores y la prevención de las situaciones de violencia externa serán tenidas en cuenta para el diseño de futuros proyectos arquitectónicos en los centros de trabajo donde se preste asistencia sanitaria.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 10. Recomendaciones ante una agresión

Si el trabajador del ámbito sanitario percibe una agresión inminente y una escalada de agresividad por parte de los usuarios, se recomiendan las siguientes actuaciones siempre que sea posible:

Recomendaciones ante agresión inminente

Valorar activar el sistema de alarma disponible.

Intentar controlar la situación mediante un diálogo asertivo, adoptando estrategias en la comunicación como:

- Mantener la calma.
- Evitar un tono brusco y/o cortante.
- Explicar de forma razonada los motivos por los que no es posible cumplir las expectativas de la otra persona.
- Intentar reconducir la situación, buscando posibles puntos de acuerdo.
- Reconocer las posibles deficiencias propias o de la organización.
- Manifestar los propios sentimientos a la otra persona.
- Liberar la tensión emocional de la otra persona, dejándola hablar cuanto necesite.
- No responder a las agresiones verbales o provocaciones.

<p>-Evitar la adopción de un lenguaje desafiante.</p> <p>-No llevar a cabo ningún tipo de actuación que pueda ser interpretada como amenaza a la persona que agrade.</p>
<p>Mantener una adecuada distancia de seguridad, situándose si es posible en el umbral de la puerta, con esta abierta y siempre de cara al agresor.</p>
<p>Evitar tener al alcance objetos cortopunzantes y/o arrojadizos.</p>
<p>Si no se consigue controlar la situación, se activará cualquier sistema de alarma disponible.</p>
<p>Avisar al servicio de seguridad, si lo hubiera, para que se persone inmediatamente en el área de conflicto, con el fin de contener la situación de violencia; y a los compañeros, por si pudieran prestar apoyo al trabajador en riesgo y para que, en caso necesario, puedan testificar sobre los hechos acaecidos.</p>
<p>Interrumpir la actividad, salvo que existan pacientes con urgencia vital, hasta que se encuentre en condiciones psicofísicas para reanudar su actividad y si su superior inmediato considera que no puede seguir la actividad.</p>
<p>En caso de agresión grave, no se incorporará hasta que sea valorado por el Servicio de Prevención que acredite su aptitud para incorporarse.</p>
<p>Siempre que estime necesario, avisará a las fuerzas de seguridad pública.</p>
<p>Nunca encararse, desafiar o responder al agresor salvo en aquellas situaciones que tengan por objeto neutralizarla.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 11. Actuaciones ante una agresión

Actuaciones del trabajador afectado
Recibirá la asistencia sanitaria que precise y obtendrá el informe médico y el correspondiente parte de lesiones, ya se trate de lesiones físicas o psíquicas.
Comunicará los hechos a su responsable inmediato a través de cualquier medio, así como los datos disponibles para la identificación del agresor.
Solicitará la tramitación del accidente de trabajo que resulte pertinente.
Cumplimentará el formulario de registro de situaciones conflictivas con los ciudadanos, según procedimiento instaurado.
Si lo estima conveniente, presentará la oportuna denuncia ante la policía, la Guardia Civil o el juzgado de guardia.
Actuaciones del responsable inmediato del trabajador agredido
Recibirá la información verbal del trabajador agredido sobre los hechos ocurridos.
Realizará las actuaciones necesarias para la identificación del agresor, y documentación necesaria para poder aportar a la Dirección.
Remitirá a Recursos Humanos la información necesaria para la tramitación, en su caso, del accidente de trabajo.
Proporcionará al trabajador agredido la información y orientaciones necesarias para la adecuada cumplimentación y remisión del formulario de registro.

<p>Facilitará al trabajador agredido, cuando así lo manifieste, el tiempo necesario para interponer la consiguiente denuncia y le acompañará a presentarla si así lo solicita el profesional, salvo que la Gerencia haya designado a otra persona para realizar estas funciones.</p>
<p>Avisará a los representantes sindicales del trabajador, si este lo solicita.</p>
<p>Informará al trabajador agredido de la conveniencia de acudir al Servicio de Prevención para la valoración correspondiente.</p>
<p>Actuaciones de la Gerencia</p>
<p>Recibirá el formulario de registro de situaciones conflictivas.</p>
<p>Comunicará su apoyo al trabajador agredido.</p>
<p>Garantizará el asesoramiento jurídico y administrativo al trabajador agredido y en las actuaciones jurídicas pertinentes.</p>
<p>Si las condiciones laborales del trabajador agredido hubieran sufrido un deterioro como consecuencia de la agresión, la Gerencia restituirá al trabajador en las condiciones más próximas posibles a su situación laboral de origen, de mutuo acuerdo con él y dentro de las posibilidades organizativas.</p>
<p>Garantizará el apoyo al trabajador agredido y mejorará la prevención ante el riesgo de nuevas agresiones.</p>
<p>Informará semestralmente a los Comités de Seguridad y Salud sobre las agresiones ocurridas, siendo individualizada en aquellos casos de especial gravedad.</p>

<p>Comprobada la agresión, remitirá al agresor una comunicación reprobatoria y valorará la pertinencia de realizar un cambio de profesional asignado o de centro, llevando a cabo las actuaciones que, dentro de la normativa vigente, resulten adecuadas en este sentido.</p>
<p>Es la responsable del cumplimiento del protocolo de actuación ante situaciones de agresión al trabajador sanitario.</p>
<p>Actuaciones de la Dirección de Recursos Humanos</p>
<p>Gestión administrativa de la situación como accidente de trabajo.</p>
<p>En el caso de que la agresión tenga la consideración de accidente de trabajo grave, muy grave, mortal o que afecte a más de cuatro trabajadores, la notificación a la autoridad laboral se efectuará en un plazo inferior a 24 horas, así como al Comité de Seguridad y Salud.</p>
<p>Actuaciones del Servicio de Prevención</p>
<p>Registrará la información del formulario de la notificación, según modelo establecido.</p>
<p>Contactará con el trabajador agredido para efectuar la oportuna valoración clínica y el seguimiento de su situación, en caso necesario.</p>
<p>Ofertará el apoyo sanitario y psicológico al trabajador afectado en los casos que sea necesario, atendiendo a las necesidades y organización del Servicio.</p>
<p>Evaluará la situación desde el punto de vista preventivo, incluidos los riesgos psicosociales.</p>

Propondrá a la Gerencia, tras la investigación, las medidas oportunas para mejorarla prevención ante el riesgo de nuevas agresiones.

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 12. Plan formativo

Habilidades de comunicación, manejo en situaciones de tensión y gestión conflictos
Intentar mantener una escucha activa y relajada.
Mantener el equilibrio emocional.
No responder a las agresiones verbales, no desafiar al agresor ni insultar.
Evitar tener objetos cortopunzantes o contundentes a mano del presunto agresor.
Conversar con corrección, tono afable y profesional.
Exhibir una actitud serena.
Avisar a un compañero.
Reconocer las posibles deficiencias de la organización.
Manifestar los propios sentimientos del usuario.
Evitar minimizar la situación, las quejas o las críticas.
Evitar transmitir información errónea o que no se ajuste a la realidad.
Evitar el lenguaje y posturas desafiantes.

Evitar el contacto físico y el exceso de proximidad.
No invadir el espacio personal.
Evitar el contacto ocular prolongado, señalar con el dedo.
Evitar los movimientos rápidos y dar la espalda.
Situarse lo más cerca posible de la puerta, abrirla si está cerrada y estar siempre de cara al agresor.
Si la huida no es posible y la agresión es inevitable, hacer uso de los elementos de defensa que, de forma proporcionada a la agresión, permita el ordenamiento legal. Las medidas de defensa propia tendrán como único objetivo neutralizar la acción del agresor y permitir la huida, sin perseguir la comisión de daños específicos al agresor.
Conocimiento del Protocolo de Actuación frente a situaciones de violencia externa, para que el trabajador agredido conozca adecuadamente las actuaciones a realizar.
Valorar la posibilidad de paralizar la consulta o actividad asistencial, excepto en situación de urgencia vital.
No tocar ni mover ningún objeto del lugar de los hechos hasta la llegada de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
Comunicación del incidente, a través de los formularios facilitados para tal fin.
Asistencia sanitaria: El profesional agredido acudirá al lugar más próximo para recibir asistencia sanitaria. Se suele recomendar que se acuda al Servicio de Urgencias y en ese momento solicitará un informe médico de asistencia, así como un parte de lesiones que será enviado al Juzgado correspondiente (copia de la documentación generada).

Acudir al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: el incidente debe ser filiado como un accidente de trabajo, se investigará el incidente, se recogerán los datos oportunos relacionados con la agresión y se realizará seguimiento del trabajador agredido. Ofertando ayuda médica o psicológica si precisa.
Interponer la denuncia correspondiente en el Juzgado, Guardia Civil o Policía.
Solicitar Asesoramiento Jurídico a la Dirección del centro, a los Colegios Profesionales o a la sección sindical correspondiente.

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 13. Esquema de curso impartidos en uno de los centros sanitarios del estudio

Protocolo actuación
Competencias socio-personales
Instrumento relacional por excelencia: La Comunicación
Presuposiciones. Postulados básicos de PNL
Lenguaje No Verbal
Estilos comunicativos: Asertivo, Pasivo, Agresivo y Manipulativo
Conducta social
Inteligencia emocional

Pirámide neurológica
Cerebro social
Actitud empática
Empatía. Aceptación. Congruencia
Escucha activa
Actitud Asertiva
Solución de conflictos de forma creativa
Técnicas para manejar la ansiedad
Manejo de la ira
Registro centralizado de Situaciones Conflictivas

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 14. Formulario del registro de situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias adscritas o dependientes del Servicio madrileño de Salud.

 FORMULARIO DE REGISTRO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS CON CIUDADANOS EN LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS ADSCRITOS O DEPENDIENTES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD		
Alta del Incidente		
Nº Registro	Fecha del incidente (dd/mm/aaaa)	
Hora del incidente (hh:mm)		
DATOS DEL TRABAJADOR	Apellidos _____ Nombre _____ NIF/NIE _____	
	Fecha Nacimiento: _____ Sexo _____ Teléfono _____ Domicilio _____	
	Localidad _____ Provincia _____ CP _____	
	Área _____ Centro de Trabajo _____ Servicio o Unidad _____	
	Categoría _____ Especialidad _____	
DATOS DEL AGRESOR(*)	<input type="checkbox"/> Centro habitual trabajo Centro de trabajo no habitual <input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada Lugar donde se produce el incidente <input type="checkbox"/> In itinere (Únicamente relacionado con la Actividad Asistencial)	
	Rango de Edad del Agresor: _____ Sexo del Agresor _____ <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Familiar o acompañante de paciente <input type="checkbox"/> Paciente no hospitalizado <input type="checkbox"/> Desconocido Otros: _____	
	(*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial	
	<input type="checkbox"/> Agresión Física <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Coacciones <input type="checkbox"/> Daños materiales <input type="checkbox"/> Insultos, injurias, vejaciones Otras: _____	
	Descripción del incidente _____ Causas del incidente _____	
DATOS DEL INCIDENTE	Tipo de intervención durante el conflicto: <input type="checkbox"/> Seguridad Pública <input type="checkbox"/> Seguridad Privada <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Otros	
	<input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Parte de Lesiones <input type="checkbox"/> Precisa apoyo psicológico <input type="checkbox"/> Baja Laboral Fecha de Baja _____ <input type="checkbox"/> Denuncia Fecha de denuncia _____	
	Localización _____	
	Descripción de las Lesiones _____	
	Medidas tomadas por la Gerencia _____	
TESTIGOS	Nombre _____ Apellidos _____ DNI _____ Teléfono _____ Firma _____ Nombre _____ Apellidos _____ DNI _____ Teléfono _____ Firma _____ Nombre _____ Apellidos _____ DNI _____ Teléfono _____ Firma _____	
	Seguimiento del Incidente	
	Fecha de alta (si procedió IT) _____	
PROCEJMIENTO JUDICIAL	ARCHIVO Fecha del archivo _____ <input type="checkbox"/> Por Renuncia <input type="checkbox"/> Por Decisión Judicial	
	JUICIO DE FALTAS Fecha de la sentencia _____ <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria	
	PROCEDIMIENTO ABREVIADO Fecha de la Sentencia _____ <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria	
Firma		
<small>DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, (LOPD), EL ABAJO FIRMANTE MEDIANTE LA ENTREGA DEL PRESENTE ESCRITO, PROPORCIONA SU CONSENTIMIENTO EXPRESO E INFORMADO PARA PROCEDER AL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN. LOS DATOS PERSONALES RECOGIDOS Y TRATADOS POR ESTE SISTEMA SERÁN INCORPORADOS EN EL FICHERO FIDUCIARIO, CUYA FINALIDAD ES LA CENTRALIZACIÓN DE DATOS SOBRE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LA COMARCA DE MADRID, Y PODRÁN SER CEDIDOS A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, ASÍ COMO A OTROS ÓRGANOS PREVISTOS EN LA LEY. EL ÓRGANO RESPONSABLE DEL FICHERO ES LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SERMAS. EL INTERESADO PODRÁ EJERCER LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN ANTE DICHO ÓRGANO, A TRAVÉS DE LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN PRIMARIA Y SUMARIO.</small>		

Anexo 15. Aprobación comité ético de investigación con medicamentos del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.



**D/D^a. BELEN RUIZ ANTORAN, SECRETARIO/A TÉCNICA DEL COMITÉ ETICO DE
INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA DE MADRID**

CERTIFICA

Que revisado el proyecto titulado: “Estado de Salud tras la notificación de agresión en personal sanitario.”, del que es investigador principal la Dra. MARIA MAESTRE NARANJO del servicio de PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, se considera que se trata de un trabajo científico de revisión de historias clínicas que puede someterse a un trámite de revisión simplificada por el CEIm.

Desde el punto de vista del CEIm, el proyecto se limita al uso secundario de información previamente obtenida en el curso de la asistencia médica, bajo la responsabilidad del mismo equipo profesional responsable de la asistencia. El equipo queda sujeto al compromiso de confidencialidad en el manejo de los datos personales de los pacientes y no se aprecia ningún impedimento de tipo ético o legal para la realización del estudio.

Lo que se hace constar a los efectos oportunos.

En Majadahonda, a 20 de mayo de 2019

Fdo.: Dr/a. BELEN RUIZ ANTORAN
Secretaría Técnica del CEIm

ZONA NOROESTE
C/ Joaquín Rodrigo, 2
28222 Majadahonda / Madrid
Tel.: 91 191 60 00
Fax: 91 373 05 35



Anexo 16. Aprobación Comité de Ética de la UCAM



COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM

DATOS DEL PROYECTO

Título:	"Estado de salud tras la notificación de agresión en personal sanitario"	
Investigador Principal	Nombre	Correo-e
Dr.	Francisco José Moya Faz	moyafaz@ucam.edu

INFORME DEL COMITÉ

Fecha	27/09/2019	Código	CE091904
--------------	------------	---------------	----------

Tipo de Experimentación

Investigación experimental clínica con seres humanos	
Utilización de tejidos humanos procedentes de pacientes, tejidos embrionarios o fetales	
Utilización de tejidos humanos, tejidos embrionarios o fetales procedentes de bancos de muestras o tejidos	
Investigación observacional con seres humanos, psicológica o comportamental en humanos	X
Uso de datos personales, información genética, etc.	X
Experimentación animal	
Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o las plantas	
Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs)	

Comentarios Respecto al Tipo de Experimentación

Nada Obsta

Comentarios Respecto a la Metodología de Experimentación