



# ciencia

REVISTA ARAGONESA DE MEDICINA LEGAL 15 2019

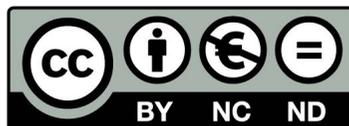
# forense

MONOGRÁFICO

**Las agresiones  
a profesionales sanitarios  
en el contexto  
clínico-asistencial.**

**Fenomenología,  
estudio de prevalencia,  
medidas preventivas  
y tratamiento legal**

La versión original y completa de esta obra debe consultarse en:  
<https://ifc.dpz.es/publicaciones/ebooks/id/3758>



Esta obra está sujeta a la licencia CC BY-NC-ND 4.0 Internacional de Creative Commons que determina lo siguiente:

- **BY (Reconocimiento):** Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciador o lo recibe por el uso que hace.
- **NC (No comercial):** La explotación de la obra queda limitada a usos no comerciales.
- **ND (Sin obras derivadas):** La autorización para explotar la obra no incluye la transformación para crear una obra derivada.

Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

# CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa  
de Medicina Legal

Núm. 15

Monográfico

**Las agresiones a profesionales sanitarios  
en el contexto clínico-asistencial.  
Fenomenología, estudio de prevalencia,  
medidas preventivas y tratamiento legal**

# CIENCIA FORENSE

## Revista Aragonesa de Medicina Legal

NÚM. 15

Monográfico

### **Las agresiones a profesionales sanitarios en el contexto clínico-asistencial. Fenomenología, estudio de prevalencia, medidas preventivas y tratamiento legal**

Coordinador

ASIER URRUELA MORA

*Autores*

ASIER URRUELA MORA

BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA

CARLOS MARÍA ROMEO CASABONA



INSTITUCIÓN FERNANDO EL CATÓLICO

*Excma. Diputación de Zaragoza*

Zaragoza, 2019

Publicación número 3666  
de la  
INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»  
(Excma. Diputación de Zaragoza)  
Plaza de España, 2  
50071 ZARAGOZA (España)  
Tels.: [34] 976 28 88 78/79  
ifc@dpz.es  
<https://ifc.dpz.es>

## FICHA CATALOGRÁFICA

*CIENCIA FORENSE. Revista Aragonesa de Medicina Legal.* N° 1  
(1999).- Zaragoza: Institución «Fernando el Católico»,  
1999.- 24 cm

Anual

ISSN: 1575-6793

I. Institución «Fernando el Católico», ed.

340.6(460.22)

Toda correspondencia, peticiones de envío, canje, etcétera, deben dirigirse a la Institución «Fernando el Católico». Las normas de presentación de originales se encuentran al final de la revista.

La Revista *CIENCIA FORENSE* no se identifica con las opiniones o juicios que los autores exponen en uso de la libertad intelectual que cordialmente se les brinda.



Diseño de cubierta: Víctor Lahuerta Guillén.

© De los textos, los autores.

© De la presente edición: Institución «Fernando el Católico».

ISSN: 1575-6793

e-ISSN: 2603-7629

ISBN: 978-84-9911-547-4

Depósito Legal: Z 879/99

Preimpresión: ARPIrelieve, S. A.

Impresión: ARPIrelieve, S. A.



## CIENCIA FORENSE

REVISTA ARAGONESA DE MEDICINA LEGAL

### *Directora*

PROF. DRA. MARÍA BEGOÑA MARTÍNEZ-JARRETA  
Catedrática de Medicina Legal y Forense. Universidad de Zaragoza (ESPAÑA)

### *Coordinador del Monográfico*

DR. *iur.* DR. *med.* ASIER URRUELA MORA

### *Autores*

DR. *iur.* DR. *med.* ASIER URRUELA MORA  
PROF. DRA. MARÍA BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA  
DR. *iur.* DR. *med.* CARLOS MARÍA ROMEO CASABONA

### *Consejo Asesor*

DR. JOSÉ MARÍA ABENZA ROJO	PROF. DR. RAFAEL HINOJAL FONSECA
DR. JOSÉ ASO ESCARIO	PROF. DR. EMILIO HUGUET RAMIA
D. ARMANDO BARREDA HERNÁNDEZ	PROF. <sup>a</sup> DRA. MARÍA VICTORIA LAREU HUIDOBRO
PROF. DR. FERNANDO BANDRÉS MOYA	PROF. DR. MANUEL LÓPEZ RIVADULLA
DRA MARÍA LUISA BESCÓS BIEL	PROF. DR. JOSÉ A. LORENTE ACOSTA
PROF. DR. BRUCE BUDOWLE	PROF. DR. AURELIO LUNA MALDONADO
PROF. DR. ÁNGEL CARRACEDO ÁLVAREZ	PROF. DR. IGNACIO MUÑOZ BARÚS
PROF. <sup>a</sup> DRA. MARÍA CASTELLANO ARROYO	PROF. DR. EDUARDO OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ
DR. JUAN ANTONIO COBO PLANAS	D. LUIS PASTOR EIXARCH
PROF. DR. LUIS CONCHEIRO CARRO	PROF. <sup>a</sup> DRA. MARÍA DOLORES PÉREZ CÁRCELES
PROF. DR. NUNO DUARTE VIEIRA	PROF. <sup>a</sup> DRA. MARÍA SOL RODRÍGUEZ CALVO
DRA. ANA FERRER DUFOI	PROF. DR. MANUEL RODRÍGUEZ PAZOS
PROF. DR. LUIS FRONTELA CARRERAS	PROF. DR. CARLOS ROMEO CASABONA
DR. SERGIO GALLEGO RIESTRA	DR. JAVIER SÁNCHEZ CARO
PROF. DR. JOAQUÍN GAMERO LUCAS	DR. MANUEL SANCHO RUIZ
PROF. DR. MANUEL GENÉ BADÍA	PROF. <sup>a</sup> DRA. AURORA VALENZUELA GARACH
PROF. <sup>a</sup> DRA. MARINA GISBERT GRIFO	PROF. DR. JUAN LUIS VALVERDE VILLARREAL
PROF. <sup>a</sup> DRA. M <sup>a</sup> DE LOS ÁNGELES MARTÍNEZ DE PANCORBO	PROF. DR. JOSÉ DELFÍN VILLALAIN BLANCO
PROF. DR. CLAUDIO HERNÁNDEZ CUETO	PROF. DR. ENRIQUE VILLANUEVA CAÑADAS

**MONOGRÁFICO**

**LAS AGRESIONES A PROFESIONALES  
SANITARIOS EN EL CONTEXTO  
CLÍNICO-ASISTENCIAL.  
FENOMENOLOGÍA,  
ESTUDIO DE PREVALENCIA,  
MEDIDAS PREVENTIVAS  
Y TRATAMIENTO LEGAL**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>I. LA VIOLENCIA EJERCIDA CONTRA EL PROFESIONAL SANITARIO EN EL ENTORNO LABORAL. CARACTERIZACIÓN DEL FENÓMENO Y ANÁLISIS SOCIOLÓGICO .....</b>	<b>19</b>
I. Introducción. La violencia, un problema de Salud Pública. El profesional sanitario ante las agresiones .....	19
II. Definición de violencia. Tipología de la violencia. Concepto de violencia en el trabajo (referencia expresa al sector salud) ...	22
2.1. Tipología de la violencia .....	25
III. La violencia en el trabajo ejercida contra el personal sanitario ..	27
IV. La violencia ejercida contra los profesionales sanitarios: perspectiva sociológica .....	29
<b>II. ESTUDIOS CUANTITATIVOS EN RELACIÓN CON LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS .....</b>	<b>33</b>
I. Perspectiva internacional .....	33
II. Análisis comparado.....	33
2.1. Europa .....	33
2.1.1. <i>Alemania</i> .....	33
2.1.2. <i>Grecia</i> .....	35
2.1.3. <i>Reino unido</i> .....	36

## Índice

2.1.4. Francia .....	37
2.2. Estados Unidos.....	41
2.3. Países Sudamericanos y Centroamericanos .....	43
III. Agresiones a profesionales sanitarios: estudios de prevalencia en España .....	45
3.1. Informes Institucionales .....	45
3.1.1. <i>Informe del Grupo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Mesa técnica I: «Causas, evolución y dimensiones del problema» .....</i>	46
3.1.2. <i>Observatorio de agresiones de la Organización Médica Colegial.....</i>	54
3.1.3. <i>Datos del Servicio Andaluz de Sanidad (SAS).....</i>	64
3.1.4. <i>Estudios del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).....</i>	65
3.1.5. <i>Institut Català de Salut.....</i>	67
3.1.6. <i>Registro de agresiones y Observatorio de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sección de Agresiones al personal de Centros Sanitarios).....</i>	69
3.1.7. <i>Observatorio sobre agresiones a profesionales de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud).....</i>	75
3.2. Estudios doctrinales .....	79
<b>III. MECANISMOS TÉCNICOS PARA LA EVITACIÓN DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS Y MEDIDAS A ADOPTAR ANTE EL ACAECIMIENTO DE UN INCIDENTE .</b>	85
I. Introducción .....	85
II. Estrategias frente a la violencia contra los profesionales sanitarios. La importancia de los planes de actuación.....	86
III. Modificaciones del entorno laboral.....	93
3.1. El manual de prevención ante las agresiones al personal sanitario de la Asociación Nacional para la seguridad integral en centros hospitalarios (ANSICH) .....	97
IV. Medidas post-incidente.....	101

V.	Planes y proyectos para la seguridad de los profesionales sanitarios en España .....	102
5.1.	El Plan Perseo y el Proyecto Catalejo (SESCAM-Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) .....	103
5.2.	Plan de prevención y atención de las agresiones a trabajadores sanitarios de la Junta de Andalucía.....	109
5.3.	Plan para prevenir la violencia en los centros del Ib-Salut (Balears) .....	110
5.4.	Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia .....	111
5.5.	Plan de prevención de las agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de Salud .....	113
5.6.	Plan de prevención contra la violencia en el lugar de trabajo de Aragón .....	114
5.7.	Plan para la prevención de la violencia laboral en el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) .....	115
5.8.	Plan de prevención y atención al profesional del Servicio Riojano de Salud (SERIS) .....	116
5.9.	Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios (Asturias) .	116
5.10.	Estrategias para paliar las agresiones a todos los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura .....	117
5.11.	Plan integral de prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat Valenciana .....	117
5.12.	Protocolo de actuación ante la violencia en el trabajo “Salud Laboral: un objetivo compartido” (OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud) .....	118
5.13.	Madrid .....	118
5.14.	Plan integral frente a las agresiones al personal de la Gerencia de Salud de Castilla y León (SACYL) .....	119
5.15.	Plan de prevención y atención ante incidentes violentos en el ámbito sanitario público de Cantabria.....	121
5.16.	Plan global de prevención y actuación frente a agresiones externas en el lugar de trabajo (OSASUNBIDEA-Servicio Navarro de Salud) .....	122

5.17. Procedimiento de prevención y actuación ante situaciones de violencia (Institut Catalá de Salut-GENCAT) .....	123
5.18. Valoración global de la situación concurrente en España: Mesa Técnica II Grupo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)..	125
<b>IV. LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES SANITARIOS DESDE LA PERSPECTIVA LEGAL .....</b>	<b>127</b>
I. Consideraciones preliminares.....	127
II. El derecho penal ante el fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios. Particular consideración de la figura de atentado (art. 550 CP).....	127
2.1. Toma en consideración del delito de atentado (art. 550 CP). La inclusión expresa de los funcionarios sanitarios en la esfera del art. 550 CP .....	129
2.2. Situación anterior a la reforma penal de 2015 en materia de delito de atentado, en relación con los sujetos pasivos idóneos (autoridad, agente de la misma y funcionario público) .....	131
2.3. Génesis de la opción legislativa adoptada por la LO 1/2015 mediante la inclusión expresa de los funcionarios docentes y sanitarios como sujetos pasivos idóneos del atentado .....	136
2.3.1. <i>Estimativa jurisprudencial en torno a la aplicación de la figura de atentado en los supuestos de agresiones a profesionales sanitarios en España .....</i>	<i>137</i>
2.3.2. <i>El criterio de la Fiscalía General del Estado. Consulta núm. 2/2008, de 25 de noviembre .....</i>	<i>142</i>
2.4. Situación tras la entrada en vigor de la LO 1/2015.....	144
2.4.1. <i>El tipo objetivo del art. 550 CP. Particularidades en relación con el fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios .....</i>	<i>147</i>
2.4.2. <i>Tipo subjetivo.....</i>	<i>150</i>
2.4.3. <i>Extensión de la protección cualificada a las personas previstas en el art. 554 CP.....</i>	<i>151</i>

*Índice*

2.4.4. <i>La reforma del CP 2015 (LO 1/2015)</i> <i>y la incidencia de los actos de atentado en la esfera</i> <i>del delito de homicidio.....</i>	153
III. Intervención administrativa sancionadora en la esfera de las agresiones a profesionales sanitarios.....	153
IV. Medidas organizativas de naturaleza jurídica como respuesta a las agresiones a profesionales sanitarios. La limitación al derecho a la libre elección de facultativo .....	156
<b>V. VISION DE CONJUNTO Y CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	161
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	171
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS .....</b>	175
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	177

## INTRODUCCIÓN

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

DR. *IUR.* DR. *MED.* ASIER URRUELA MORA  
PROF. DRA. MARÍA BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA  
DR. *IUR.* DR. *MED.* CARLOS MARÍA ROMEO CASABONA

El presente trabajo de investigación titulado «Las agresiones a profesionales sanitarios en el contexto clínico-asistencial. Fenomenología, estudio de prevalencia, medidas preventivas y tratamiento legal» pretende abordar una problemática ínsita en la esfera de la Medicina (debido al carácter de profesionales sanitarios de los sujetos pasivos de dichas acciones) pero cuyas consecuencias se extienden a otras disciplinas científicas, dada la magnitud social y las funestas consecuencias que las referidas agresiones implican en términos de adecuado funcionamiento de una función pública esencial. Fundamentalmente este trabajo se centra en la cuestión de las violencias contra profesionales sanitarios provenientes tanto de los pacientes como de su entorno (familiares, contactos próximos, etc.) tratando de ofrecer una respuesta integral a la problemática expuesta.

En este sentido, datos provenientes de organismos internacionales (OMS, OIT, etc.) así como internos (estudios de prevalencia de dichos fenómenos agresivos en la esfera sanitaria en distintas CC.AA.) nos ponen de manifiesto la magnitud real del problema abordado. No obstante, si bien las cifras detectadas por los trabajos citados en relación con el número de agresiones a profesionales sanitarios resultan alarmantes por sí mismas, no ostentan menor importancia sus implicaciones en término de correcto ejercicio de las profesiones sanitarias y de deterioro de la calidad de vida de los profesionales a resultas del fenómeno descrito.

Todo lo anterior ha conllevado un replanteamiento en el análisis del fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios con la pretensión de lograr un tratamiento integral –superando un abordaje meramente parcial

de las mismas— a través del cual se establezcan los mecanismos adecuados con la finalidad de erradicar (en la medida de lo posible) dichas situaciones. El presente trabajo de investigación se orienta en dicha línea metodológica, tratando de conectar los perfiles de las agresiones a profesionales sanitarios vinculadas a la praxis médico-asistencial (y presentando asimismo soluciones técnico-organizativas frente a las mismas) con las cuestiones legales asociadas a las referidas agresiones a profesionales sanitarios por parte de los pacientes y su entorno. Dicho planteamiento integral resulta coherente con la perspectiva médico-legal (disciplina en la que se inserta la presente investigación) al incorporar datos empíricos derivados de la práctica asistencial en la esfera sanitaria, los mecanismos técnico-organizativos dirigidos a minimizar la prevalencia de las agresiones a profesionales sanitarios (o, en su caso, el impacto de las mismas) y el oportuno análisis jurídico asociado a la cuestión analizada. De esta manera se logran abordar de manera conjunta los distintos aspectos ínsitos en la problemática de las agresiones a profesionales sanitarios con la finalidad de ofrecer las oportunas respuestas organizativas, técnicas y jurídicas.

Con base en el planteamiento anterior el presente trabajo científico se estructura en torno a los siguientes capítulos, configurados como bloques temáticos específicos:

- El capítulo I aborda la cuestión de la violencia contra el profesional sanitario en el entorno laboral, procediendo a la caracterización del objeto de estudio y al análisis sociológico del fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios por parte de los pacientes y su entorno. Para ello se parte —con el oportuno apoyo de documentos elaborados por organismos internacionales, entre otros, la OMS, la OIT, la Internacional de Servicios Públicos y el Consejo Internacional de Enfermeras— de una reflexión preliminar sobre la violencia en el entorno laboral, particularizando el análisis de dicha problemática en la esfera sanitaria. En este punto, el trabajo pretende concretar la etiología de la violencia contra los profesionales sanitarios por parte de los pacientes y su entorno (así como analizar las importantes tasas asociadas a dicho fenómeno tanto en la esfera nacional española como en la comparada) y establece un análisis sociológico del fenómeno de la violencia ejercida contra los profesionales sanitarios a partir de la teoría del reconocimiento desarrollada por el filósofo y sociólogo alemán Axel HONNETH.
- El capítulo II se centra en los estudios cuantitativos en relación con las agresiones a profesionales sanitarios, tratando de aportar datos fidedignos y actualizados no sólo respecto de la dimensión real de dicha problemática en España sino también en otros estados. Para ello se presentan trabajos acerca de la prevalencia de las agresiones en Europa (Alemania, Francia, Grecia, Reino Unido), Estados Unidos, diferentes países sudamericanos, así como informes institucionales y doctrinales (elaborados por centros de investigación universitarios fundamental-

mente) españoles. Todo ello contribuye a suministrar una imagen real de la magnitud de la problemática estudiada, aun asumiendo que al analizar los datos institucionales tenemos que aceptar que como consecuencia del fenómeno de la infradenuncia, aquellos no reflejan necesariamente de manera completa la realidad de las agresiones.

- El capítulo III aborda los mecanismos técnicos para la evitación de agresiones a profesionales sanitarios y las medidas a adoptar ante el acaecimiento de un incidente. Con dicho fin se analizan los planes de actuación (incluyendo medidas *ex ante* y *ex post* una vez ocurrido el incidente) objeto de teorización particularmente en Estados Unidos, así como la implementación de mecanismos de prevención y de respuesta en relación con la violencia contra profesionales sanitarios en España (manual de prevención de la Asociación Nacional para la seguridad integral en centros hospitalarios –ANSICH–, plan Perseo y proyecto Catalejo del SESCAM en Castilla-La Mancha o los planes de prevención de las agresiones en las diferentes regiones españolas).
- El capítulo IV aborda el tratamiento legal de las agresiones al personal sanitario. En primer lugar, se procede a analizar la realidad legislativa y jurisprudencial española en materia sancionatoria tanto en la esfera penal (delitos de lesiones, amenazas, etc., con particular incidencia de la figura del delito de atentado del art. 550 CP) como administrativa. Dado que la vía privilegiada de incriminación de las conductas de agresión a profesionales sanitarios tradicionalmente planteada por la propia Organización Médica Colegial (criterio al que se han sumado otros organismos profesionales como el sindicato SATSE en el sector enfermero) es la de la tipificación de todos estos episodios como delito de atentado (y ello, lógicamente, con independencia del resultado lesivo producido), propuesta secundada por la Fiscalía General del Estado en la Consulta 2/2008 y por una línea jurisprudencial tanto a nivel de Audiencias Provinciales como del propio Tribunal Supremo español, procede analizar la oportunidad de dichos criterios, poniendo asimismo de manifiesto su definitiva recepción legislativa al amparo de la reforma del CP de 2015. Finalmente, se estudian otras medidas organizativas susceptibles de ser aplicadas tras el acaecimiento de un episodio de violencia, que incluyen el apartar al paciente/usuario agresor del profesional agredido. En la medida en que ello incide en el derecho a la libre elección de facultativo consagrado en una profusa normativa tanto estatal como autonómica, procede abordar la base legal para la adopción de dicha decisión.
- Finalmente el capítulo V trata de establecer una visión de conjunto del problema de las agresiones a profesionales sanitarios así como de las medidas de diversa índole (técnico-organizativas y jurídicas fundamentalmente) susceptibles de ser implementadas. Se articulan en este capítulo una serie de reflexiones ordenadas en función del

ámbito al que quedan referidas, tratando de subrayar algunos de los aspectos más relevantes de la investigación realizada.

En definitiva, el presente trabajo constituye un análisis integral del fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios, incorporando no solo la perspectiva clínico-asistencial del problema (prevalencia del fenómeno de las agresiones en España y en la esfera comparada, distorsiones generadas en la praxis médica a resultas del mismo, etc.) sino igualmente considerando los ajustes organizativos al objeto de lograr la erradicación (o, al menos, la reducción significativa de dichos episodios violentos) e integrando la citada realidad en la esfera jurídica con la finalidad de adaptar la respuesta legal tanto a las necesidades de protección de los profesionales sanitarios como a las garantías consagradas en nuestro modelo de estado de derecho.

## CAPÍTULO I

### LA VIOLENCIA EJERCIDA CONTRA EL PERSONAL SANITARIO EN EL ENTORNO LABORAL. CARACTERIZACIÓN DEL FENÓMENO Y ANÁLISIS SOCIOLÓGICO

#### I. INTRODUCCIÓN.

##### LA VIOLENCIA, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. EL PROFESIONAL SANITARIO ANTE LAS AGRESIONES

El presente trabajo tiene por objeto, por un lado, determinar la importancia cuanti-cualitativa del fenómeno de la violencia de formato laboral cuyas víctimas pertenecen al ámbito subjetivo de los profesionales sanitarios. Por otro lado, se pretenden establecer mecanismos técnicos de protección de los referidos profesionales, así como poner de manifiesto cuáles son las posibles alternativas ofrecidas por parte del Derecho, en forma de las oportunas sanciones (tanto de naturaleza penal como administrativa) y medidas jurídicas de tipo organizativo, con la finalidad de hacer frente a dicho fenómeno. No obstante, y con carácter previo a la materialización de dicho abordaje conceptual, consideramos oportuno desarrollar una reflexión preliminar acerca de la violencia como problema de salud pública de grandes dimensiones.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), publicó en 2003 un informe sobre la temática citada denominado «Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud»<sup>1</sup>. Este fundamental estudio,

---

1. Véase Etienne G. KRUG, Linda L. DAHLBERG, James A. MERCY, Anthony B. ZWI, Rafael LOZANO (Comité de redacción), *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Publicación científica y técnica n.º 588, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, 2003 [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet: [[http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.htm)]

que está sirviendo de base y de marco teórico para el análisis del fenómeno de violencia, responde a los planteamientos de la 49.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud celebrada en la ciudad de Ginebra en 1996<sup>2</sup>, donde se aprobó la resolución WHA49.25<sup>3</sup>. Dicha resolución reconoce (entre otros aspectos relevantes vinculados con la violencia) las consecuencias cada vez más importantes de la violencia en los servicios de salud en todo el mundo, así como su efecto perjudicial en los escasos recursos sanitarios de los países y las comunidades.

En consecuencia, partimos de un contexto general en el que la violencia constituye uno de los problemas centrales de salud pública a nivel internacional, lo que ha dado lugar a pronunciamientos expresos de organismos como la propia OMS<sup>4</sup>.

Si particularizamos el fenómeno de la violencia en relación con la exposición a la misma de los profesionales de la salud, resulta innegable que la violencia sufrida por el personal sanitario constituye una realidad de la máxima gravedad por el conjunto de efectos negativos que acarrea, tanto a los profesionales como al normal funcionamiento de los servicios de salud<sup>5</sup>.

---

2. En 1996, la 49.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia constituye un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. En esta resolución la Asamblea resaltó las graves consecuencias de la violencia, tanto a corto como a largo plazo, para los individuos, las familias, las comunidades y los países, y recaló los efectos perjudiciales de la violencia en los servicios de atención a la salud.

La Asamblea pidió a los Estados Miembros que consideraran urgentemente el problema de la violencia dentro de sus propias fronteras y solicitó al Director General de la Organización Mundial de la Salud que estableciera actividades de salud pública para abordar el problema.

Las metas del informe son aumentar la conciencia acerca del problema de la violencia en el mundo, dejar claro que la violencia puede prevenirse y que la salud pública tiene el cometido fundamental de abordar sus causas y consecuencias. Los objetivos más específicos son: describir la magnitud y las repercusiones de la violencia en el mundo; describir los factores de riesgo fundamentales de la violencia; presentar los tipos de intervención y de respuestas de política que se han puesto a prueba y resumir lo que se sabe acerca de su eficacia. Véase «Introducción», en Etienne G. KRUG, Linda L. DAHLBERG, James A. MERCY, Anthony B. ZWI, Rafael LOZANO (Comité de redacción), *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, cit., p. XXI.

3. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 49.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. WHA49.25 *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet: [[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_spa.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf)]

4. Véase Phil LEATHER, Clarie LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX, Carol BRADY, «Managing work-related violence. The way forward», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assessment and intervention*, Routledge, London-New York, 1999, p. 183.

5. Prueba de la afirmación anterior es la importancia que desde el punto de vista supranacional se ha dado a dicho fenómeno. En este sentido pueden ser consultadas las aportaciones elaboradas por la Organización Internacional del Trabajo, el Consejo Internacional de Enfermeras, la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Internacional de Servicios Públicos. Para una ampliación sobre el particular pueden ser consultados los siguientes

En definitiva, cabe afirmar que las agresiones a profesionales sanitarios en el marco del ejercicio de su profesión constituyen una problemática que exige un análisis y una toma en consideración específica ante las funestas consecuencias que implica, tanto a los individuos afectados, como al conjunto del sistema sanitario.

Dicho fenómeno, a la vista de las dimensiones que ha adquirido, ha sido objeto de un amplio tratamiento teórico, entre otros, en países como Estados Unidos, Canadá, Australia y en diferentes estados miembros de la Unión Europea.

Algunos datos preliminares, objeto de posterior profundización, nos permiten confirmar la afirmación anterior: en EEUU, los profesionales de la salud se enfrentan a un riesgo de sufrir un episodio violento 16 veces superior en comparación con trabajadores de otros sectores. En Inglaterra, un 40% del personal del Servicio Nacional de Salud manifiesta haber sufrido intimidaciones. En Australia, el 67,2% de los profesionales sanitarios afirma haber sido víctima de actos de violencia física o psicológica. Los porcentajes anteriores resultan confirmados por los datos suministrados por un estudio de campo efectuado en el año 2001 que revela estadísticas de agresiones a profesionales sanitarios (porcentaje de médicos o enfermeras que han sufrido algún acto de violencia física o psicológica) realmente preocupantes: en Bulgaria dicho porcentaje es del 75,8%, en Portugal del 60% en centros de salud y del 37% en hospitales, en Sudáfrica del 61%, en Tailandia del 54%, y, por último, en Brasil un 46,7%<sup>6</sup>.

Para teorizar el fenómeno de violencia con formato laboral (y específicamente en la esfera sanitaria) se han ido aplicando diferentes teorías tendentes a explicar y a comprender la existencia de dichas conductas violentas.

---

documentos: OIT-CIE-OMS-ISP, *Directrices marco para afrontar La Violencia Laboral en el Sector de la Salud*, Ginebra, 2002, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/workplace/es/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/es/)]; V. DI MARTINO, *Workplace violence in the Health Sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*, ILO-ICN-WHO-PSI, Ginebra, 2003 [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet: [[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf)]; Etienne G. KRUG, Linda L. DAHLBERG, James A. MERCY, Anthony B. ZWI, Rafael LOZANO (Comité de redacción), *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, cit.; D. CHAPPELL, V. DI MARTINO, *Violence at work*, 3rd Edition, ILO, Ginebra, 2006, pp. 85 y ss. (en relación con el riesgo de violencia en el trabajo en el sector salud).

6. Para una ampliación puede ser consultado el estudio V. DI MARTINO, *Workplace violence in the Health Sector. Country cases studies. Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Synthesis report*, Programa conjunto OIT-CIE-OMS-ISP sobre la violencia laboral en el sector salud, Ginebra, 2002, p. 16. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf)]

## II. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA. TIPOLOGÍA DE LA VIOLENCIA. CONCEPTO DE VIOLENCIA EN EL TRABAJO (REFERENCIA EXPRESA AL SECTOR SALUD)

Con carácter previo al desarrollo del oportuno abordaje teórico en relación con el tema objeto de estudio, parece necesario retomar las definiciones sobre las que basaremos nuestros posteriores análisis. En este sentido, siguiendo a la Organización Internacional del Trabajo/Consejo Internacional de Enfermeras/Organización Mundial de la Salud/Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud (*Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el Sector de la Salud*)<sup>7</sup>, procede poner de manifiesto que, al objeto de lograr una comprensión general común de la importancia de la violencia laboral, resulta fundamental destacar que el modo de entender dicho fenómeno y la terminología específica pueden variar de un país a otro y en atención a las distintas situaciones. Por ello, subrayan las referidas *Directrices marco* que es importante que las definiciones y términos se evalúen en relación con los mencionados contextos y se adapten en consecuencia.

Comenzaremos definiendo la violencia genéricamente considerada, siguiendo para ello la propuesta elaborada por la Organización Panamericana de la Salud-OMS, que la conceptualiza como «el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones»<sup>8</sup>.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT)<sup>9</sup> considera que violencia en el lugar de trabajo es «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 (entendiéndose por consecuencia directa, un vínculo claro con el ejercicio de la actividad profesional y se supone que dicha acción, incidente o comportamiento ocurre posteriormente, dentro de un plazo de tiempo razonable).

- La violencia interna en el lugar de trabajo es la que tiene lugar entre los trabajadores, incluidos directores y supervisores.

---

7. OIT-CIE-OMS-ISP, *Directrices marco para afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud*, cit., p. 3.

8. Véase Etienne G. KRUG, Linda L. DAHLBERG, James A. MERCY, Anthony B. ZWI, Rafael LOZANO (Comité De Redacción), *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, cit., p. 5.

9. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla (MEVSW/2003/11)*, Oficina Internacional del trabajo, Ginebra, 2003, p. 4, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed\\_protect/-protrav/-safework/documents/normativeinstrument/wcms\\_112578.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/-protrav/-safework/documents/normativeinstrument/wcms_112578.pdf)]

- La violencia externa es la que tiene lugar entre trabajadores (y directores y supervisores) y toda otra persona presente en el lugar de trabajo. Desde el punto de vista de su objeto de estudio, la presente obra se enmarca en el análisis desde distintas perspectivas (fundamentalmente fenomenológica, etiológica, implementación de medidas técnicas de evitación y determinación de las consecuencias jurídicas aplicables) de la violencia externa ejercida por pacientes, familiares o usuarios a los profesionales de la Sanidad durante el desarrollo de sus funciones (con exclusión de otras modalidades de violencia externa, como la que pueda ejercer un individuo que realiza una actividad ilegítima como un robo)<sup>10</sup>.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define la violencia en el lugar del trabajo siguiendo a WYNNE, CLARKIN, COX, GRIFFITHS<sup>11</sup> como «todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio particular y el trabajo, con la implicación de que se amenaza explícita o implícitamente su seguridad, su bienestar o salud» (definición de violencia laboral adoptada por la Comisión Europea).

Un ulterior concepto que utilizaremos en nuestro análisis es el de «incidente violento en el lugar de trabajo», específicamente referido al sector de la salud, que será entendido como «actitud que suponga una amenaza, abuso verbal o físico, comportamiento intimidatorio, ataque físico, coacción o ataque sexual que comete un paciente, familiares o acompañantes, contra un profesional de la asistencia sanitaria en el ejercicio de su profesión y que cause un daño físico o psicológico en la persona o perjudique la propiedad»<sup>12</sup>.

Las definiciones anteriores encajan con la tipología de conductas padecidas diariamente por numerosos médicos/as y enfermeros/as y generadas

---

10. Dicho ámbito de estudio coincide con el fijado por el GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, 14 de febrero de 2014, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.senado.es/web/expedientappendixblobServlet?legis=10&id1=136341&id2=1>], p. 12.

11. Véase WYNNE, R., CLARKIN, N., COX, T., GRIFFITHS, A., *Guidance on the prevention of violence at work*, Luxembourg, European Commission, DG-V, 1997, Ref. CE/V-4/97-014-EN-C. Véase asimismo, CIE (Consejo Internacional de Enfermeras), *Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo*, Ginebra, 2007, p. 4, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/internacional/cie/download/25-cie/362-18-directrices-para-hacer-frente-a-la-violencia-en-el-lugar-de-trabajo>], p. 4.

12. JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. GERENCIA REGIONAL DE SALUD (2009), *Plan Integral de Seguridad de la Gerencia Regional de Salud*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?idConten\\_t=750653&locale=es\\_ES&textOnly=false](http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?idConten_t=750653&locale=es_ES&textOnly=false)]

por ciertos pacientes y su entorno. La violencia ejercida puede tener un grado de intensidad y una gravedad objetiva variable (desde el menosprecio o los gritos, pasando por las injurias y las amenazas y llegando incluso a materializarse en lesiones o, eventualmente, en los casos más graves en la producción de un resultado de muerte del profesional sanitario implicado) y de ello dependerá su calificación legal.

Las referidas situaciones de violencia, producen efectos psicológicos que afectan directamente el desempeño profesional de los profesionales de la salud, complicando y dificultando el normal funcionamiento de los servicios sanitarios. El referido ambiente de complejidad y violencia obliga a desarrollar estrategias tendentes, por una parte, a garantizar la seguridad del personal sanitario, y además a considerar los efectos psicológicos negativos asociados a la proliferación de agresiones en el marco del trabajo sanitario, para evitar los efectos perversos asociados al desempeño en el sector de la salud.

Al hilo de lo anterior cabe poner de manifiesto que, en Holanda la *Working Environment Act* (1980) fue modificada en 1996 para incluir disposiciones destinadas a prevenir tanto las agresiones psicológicas y físicas como la violencia en el trabajo. Algo similar ocurrió en Suecia en 1993 cuando el *Swedish National Board of Occupational Safety and Health* aprobó ordenanzas bajo la *Work Environment Act* de 1977 para cubrir explícitamente la «violencia y las amenazas en el entorno laboral» y la «victimización en el trabajo»<sup>13</sup>.

Por último, el programa conjunto elaborado por OIT-CIE-OMS-ISP<sup>14</sup> sobre la violencia laboral en el sector salud, pone de manifiesto que la violencia en el trabajo ya sea física o psicológica, se ha convertido en un problema mundial que supera las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales. Este fenómeno ha adquirido tal magnitud, que por su importancia constituye una preocupación prioritaria de los países y organizaciones supranacionales. El resultado de estos esfuerzos se ha materializado en la elaboración de programas y propuestas, tendentes a conseguir instituciones de salud libres de violencia. Como evidencia el programa conjunto de la OIT-CIE-OMS-ISP cabe apreciar que la violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave contra la eficiencia y el éxito perseguido por las organizaciones sanitarias. La violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, pero de acuerdo con estudios contrastados el sector salud puede llegar a representar la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo<sup>15</sup>. Recien-

---

13. Véase Phil LEATHER, Clarie LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX, Carol BRADY, «Managing work-related violence. The way forward», *cit.*, p. 185.

14. OIT-CIE-OMS-ISP, *Directrices marco para afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud*, *cit.*, p. 1.

15. Para una ampliación sobre el particular pueden ser consultadas las siguientes obras: OIT-CIE-ISP, *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud*, *cit.*, pp. 1 y ss.; H. NORDIN, *Fakta om vaold och hot I arbetet. Sistema de información sobre las lesiones en el trabajo*, Consejo sueco de salud y seguridad en el trabajo, Solna, 1995; V. DI MARTINO, *Workplace violence in the Health Sector*:

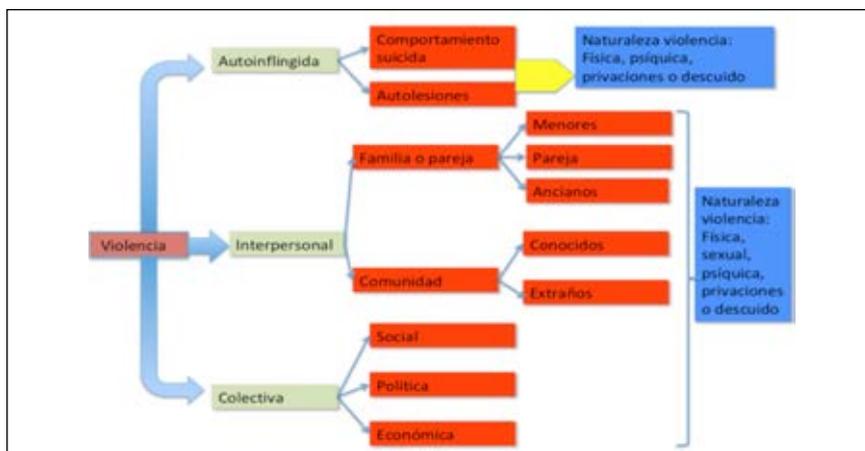
tes investigaciones confirman que la violencia laboral en el sector salud es universal, si bien puede presentar variantes locales, y que afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque el riesgo no sea igual para los hombres que para las mujeres. En conjunto se estima que puede afectar a más de la mitad de los trabajadores de salud<sup>16</sup>.

## 2.1. TIPOLOGÍA DE LA VIOLENCIA

Según el Informe de la Organización Mundial de la Salud, se pueden clasificar las conductas violentas de la siguiente forma: violencia autoinflingida, violencia interpersonal y violencia colectiva.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la violencia inflingida por otro individuo o grupo pequeño de individuos y la inflingida por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos organizados, milicias y organizaciones terroristas (tabla 1)<sup>17</sup>.

**Tabla 1.**  
Tipología de la violencia



Fuente: OMS, Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen, OMS, Washington D.C., 2002, p. 6.

*Country cases studies. Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Synthesis report*, Programa conjunto OIT-CIE-OMS-ISP sobre la violencia laboral en el sector salud, Ginebra, 2002. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf)]

16. V. DI MARTINO, *Workplace violence in the Health Sector. Country cases studies. Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Synthesis report*, cit., p. 1.

17. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen*, OMS, Washington D.C., 2002, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)], p. 6.

La presente tabla ilustra la naturaleza de los actos de violencia, que pueden ser de carácter heterogéneo; física; sexual y psíquica, integrando, asimismo, las privaciones o descuidos. En sentido vertical aparece quiénes son afectados y la manera en que lo son.

En nuestra investigación, nos centraremos en la violencia interpersonal de formato laboral específicamente en la esfera de la salud. Este tipo de violencia social afecta de forma creciente al personal sanitario. En efecto, «si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, el sector de la atención de salud corre un riesgo grave. La violencia en el sector puede ser casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo»<sup>18</sup>.

No obstante, la clasificación anterior en relación con la violencia en el trabajo no constituye, en ningún caso, la única estandarizada existente a nivel internacional. De acuerdo con la *California Occupational Safety and Health Administration* cabe suministrar una tipología de violencia en el trabajo (1995)<sup>19</sup>. Se distinguen tres tipos de violencia<sup>20</sup>:

- Tipo I: vinculado a un acto delictivo. El acto violento se produce en el curso de una actuación criminal (por ejemplo, un robo) y el autor no tiene ninguna relación legítima con el lugar de trabajo.
- Tipo II: producida por un usuario o cliente. El autor de la violencia es un usuario o cliente del centro/lugar de trabajo (por ejemplo, un paciente de un centro de salud) y deviene violento en el curso de una prestación llevada a cabo por el trabajador.

---

18. H. NORDIN, *Fakta om vaold och hot I arbetet, Sistema de información sobres las lesiones en el trabajo*, Consejo sueco de salud y seguridad en el trabajo, citado por OIT-CIE-ISP, *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud*, cit., p. 1.

19. Véase CALIFORNIA OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY, *Cal-OSHA Guidelines for Workplace Security*, State of California-Department of Industrial Relations, 1995 [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh%5Fpublications/worksecurity.html>] citado por Phil LEATHER, Diane BEALE, Claire LAWRENDE, Carol BRADY, Tom COX, «Violence and work. Introduction and overview», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENDE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assesment and intervention*, cit., p. 4.

20. En una línea argumental similar se orienta la clasificación de la violencia en el trabajo suministrada por el Centro de Investigación para la Prevención de Lesiones de la Universidad de Iowa (*University of Iowa Injury Prevention Research Center*) que habla de cuatro categorías: tipo I (Tentativa de carácter criminal, en la que la violencia es el resultado de una actividad delictiva y el autor no tiene una relación legítima con el medio de trabajo); tipo II (Proveniente de un cliente o de una persona a la que se suministra una prestación o servicio en el medio de trabajo en el que se produce el acto violento); tipo III (De trabajador contra otro trabajador) y tipo IV (Violencia mediante una relación personal con el empleado que sufre el acto violencia). Véase Kathleen M. MCPHAUL, Hane A. LIPSCOMB, «Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated», *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 9, 2004, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/ViolenceinHealthCare.aspx%23Lipscomb%23Lipscomb>]

- Tipo III: el agente tiene una relación con el lugar de trabajo afectado vinculada con el empleo. De ordinario ello implica un ataque por parte de un trabajador (actual o pasado) contra otro trabajador, supervisor o director/gerente, un ataque por parte de un familiar o amigo, o de un/a esposo/a o pareja actual o pasado/a, o de cualquier otra persona que tenga una disputa con el trabajador afectado.

Nuestro estudio relativo a las agresiones a los profesionales sanitarios se ubica en el tipo II de violencia en el marco de la clasificación de la *California Occupational Safety and Health Administration*.

### III. LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO EJERCIDA CONTRA EL PERSONAL SANITARIO

Como venimos afirmando, la violencia en el trabajo en el sector salud constituye un fenómeno de alcance universal y por su frecuencia puede llegar a ser considerada como una auténtica epidemia que produce efectos indeseados, tanto a los trabajadores de la salud (víctimas de las agresiones), como a los propios sistemas sanitarios, que se ven lastrados como consecuencia de un mal ambiente de trabajo que condiciona negativamente al servicio de salud.

Investigaciones internacionales (en el marco de un programa conjunto) realizadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP), muestran que más de la mitad del personal encuestado del sector de salud había experimentado al menos un incidente de violencia física o psicológica en el año anterior al estudio<sup>21</sup>.

En muchos países, dicho programa conjunto OIT-CIE-OMS-ISP fue la primera ocasión para evaluar la prevalencia y la naturaleza de la violencia en el trabajo en el sector de salud. Los resultados mostraron que el número de incidentes era elevadísimo y que se necesitan urgentemente intervenciones y medidas preventivas. Así, por ejemplo, en Estados Unidos 106 trabajadores del sector salud fueron víctimas de homicidios relacionados con el lugar de trabajo entre 1980 y 1990. Si bien gran parte de la literatura especializada analiza la situación casi de manera exclusiva en relación con hospitales psiquiátricos, un amplio abanico de profesionales de la salud se encuentra en

---

21. V. DI MARTINO, *Workplace violence in the Health Sector. Country cases studies. Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Synthesis report*, cit., p. 1.

grave riesgo de agresión. Las principales conclusiones de investigaciones realizadas en EEUU en relación con la violencia en el sector salud fueron las siguientes: 1) la violencia en el lugar de trabajo es universal, si bien pueden variar las características locales. 2) El sector público es especialmente vulnerable a la violencia, con más incidentes relacionados con crímenes. 3) La violencia psicológica tiene mayor magnitud que la violencia física. 4) Los pacientes son los principales causantes de violencia física, mientras que los compañeros o los supervisores son los principales causantes de violencia psicológica. 5) Afecta tanto a hombres y mujeres (excepto en el caso del acoso sexual) pero es mucho mayor el número de mujeres que son víctimas. 6) Hay una relación entre el estrés que genera violencia y la violencia que genera estrés. 7) En la mayoría de los países y lugares de trabajo falta una política general para aplicarla a los problemas de violencia en el lugar de trabajo. 8) El modo de tratamiento de las víctimas es deficiente o falta por completo<sup>22</sup>.

Las Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud (OIT-CIE-OMS-ISP, 2002) ponen de manifiesto las graves consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo en la esfera de los servicios de salud: reducción de la calidad de los cuidados dispensados, deterioro del entorno laboral, consecuencias destructoras de la salud del personal, abandono de la profesión, efectos negativos en la contratación para las profesiones de salud, aumento de los costos de salud (del 0,5 al 3,5% del PIB), continuación de comportamientos sociales inaceptables<sup>23</sup>. Sobre la base de los datos de la investigación, se han elaborado las mencionadas directrices para reducir el riesgo y las consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo. El planteamiento es preventivo, participativo, sensible a la cultura y a los géneros, no discriminatorio, y sistemático.

Diversos profesionales que han analizado el creciente fenómeno de las agresiones a los profesionales sanitarios han tratado de determinar la etiología de los referidos actos violentos y la causa de la proliferación de dichos episodios. De esta forma, una de las posibles razones de la situación actual quizás pueda encontrarse en los cambios radicales experimentados por la relación clínica en las últimas décadas, lo que motiva que los actores prota-

---

22. OIT-CIE-OMS-ISP, *Directrices marco para afrontar La Violencia Laboral en el Sector de la Salud*, Ginebra, 2002, p. 1. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/SEWViolenceguidelineSP.pdf>]; V. DI MARTINO, *Workplace violence in the Health Sector*, ILO-ICN-WHO-PSI, Ginebra, 2003 [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet:[[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf)]

23. OIT-CIE-OMS-ISP, *Directrices marco para afrontar La Violencia Laboral en el Sector de la Salud*, Ginebra, 2002, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/SEWViolenceguidelineSP.pdf>]

gonistas de estos cambios (médicos, pacientes y organizaciones sanitarias) no hayan encontrado aún la forma de adaptarse<sup>24</sup>.

MARTÍNEZ LEÓN<sup>25</sup> trata de sistematizar la etiología del incremento de agresiones a profesionales sanitarios. Entre los argumentos manejados por la citada autora se encuentran la pérdida del respeto histórico por el médico, pasando el mismo de ser un profesional cuya opinión era estimada, incluido fuera del ámbito estrictamente médico, a ser considerada la relación médico-paciente el objeto de una obligación pagada. Otro factor coadyuvante sería igualmente la progresiva desestructuración de las sociedades occidentales que son cada vez más competitivas e individualistas.

#### IV. LA VIOLENCIA EJERCIDA CONTRA LOS PROFESIONALES SANITARIOS: PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA

En mi opinión, y siguiendo en este punto estudios desarrollados por expertos franceses sobre el particular<sup>26</sup>, la base teórica más idónea para abordar el fenómeno de las agresiones en el sector salud es la suministrada por la teoría del reconocimiento formulada por el filósofo alemán Axel HONNETH<sup>27</sup>. En este sentido, se pone de manifiesto que la lucha por el reconocimiento constituye «un nuevo fenómeno social total»<sup>28</sup>.

CAILLE siguiendo a la filósofa y socióloga Nancy FRASER destaca que las luchas políticas propiamente modernas que, durante más de dos siglos eran luchas de redistribución, se han convertido prioritariamente en luchas de reconocimiento<sup>29</sup>. El propio CAILLE<sup>30</sup> sistematiza la teoría del reconociemien-

---

24. En este sentido se pronuncia Beatriz OGANO (Secretaria de Salud Laboral de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos) en entrevista concedida al diario «El País», véase Carolina GARCÍA, «Agresiones a médicos», *Elpais.com*, 28/03/2011, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/03/28/actualidad/1301263206\\_850215.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/03/28/actualidad/1301263206_850215.html)]

25. Véase Mercedes MARTÍNEZ DE LEÓN, «The emerging risk that constitute aggressions and violence that physicians suffer performing their profession: the case of Spain», *Revista Bioética*, 2010, 18 (2), pp. 263 y ss., [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/563/571](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/563/571)]

26. Véase René DUCLOS et al., *La violence envers les personnels hospitaliers au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse*, informe inédito, Toulouse, Octubre 2008.

27. Como obra de referencia en esta esfera, véase Axel HONNETH, *La lucha por el reconocimiento*, Crítica, Barcelona, 1997.

28. Véase René DUCLOS et al., *La violence envers les personnels hospitaliers au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse*, cit., p. 10.

29. Véase Alain CAILLE, «Introduction», en Alain CAILLE (Dir.), *La quête de reconnaissance*, Éditions La Découverte, Paris, 2007, p. 5.

30. *Ibidem*, p. 10.

to de HONNETH estableciendo las 3 esferas en las que se materializa el mencionado reconocimiento:

- a) lo que HONNETH llama amor (y que CAILLE denominaría «socialización primaria») en la que el sujeto busca el amor, el afecto que es la condición de la confianza en uno mismo;
- b) en la esfera pública del derecho y de la política aspiramos a un igual reconocimiento que constituye la condición del respeto;
- c) en la esfera de la cooperación social (que CAILLE prefiere denominar «división del trabajo») buscamos la estima que consideramos merecer a la vista de nuestra contribución productiva y nuestra eficacia.

Asimismo, y siguiendo a HONNETH cabría afirmar que la búsqueda de reconocimiento supone un principio activo que persigue que se reconozca la actividad profesional que realizan las personas individuales, particularmente el valor del trabajo que efectúan así como sus méritos y cualidades. De acuerdo con lo anterior, la lucha por el reconocimiento se genera por sí misma y engloba el conjunto de actitudes de las personas derivadas tanto de la esfera del derecho como de las identidades profesionales.

Según HONNETH el reconocimiento pone en juego la definición de los actores sociales, su solidez frente a las patologías sociales. Como destaca Alain CAILLE es a la vez un abismo y una experiencia emocional homogénea y afecta tanto al reconocimiento del status como de las necesidades de los individuos.

Un discurso particularmente relevante en relación con la importancia del reconocimiento para el sujeto, estableciendo una correlación entre el mismo y el trabajo es el que establece en Francia DEJOURS<sup>31</sup>. De acuerdo con dicho autor el reconocimiento no constituiría una mera reivindicación marginal de los que trabajan sino que se erige en un factor decisivo en la dinámica de movilización subjetiva de la inteligencia y de la personalidad en el trabajo<sup>32</sup>.

---

31. Véase Christophe DEJOURS, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Éditions du Seuil, Paris, 1998, pp. 36 y ss.

32. Para DEJOURS antes de constituir un motivo, antes de tomar cuerpo en una reivindicación colectiva, el reconocimiento es antes que nada una expectativa, expectativa connotada afectivamente como insatisfacción, incluso como sufrimiento. Es decir, que al inicio de la dinámica del reconocimiento hay que admitir que existe un sujeto que sufre y que espera el reconocimiento y lo exige de terceros. Véase Christophe DEJOURS, «Psychoanalyse et psychodynamique du travail: ambiguïtés de la reconnaissance», en Alain CAILLE (Dir.), *La quête de reconnaissance*, cit., pp. 59 y ss.

DEJOURS<sup>33</sup> apunta que el reconocimiento juega un rol fundamental en relación con el sufrimiento en el trabajo y con respecto a la posibilidad de transformar el sufrimiento en placer. En este sentido, de acuerdo con la concepción citada, del reconocimiento depende el sentido del sufrimiento, pues cuando la calidad de mi trabajo resulta reconocida lo son también mis esfuerzos, mis angustias, mis dudas, etc. Visto desde ese prisma el reconocimiento se inscribiría en la dinámica de la autorrealización, el reconocimiento en el trabajo constituye un factor clave en la construcción de la identidad personal. Incluso esa falta de reconocimiento en el trabajo puede tener consecuencias patológicas pues es generadora de fuerte sufrimiento personal con la consiguiente desestructuración de la personalidad que ello implica y el riesgo manifiesto de que se generen enfermedades mentales<sup>34</sup>.

En el marco del estudio producido en Toulouse (Francia) en relación con la violencia frente al personal hospitalario en el hospital universitario de dicha ciudad se destaca cómo los debates llevados a cabo ante el Comité de Ética pusieron de manifiesto que las agresiones y las violencias sufridas por los agentes eran de naturaleza tal como para afectar a su sentimiento de reconocimiento. En esta óptica las agresiones constituirían fuente de sufrimiento y generarían un profundo sentimiento de injusticia<sup>35</sup>.

A partir de este marco teórico se destaca que resulta imperativo para el conjunto de los empleadores evitar las consecuencias de una eventual falta de reconocimiento e intentar remediarla a través de acciones y medidas adoptadas. Estas deberían ser a la vez una muestra de eficiencia y de disponibilidad hacia el personal, encontrándose el derecho y la ética en este caso totalmente vinculadas en lo que concierne al contenido de las respuestas a aportar<sup>36</sup>.

El informe elaborado en el hospital universitario de Toulouse<sup>37</sup> (Francia) destaca, por otro lado, que los agentes y particularmente los profesionales de la salud esperan de la institución un verdadero apoyo moral que va más allá de la sola gestión jurídica de la agresividad de los pacientes. Se ha puesto de manifiesto una necesidad de reconocimiento individual: algunos agentes sanitarios han destacado el tratamiento diferencial del que han sido objeto en caso de agresión física, y ello si tomamos como referencia el apoyo

---

33. Véase Christophe DEJOURS, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, cit., p. 37.

34. DEJOURS pone de manifiesto que esta dimensión psicopatológica del trabajo resulta masivamente infraestimada en los análisis sociológicos y políticos, lo cual implica importantes consecuencias teóricas. Véase Christophe DEJOURS, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, cit., pp. 37 y ss.

35. Véase René DUCLOS et al., *La violence envers les personnels hospitaliers au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse*, cit., p. 11.

36. *Ibidem*, p. 11.

37. *Ibidem*, pp. 32 y ss.

con el que cuentan otros agentes públicos, víctimas de agresión en el ejercicio de su función (policías, por ejemplo). En este contexto, el referido informe francés destaca que los profesionales sanitarios evidencian una falta de reconocimiento de las dificultades a las cuales se encuentran sometidos en sus relaciones con los pacientes, así como el deseo de una mayor implicación de la institución como expresión de una demanda individual de reconocimiento frente a un sentimiento de inseguridad que tiende a incrementarse. Ante todo, en primera línea de las demandas de los profesionales se encuentra la reivindicación de un verdadero derecho a la dignidad que combine la estima social y la estima personal y que se materializa para los sanitarios en el deseo de una vida profesional plena que en ningún caso se fragilice por afecciones a la integridad física y social.

Partiendo de la concepción de HONNETH cabe afirmar que la violencia implica una forma de reificación del personal sanitario, es decir, implica tratarlo como a una cosa, como a un mero objeto, como a un ser despojado de cualidades y capacidades humanas características. La violencia conduce a una denegación de reconocimiento ya que la persona no es reconocida según la moral inter-subjetiva de las relaciones recíprocas. En este contexto se produce la emergencia de una ideología de la desinstitucionalización y la aparición de una multitud de síntomas de vida interior, un sentimiento de inutilidad y de desapego<sup>38</sup>.

---

38 Así lo pone de manifiesto Axel HONNETH citado por René DUCLOS et al., *La violence envers les personnels hospitaliers au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse*, cit., p. 60.

## CAPÍTULO II

### ESTUDIOS CUANTITATIVOS EN RELACIÓN CON LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS

#### I. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

A nivel internacional diferentes estudios<sup>39</sup> ponen de manifiesto que las mayores tasas de agresión a profesionales sanitarios se producen en centros psiquiátricos, así como al personal de departamentos de urgencias-emergencias. No obstante, se puede observar la concurrencia de incidentes en todos los sectores del mundo de la salud, incluyendo centros pediátricos y personal de ambulancias. Por otro lado, se detecta un incremento relativo de la violencia en el sector de la salud en los distintos países.

#### II. ANÁLISIS COMPARADO

##### 2.1. EUROPA

##### 2.1.1. Alemania

FRANZ, ZEH, SCHABLON, KUHNERT, NIENHAUS<sup>40</sup> han llevado a cabo un estudio de campo basado en encuestas a personal de enfermería y trabajadores sanitarios de 4 instituciones de Westfalia en relación con su experiencia de violencia en los últimos 12 meses, empleando un instrumento estan-

---

39. Por todos, véase el trabajo de referencia de Carol BRADY, Rosie DICKSON, «Violence in health care settings», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assesment and intervention*, cit., p. 166.

40. Véase Simone FRANZ, Annett ZEH, Anja SCHABLON, Saskia KUHNERT, Albert NIENHAUS, «Aggression and violence against health care workers in Germany –a cross sectional retrospective survey», *BMC Health Services Research*, 2010, 10, pp. 51 y ss., [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/51>]

darizado de encuesta. Se trata del primer estudio desarrollado en Alemania acerca de la violencia y la agresión en diferentes centros sanitarios.

A nivel de centros, el trabajo destaca que aquellos profesionales encargados del cuidado de ancianos y de pacientes con problemas mentales se encuentran especialmente expuestos a las agresiones.

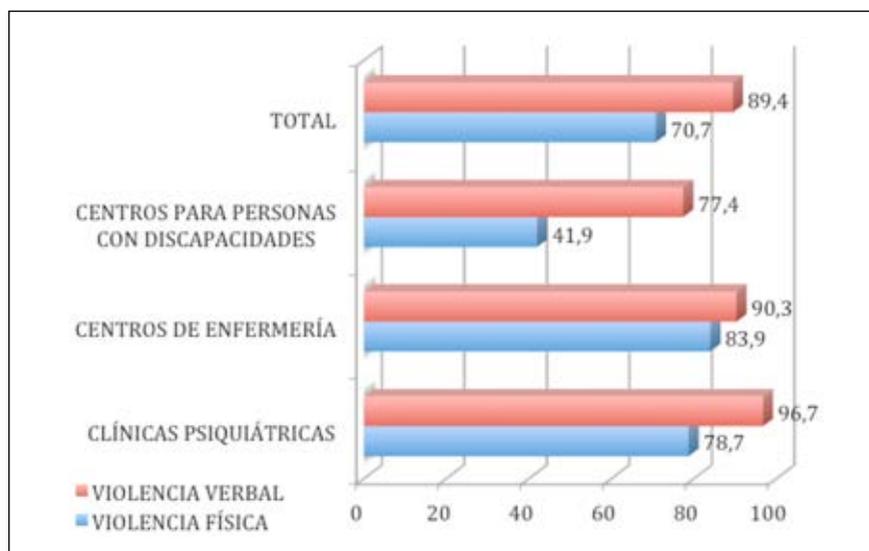
La encuesta registró importantes niveles de agresión física y verbal en el periodo referido (12 meses), observándose que el personal de enfermería se encuentra frecuentemente expuesto a las agresiones físicas (78,3% afirmaron ser víctimas de violencia física en el último año). Prácticamente 2/3 de los participantes experimentaron tanto violencia verbal como física en el periodo referido y únicamente un 5,7% de los participantes no se encontraba afecto por los incidentes.

Incluso, los datos del estudio ponen de manifiesto una ulterior realidad aún más preocupante, dada la prevalencia de las referidas agresiones; un 44,8% de los participantes experimentaron violencia física al menos cada mes, y el 82,9% violencia verbal como mínimo mensualmente. El 52% de los encuestados sufrió agresiones verbales o físicas al menos mensualmente.

En relación con la notificación de los incidentes, únicamente un 60,3% de los profesionales encuestados notificó los episodios agresivos con pacientes.

**Tabla 2.**

Frecuencia de la conducta agresiva. Fracción de empleados que sufrieron conductas agresivas físicas o verbales en los últimos 12 meses (Alemania).



**Fuente:** FRANZ et al., «Aggression and violence against health care workers in Germany –a cross sectional retrospective survey», BMC Health Services Research, 2010, 10, pp. 51 y ss.

### 2.1.2. Grecia

En el país heleno STATHOPOULOU (Hospital General del Pireo, Atenas)<sup>41</sup> realizó un estudio acerca de la violencia y la agresión hacia los profesionales sanitarios, destacando fundamentalmente aquellos aspectos favorecedores de la producción de un incidente violento.

El referido autor parte del carácter transnacional del fenómeno de la violencia frente a los profesionales sanitarios. No obstante, destaca que las condiciones del entorno en el que se suministra la atención convierte a los profesionales de la salud en personas especialmente vulnerables a las agresiones. Como factores particularmente coadyuvantes a la conducta violenta frente a médicos y enfermeras se destacan los siguientes:

- Abuso de alcohol o uso de drogas ilícitas.
- Largas horas de espera.
- Actitud irritante o inapropiada del staff.
- Altos grados de estrés en los pacientes y sus familiares.
- Sospecha de que se ha vulnerado el orden de prioridad en la atención.
- Falta de información acerca del tiempo de espera estimado.
- Diferencias de lenguaje y cultura que pueden dar lugar a incomprensiones entre el staff, los pacientes y sus familiares.

Por otro lado, el referido trabajo destaca que los profesionales sanitarios que se encuentran ante un mayor riesgo de resultar víctimas de violencia y agresión incluyen:

- Enfermeros/as y asistentes de enfermería que se encuentran sometidas a mayor nivel de riesgo que los propios facultativos.
- Trabajadores de ambulancias.
- Estudiantes de enfermería.
- Trabajadores de seguridad del hospital.
- Miembros de minorías étnicas<sup>42</sup>.

Finalmente, el trabajo además de formular las oportunas recomendaciones con el fin de minimizar la violencia en el entorno sanitario formulando para ello las oportunas recomendaciones (tanto a los profesionales que

---

41. H. G. STATHOPOULOU, «Violence and aggression towards health care professionals», *Health Science Journal*, Volume 1, Issue 2, 2003, pp. 1 y ss., [en línea], [última consulta el 30 de mayo de 2013], disponible en internet: [[http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02\\_rev03.pdf](http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02_rev03.pdf)]

42. *Ibidem*, p. 2.

puedan verse confrontados con un episodio de agresión como a nivel organizacional en los propios centros sanitarios e institucional –tratando de lograr una formación de los profesionales para que puedan hacer frente a posibles episodios violentos)– termina poniendo de manifiesto que los profesionales de la salud sufren como consecuencia de la tolerancia social a la violencia y la percepción de que la propia práctica sanitaria requiere la aceptación de la agresión. Por otro lado, la dimensión real de las agresiones a profesionales sanitarios resulta desconocida para el propio sistema, dadas las altas tasas de infranotificación en este sector, como consecuencia de la falta de apoyo de las Administraciones, del miedo a ser estigmatizado o de que se perciba que la agresión sufrida por el profesional es indicativa de su bajo nivel técnico o de su conducta negligente.

### 2.1.3. Reino Unido

En el Reino Unido la Unidad de Estudios sobre Políticas de Salud y Economía de la Asociación Médica británica (*British Medical Association's Health Policy & Economic Research Unit*) elaboró un trabajo bajo la denominación «Violence in the workplace: the experience of doctors in Great Britain»<sup>43</sup>. Los datos obtenidos derivan de una encuesta a la que respondieron 591 médicos en Inglaterra, Escocia y Gales entre Octubre y Noviembre de 2007.

Por un lado, el trabajo ponía de manifiesto que la tercera parte de los/as médicos/as habían sufrido violencia física o verbal en el último año. En concreto, entre los resultados del estudio cabría destacar los siguientes:

- El 50% de los/as médicos/as identificaban la violencia en el lugar de trabajo como un problema.
- Más de la mitad presenciaron actos de violencia contra otro miembro del staff, tales como enfermeros/as o recepcionistas.
- Las médicas mujeres tienen mayor probabilidad de experimentar violencia en el lugar de trabajo (37% frente al 27% de los varones).
- Los/as médicos/as más jóvenes también tienen mayor riesgo de sufrir violencia.
- Casi dos tercios de los/as psiquiatras consideraron la violencia en el trabajo como un problema, comparado con una quinta parte de los cirujanos.
- Muchos/as médicos/as no han recibido ninguna formación para hacer frente a incidentes violentos.

---

43. Véase BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. HEALTH POLICY & ECONOMIC RESEARCH UNIT, *Violence in the workplace: the experience of doctors in Great Britain*, British Medical Association, London, 2008.

#### 2.1.4. Francia

En Francia el problema de la violencia contra los profesionales sanitarios ha adquirido plena actualidad pública y mediática. Los diversos medios de comunicación escritos de dicho país (*L'express*<sup>44</sup>, *Figaro*<sup>45</sup>, etc.) se han hecho eco de dicha situación. De esta manera, ante el aumento de las agresiones en el sector de la salud, se ha incrementado la presión de la profesión para que se adopten las oportunas acciones correctivas.

Dado el contexto mencionado se han implementado importantes medidas desde el punto de vista institucional, y en concreto, se ha procedido a la creación del Observatorio para la Seguridad de los Médicos<sup>46</sup>. Las razones para la creación del observatorio citado son las siguientes:

- Responder a las cuestiones de los médicos que sufren un sentimiento de inseguridad.
- Facilitar los procedimientos cuando los profesionales sanitarios han sido agredidos.
- Prevenir dichas agresiones.
- Asegurar un seguimiento de las situaciones de inseguridad a las cuales se encuentran expuestos los/as médicos/as en su ejercicio profesional.

En este sentido, se ha puesto a disposición de los profesionales una ficha de señalamiento, documento que permite a los/as médicos/as víctimas de agresiones transmitir la información a su Consejo Departamental. De esta manera el/la médico/a agredido/a puede recibir, si así lo desea, el apoyo de la institución de referencia y todo ello permite al Consejo de Orden conocer de manera más precisa la naturaleza de los sucesos a nivel local, analizar los problemas a los que tienen que hacer frente los practicantes y estudiar las posibles respuestas.

---

44. «Violence contre les médecins: emoi grandissant et mesures attendues», en *L'express.fr*, 4 de marzo 2011, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.lexpress.fr/actualites/1/societe/violence-contre-les-medecins-emoi-grandissant-et-mesures-attendues\\_968703.html](http://www.lexpress.fr/actualites/1/societe/violence-contre-les-medecins-emoi-grandissant-et-mesures-attendues_968703.html)]

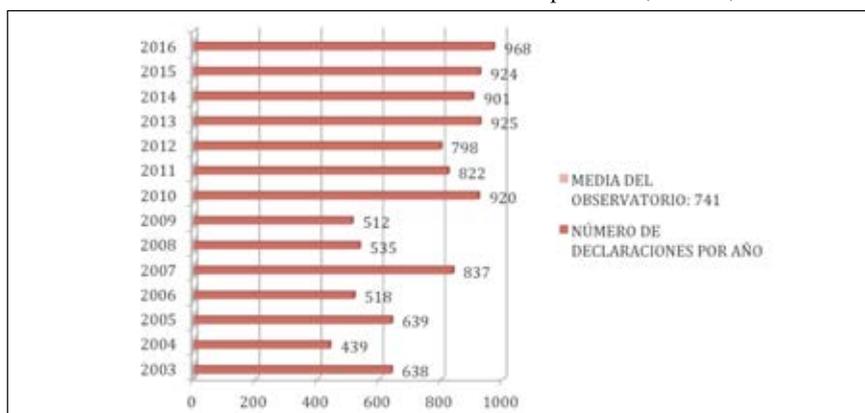
45. «Les violences contre les médecins se multiplient», en *Figaro Digital*, 17 de abril de 2008, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.lefigaro.fr/actualites/2008/04/18/01001-20080418ARTFIG00111-les-violences-contreles-medecins-se-multiplient.php?page=&pagination=6>]

46. ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS, «L'observatoire pour la sécurité des médecins», 14/10/2002 (mise à jour, marzo 2017), [en línea], [última consulta el 22 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>]

En Francia se ha elaborado una guía práctica para la seguridad de los profesionales de la salud (noviembre 2011)<sup>47</sup>, en la que han intervenido el Consejo Nacional del Orden de los Médicos, el Consejo Nacional del Orden de los Dentistas-Cirujanos, el Consejo Nacional del Orden de las Comadronas, el Consejo Nacional del Orden de los Farmacéuticos, el Consejo Nacional del Orden de los Enfermeros, El Consejo Nacional del Orden de los Masajistas y el Consejo Nacional del Orden de los Podólogos y que ha sido editado por el Ministerio del Interior, de Ultramar, de las Colectividades Territoriales y de la Inmigración. En dicho documento se establecen medidas de seguridad tanto para las situaciones de ejercicio profesional en la consulta particular, como en los desplazamientos y en el domicilio del paciente. Asimismo, se recomienda el comportamiento adecuado en caso de agresión y las medidas judiciales a adoptar de consumarse aquella.

El Observatorio para la Seguridad de los Médicos ha presentado estudios de prevalencia de agresiones a profesionales sanitarios desde el año 2003. Los datos suministrados para el año 2016, con un estudio comparativo de prevalencias en relación con los años anteriores son absolutamente reveladores de la incidencia del fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios en Francia.

**Tabla 3.**  
Número de declaraciones de incidentes por año (Francia)<sup>48</sup>.



**Fuente:** F. VACAS-CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. *Observatoire pour la sécurité des Médecins (Fiches 2016)*.

47. ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS, CONSEIL DE L'ORDRE, *Guide Pratique pour la sécurité des professionnels de santé*, Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer, des Collectivités Territoriales et de L'immigration, 2011, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>]

48. F. VACAS, OBSERVATOIRE POUR LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS, *Recensement National des incidents par la section EP du CNOM. Fiches 2016*, Ordre National des Médecins-Conseil de L'Ordre, 2017, [en línea], [última consulta el 22 de junio de 2017], disponible en internet: [[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_medecins\\_2016\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2016_0.pdf)]

En cuanto al número de notificaciones, el año 2016 ha supuesto la consolidación de una tendencia ciertamente alarmante relacionada con el crecimiento de los incidentes reportados. De hecho, desde el año 2010 se ha superado en todos los ejercicios la media de incidentes notificados del período 2003-2016 y que es de 741. No obstante, desde el año 2013 se ha pasado anualmente de la cifra de 900 incidentes reportados por año, llegando al máximo de toda la serie histórica en el ejercicio 2016 (968). Por otro lado, y dado que la infranotificación en estas esferas resulta tan importante, ello nos impide contextualizar adecuadamente datos como los suministrados por el Observatorio para la Seguridad de los Médicos de Francia. El incremento en el número de incidentes notificados desde el año 2010 se debe, probablemente, a una mayor concienciación entre el colectivo médico acerca de la importancia de notificar como mecanismo para hacer aflorar esta preocupante realidad, evitando así que la tolerancia fáctica hacia los incidentes agresivos menores facilite la materialización de agresiones de mayor entidad (físicas productoras de lesiones graves o incluso tentativas de homicidio u homicidios consumados en los supuestos más graves).

A nivel de distribución estadística de las agresiones por sexos en el año 2016 el 54% eran hombres y el 46% mujeres frente a una distribución de 54% hombres, 45% mujeres y 1% de datos no disponibles en 2015. En todo caso hay que tomar en consideración que la población de referencia presenta una estructura del 54% de hombres y del 46% de mujeres, por lo tanto, idéntica en este punto a la distribución de las agresiones.

Un dato relevante viene constituido por el perfil del agresor: de acuerdo con los datos suministrados por el Observatorio francés para la seguridad de los médicos en el año 2016 en el 51% de los casos de agresiones notificadas el autor era el propio paciente, en el 15% de los casos un acompañante, en el 12% de los casos un tercero distinto a los anteriores, con un 26% de casos en los que no se dispone de dicho dato (así, en el año 2015 las cifras en relación con este aspecto eran de un 51% de los casos en los que el agresor era el paciente, un 15% en los que era un acompañante, un 15% un tercero, con un 23% de datos no disponibles)<sup>49</sup>. Estos datos resultan bastante consistentes con los apreciados en la serie histórica francesa y los disponibles en otros estados de nuestro entorno y nos permiten centrar el foco de los comportamientos agresivos en un porcentaje muy relevante de casos en los pacientes y su entorno próximo. Por otro lado, en el año 2016 en un 2% de las agresiones se había empleado un arma (idéntico porcentaje al de 2015) lo cual se vincula a ataques especialmente graves por la entidad del medio utilizado para la comisión del hecho.

Un aspecto realmente importante a efecto de análisis del fenómeno de las agresiones a los profesionales sanitarios viene constituido por la naturaleza del incidente, diferenciándose en este punto fundamentalmente entre

---

49. Totales superiores al 100% al existir la posibilidad de múltiples respuestas.

los episodios de violencia física y los de agresiones verbales en los que se integran amenazas, insultos, menosprecio, etc. El estudio elaborado por el Observatorio francés para la seguridad de los médicos incluye en este punto categorías que, a efectos de nuestro estudio, no ostentan una gran relevancia tales como robos consumados o tentados o actos de vandalismo. Prescindiremos de analizar ambas variables pues, aunque se trata de actos de carácter delictivo, no se dirigen contra el profesional sanitario por razón del ejercicio de su actividad, sino que constituyen eventualidades que se pueden dar en cualquier contexto profesional (comercio, banca, etc.). Por el contrario si analizamos los datos en relación con las agresiones verbales y las amenazas, por un lado, frente a las agresiones físicas, obtendremos variables de gran relevancia a efectos de nuestro estudio. De esta forma, y para centrarnos en las cifras de los últimos ejercicios únicamente, en los años 2014, 2015 y 2016 la tasa de agresiones verbales y amenazas se situó en un 65%, 69% y 61% respectivamente, frente a un 10%, 8% y 10% respectivo de las agresiones físicas<sup>50</sup>. Los datos anteriores resultan consistentes con la tendencia comparada y con los que manejamos en España, por lo que pueden servir de referente válido para el desarrollo de recomendaciones en nuestro contexto cultural.

Un aspecto que merece ser puesto de manifiesto por su importancia a efectos de nuestro estudio es la categorización del motivo del incidente en el estudio del Observatorio francés para la seguridad de los médicos. De acuerdo con el mismo y en relación con las cifras del año 2016 (cifras que no han variado de manera radical a lo largo de los últimos años) en un 31% la razón de la agresión se asoció a discrepancia con la asistencia médica (frente a un 33% en 2015), en un 17% los motivos se vincularon a un rechazo de la prescripción deseada por el paciente o denegación de una baja laboral (16% en 2015) y en un 10% de los casos un tiempo de espera juzgado excesivo (9% en 2015).

El estudio desarrollado en Francia por el Observatorio para la Seguridad de los Médicos ha puesto de manifiesto igualmente otros datos importantes a efectos de la adopción de medidas de evitación de estos incidentes, tales como lugar del incidente, gravedad de la agresión (medida en función de la concurrencia o no de baja laboral posterior en el profesional afectado), o presentación de quejas o denuncias a resultados del incidente. En relación con el lugar del incidente y de manera coherente con la estructura de distribución poblacional francesa en los últimos años un porcentaje en torno

---

50. Procede aclarar respecto de dichos datos dos aspectos: por un lado, que se incluyen otras dos categorías a la hora de caracterizar la tipología del incidente como son los robos consumados y tentados, por un lado, y los actos de vandalismo, por otro, y que se admitían como respuesta a este ítem varias respuestas posibles, dando lugar a un total superior al 100%. F. VACAS, OBSERVATOIRE POUR LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS, *Recensement National des incidents par la section EP du CNOM. Fiches 2016*, Ordre National des Médecins-Conseil de L'Ordre, 2017, [en línea], [última consulta el 22 de junio de 2017], disponible en internet: [[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_medecins\\_2016\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2016_0.pdf)]

al 50% de las agresiones se produce en medio urbano y en los centros de las ciudades (48% en 2016, 54% en 2015 y 57% en 2014) mientras aproximadamente una cuarta/quinta parte de las mismas concurren en medio urbano pero en la periferia de las ciudades –*banlieue*– (22% en 2016, 21% en 2015 y 22% en 2014), quedando en torno a un 15% en porcentaje relativamente estable en toda la serie histórica para las agresiones en medio rural.

En lo relativo a la gravedad de la agresión desde el año 2011 hasta la actualidad en un 7-8% de los casos el incidente ha ocasionado una interrupción de la actividad laboral (8% entre 2011 y 2014 y 7% en 2015 y 2016), dato lógicamente asociado a las agresiones de mayor entidad productoras de secuelas físicas y/o psíquicas relevantes.

Finalmente, en lo relativo a la notificación del incidente podemos señalar que en 2016 (datos relativamente similares a los existentes en toda la serie histórica desde 2003) un 32% de los profesionales sanitarios agredidos presentaron una queja, un 12% presentaron *main courante* (notificación) mientras que en un 56% de los casos o no se presentó ninguna notificación o no se respondió a este ítem. Queda claro con base en lo anterior el enorme porcentaje de infranotificación que se produce en relación con el fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios.

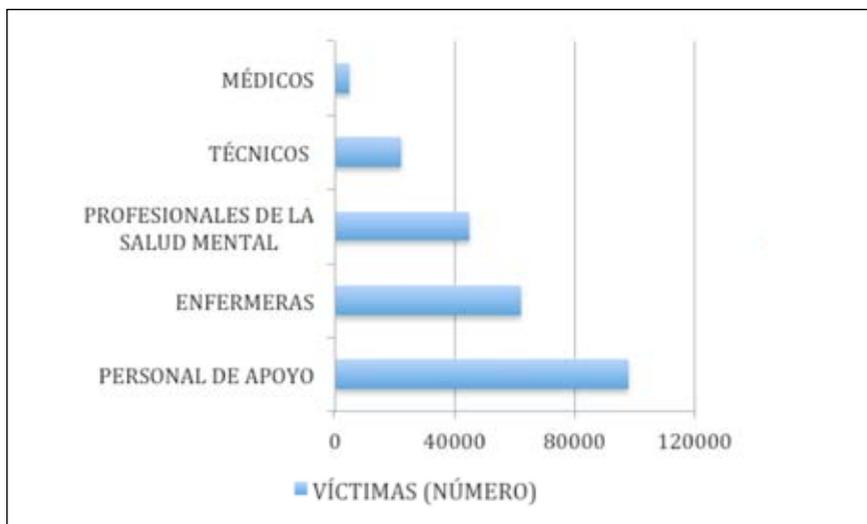
## 2.2. ESTADOS UNIDOS

El problema de la violencia frente a los profesionales sanitarios ha sido constatado desde antiguo en los Estados Unidos. En este sentido, distintos autores destacan particularmente cómo hasta los años 70 del siglo pasado la violencia contra los proveedores de atención sanitaria resultaba escasa o no registrada, mientras que a partir de los años 80 (fundamentalmente hacia la mitad y el final de dicha década) tuvo lugar una cierta transición en esta esfera. Como consencuencia del hecho de que la violencia se convirtió en un fenómeno más prevalente en la sociedad norteamericana, se incrementaron los casos (al menos registrados, y por lo menos conocidos) de actos violentos frente a profesionales sanitarios. Dicha tendencia se consolidó, desgraciadamente, a partir de los años 90<sup>51</sup>.

---

51. Steve S. WILDER, Cris SORESENSEN, *The essentials of aggression management in Health Care*, Prentice Hall, New Jersey, 2001, pp. 4 y ss.

**Tabla 4.**  
Víctimas de violencia no mortal en el sistema sanitario (EEUU)



**Fuente:** Steve S. WILDER, Cris SORESENSEN, *The essentials of aggression management in health care*, Prentice Hall, New Jersey, 2001, p. 5.

En el ámbito hospitalario la situación es análoga a la descrita, existiendo por parte de los expertos<sup>52</sup>, no obstante, la percepción de que la sociedad parece tolerar la violencia como un comportamiento aceptable. A pesar de lo anterior, el tema de la violencia contra los profesionales sanitarios se ha convertido en los Estados Unidos en una cuestión importante en el debate público. De hecho, la Administración para la Salud y la Seguridad Ocupacional (*Occupational Safety and Health Administration-OSHA*), estima que 1.500.000 de trabajadores que sirven a la comunidad sufren lesiones anualmente, la mayor parte de los cuales son profesionales sanitarios.

En los Estados Unidos cabe poner de manifiesto cómo publicaciones recientes en revistas científicas de referencia han destacado la importancia del tema de las agresiones por parte de pacientes contra profesionales del sector sanitario.

En este sentido, un trabajo de SIMON<sup>53</sup> (Profesor de Psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad Georgetown de Washington y Director

52. Steve S. WILDER, Cris SORESENSEN, *The essentials of aggression management in health care*, cit., p. 25.

53. Véase Robert I. SIMON, «Patient violence against health care professionals», *Psychiatric Times*, Vol. 28, n.º 2, 2011. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/content/article/10168/1813471>]

del Departamento de Psiquiatría del Hospital suburbano Johns Hopkins en Bethesda) se centra fundamentalmente en la violencia proveniente de enfermos psiquiátricos en Estados Unidos y analiza las consecuencias que ello puede llegar a implicar, que en los casos más graves ha dado lugar a la muerte del psiquiatra. Lo que pone de manifiesto de manera clara el citado trabajo es que cada caso de violencia contra los profesionales sanitarios nos suministra lecciones en materia de gestión de la seguridad.

### 2.3. PAÍSES SUDAMERICANOS Y CENTROAMERICANOS

En los últimos años se han publicado algunos trabajos que evidencian la magnitud del problema de las agresiones a profesionales sanitarios en determinados países de Sudamérica. BRAGA, PRATS, LUNA, MELAMUD, FLICHTENDREI<sup>54</sup> elaboraron una investigación sobre el particular en diversos países sudamericanos y centroamericanos a partir del método de *e.research* (metodología que emplea el sistema de comunicación *on line* vía internet). Para ello se realizó una encuesta mediante un cuestionario estructurado disponible *on line* entre los usuarios registrados del sitio IntraMed<sup>55</sup> ([www.intramed.net](http://www.intramed.net)) que estuvo disponible en línea en el sitio web entre el 18.03.05 y el 06.06.05.

Las características de la encuesta adoptada fueron las siguientes:

- Administración electrónica.
- Formato estructurado.
- De cumplimentación no optativa.
- Corte Transversal.

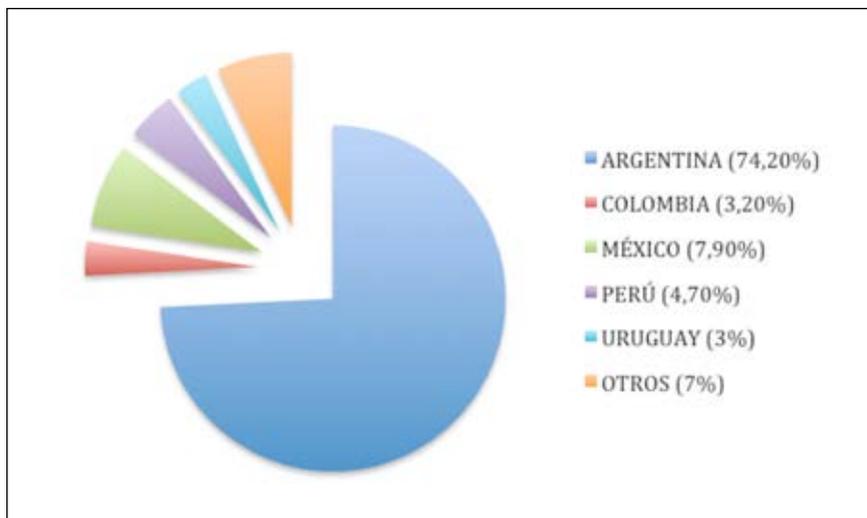
La encuesta fue respondida por 30 100 usuarios de la web IntraMed.

---

54. Véase Florencia BRAGA, María PRATS, Daniel LUNA, Ariel MELAMUD, Daniel A. FLICHTENDREI, «Agresiones contra médicos», *Intramed.net*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.intramed.net/UserFiles/pdf/36397.pdf>]

55. IntraMed es una red médica de contenidos científicos con amplia distribución en el área donde cuenta con más de 150 000 usuarios registrados y una frecuencia de uso de aproximadamente 26 000 usuarios distintos al mes. El portal dispone de una sistemática que le permite segmentar los contenidos según la especialidad del profesional, llegando así a contar con 40 *homepages*, una por cada especialidad médica. Dentro de cada sitio se estructura el contenido según pertenezca al área de actualización, de noticias, de artículos médicos, de resúmenes traducidos, de educación médica continua (cursos, conferencias) o de eventos (nacionales e internacionales). También se incluyen dentro del contenido común a todas las especialidades notas de interés general sobre temas solicitados por los propios usuarios. Uno de los espacios de mayor aceptación entre los visitantes es el de los foros, donde se produce un interesante y fructífero intercambio de opiniones, información y consultas. Véase Florencia BRAGA, María PRATS, Daniel LUNA, Ariel MELAMUD, Daniel A. FLICHTENDREI, «Agresiones contra médicos», *Intramed.net*, cit.

**Tabla 5.**  
Participación por países  
(encuesta agresiones Sudamérica y Centroamérica)



**Fuente:** Florencia BRAGA, María PRATS, Daniel LUNA, Ariel MELAMUD, Daniel A. FLICHTENDREI, «Agresiones contra médicos», *Intramed.net*.

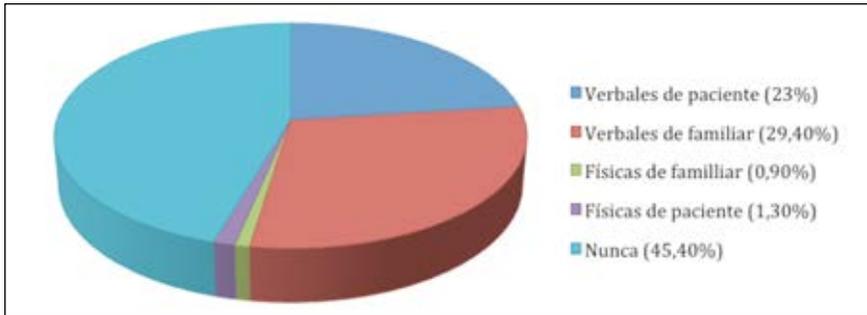
Partiendo de los datos suministrados por los responsables del estudio, si procedemos a segmentar los resultados por países, podemos establecer que Argentina (país del que, por otro lado, provienen la mayor parte de las respuestas al cuestionario) ostenta un 20% de exceso de riesgo de recibir agresiones frente al resto de estados participantes (sin embargo, el mayor tamaño relativo de la muestra en Argentina frente a otros países Sudamericanos como consecuencia de la mayor difusión del portal Intramed en la República Argentina, puede ser un indicio de la mayor validez de los resultados obtenidos en aquel país). Por el contrario, México registraría un porcentaje de agresiones inferior en un 32% al resto de los países.

Siguiendo los propios datos del estudio citado, cabe afirmar igualmente que la distribución por especialidades médicas revela que quienes se dedican a Urgencias-Emergencias muestran un exceso de agresiones respecto de otras especialidades. Dicho resultado es consistente en cada uno de los países analizados.

Las especialidades con mayor exposición a la violencia en el ámbito laboral coinciden con aquellas en las que las situaciones de urgencia, ansiedad y stress resultan más comunes (Urgencias-Emergencias). Los autores del

estudio<sup>56</sup> ponen de manifiesto que en Latinoamérica no es infrecuente que en esas situaciones que demandan rápida respuesta las carencias estructurales del sistema de salud se hagan más notorias y faciliten las respuestas violentas.

**Tabla 6.**  
Tipo de agresión (países sudamericanos)



**Fuente:** Florencia BRAGA, María PRATS, Daniel LUNA, Ariel MELAMUD, Daniel A. FLICHTENDREI, «Agresiones contra médicos», *Intramed.net*.

Finalmente, cabe destacar que el 54,6% de los médicos encuestados reportó haber sufrido algún tipo de agresión durante el ejercicio de su profesión. Dicho 54,6% se puede desglosar en violencias físicas y verbales. En primer lugar, el 52,4% manifestó haber sufrido agresiones verbales provenientes en un 23% de los casos de pacientes y en un 29,4% de familiares. Por otro lado, el restante 2,2% reportó haber sufrido alguna vez agresión física provenientes en un 1,3% de los casos de pacientes y en un 0,9% de familiares. A sensu contrario, el 45,4% informó no haber sufrido nunca algún tipo de agresión o violencia.

### III. AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS: ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN ESPAÑA

#### 3.1. INFORMES INSTITUCIONALES

Para comprender la magnitud del fenómeno descrito, pasaremos a analizar cifras obtenidas en diferentes investigaciones que tienen como marco España (bien a nivel nacional o tomando como referencia del respectivo estudio alguna de sus Comunidades Autónomas) relacionadas con actos de

56. *Ibidem*

violencia centrados en el personal sanitario. En nuestro país, y como acertadamente pone de manifiesto MARTÍNEZ-JARRETA<sup>57</sup> tuvieron que registrarse casos fatales de homicidio o lesiones graves por apaleamiento de médicos/as y/o enfermeros/as para que se comenzara a tomar conciencia del problema; particular impacto causó el asesinato de la Dra. Elena Ginel en 2001 en Salamanca por parte de un individuo al que aquella había negado una baja laboral y tras numerosos episodios de amenazas oportunamente denunciadas por la víctima.

3.1.1. *Informe del Grupo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Mesa Técnica I: «Causas, evolución y dimensiones del problema»*

El Informe referido tiene como antecedente inmediato la moción aprobada por el pleno del Senado en fecha de 13 de septiembre de 2012 por la que se instaba al Gobierno a las siguientes actuaciones:

1. *Establecer mecanismos de información para reforzar la figura de los profesionales sanitarios como autoridad en su trabajo.*
2. *Plantear, en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de la Salud (SNS), la necesidad de que los Servicios de Salud de todas las Comunidades Autónomas cuenten con medidas preventivas y disuasorias frente a las agresiones.*
3. *Potenciar un estudio a nivel nacional, a propuesta del Consejo Interterritorial de Salud, en colaboración con las Comunidades Autónomas, los Consejos Generales de los Colegios Profesionales sanitarios, las Organizaciones Sindicales más representativas del sector sanitario y las Asociaciones de Pacientes, sobre las dimensiones reales y las soluciones más adecuadas a la problemática de las agresiones a los profesionales sanitarios.*

Dicha moción sirvió de base a sendos mandatos, por un lado del Consejo Interterritorial del SNS<sup>58</sup> y por otro, del Pleno de la Comisión de Recursos

---

57. Véase Begoña MARTÍNEZ-JARRETA, «Las agresiones en el ámbito sanitario», en Marina GASCÓN ABELLÁN, María del Carmen GONZÁLEZ CARRASCO, Josefá CANTERO MARTÍNEZ (coord.), *Derecho sanitario y Bioética. Cuestiones actuales*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2011, p. 652.

58. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, reunido en sesión plenaria el día 20/12/2012, acordó: 1) La creación y constitución de un Grupo de Trabajo, en el que se encuentren representados el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, los Consejos Generales de Colegios Profesionales de las profesiones sanitarias, las Organizaciones Sindicales más representativas y las Asociaciones de Pacientes y Usuarios más relevantes, el cual en el plazo de, entre 6 y 8 meses, presentará las conclusiones de un estudio realizado sobre la problemática de estas agresiones, contemplando la casuística y los indicadores más destacados de esta cuestión en todo el territorio del SNS, que aborde tanto las dimensiones reales, las medidas preventivas, disuasorias y de todo orden adoptadas y puestas en marcha por las distintas Administraciones Sanitarias y que apunte las propuestas y soluciones que se estimen más adecuadas para su resolución. 2) Que el Pleno del Consejo

Humanos del SNS<sup>59</sup>, constituyéndose el Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del SNS (Grupo de Trabajo compuesto por representantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, las Organizaciones Sindicales más representativas, los Consejos Generales de Colegios Profesionales Sanitarios y las Asociaciones de Pacientes y Usuarios, con el fin de realizar un estudio sobre las agresiones a los trabajadores/as del SNS) encargado de analizar las dimensiones del problema, las medidas preventivas y disuasorias adoptadas por las Administraciones Sanitarias, así como las propuestas y soluciones más adecuadas. En el marco de dicho Grupo de Trabajo se constituyeron tres mesas técnicas, correspondiendo a cada una de las mismas el análisis de un aspecto dentro de la problemática de las agresiones a profesionales sanitarios:

- Mesa Técnica I: «Causas, evolución y dimensiones del problema».
- Mesa Técnica II: «Análisis de las medidas adoptadas y su eficacia».
- Mesa Técnica III: «Recomendaciones y propuestas de solución».

A lo largo del presente epígrafe nos centraremos en el estudio de las conclusiones alcanzadas por la Mesa Técnica I en el Informe presentado el 14 de febrero de 2014 (que aborda el periodo 2008-2012) pues las mismas se contraen a los aspectos cuantitativos y etiológicos de las agresiones

---

Interterritorial del SNS apruebe y suscriba las conclusiones de este estudio nacional, ratificándolo o, en su caso, completándolo, en el plazo de dos meses desde que el Grupo de Trabajo designado le eleve las propuestas que resulten del estudio citado. Véase GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, 14 de febrero de 2014, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.senado.es/web/expedientappendixblobserve?legis=10&id1=136341&id2=1>], pp. 8 y ss.

59. El Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS), reunido el 20 de diciembre de 2012, acordó:

- 1º. Que por parte de cada Servicio de Salud se informe a la Comisión de las medidas de carácter normativo o no, implementadas tanto en materia de prevención potencial de las agresiones a los profesionales sanitarios, como, en su caso, de registro y de desarrollo de un sistema de información *ad hoc* que permita realizar un seguimiento de la evolución cuantitativa y cualitativa de la casuística, motivos, estratificación y otros aspectos relacionados con las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios en el ámbito de su Comunidad.
- 2º. Que la Comisión apruebe un informe elaborado con las medidas preventivas y disuasorias adoptadas frente a las agresiones, y que se asuma el compromiso de actualizar este informe anualmente de cara a implementar a futuro medidas de mejora sobre la problemática de las agresiones a profesionales sanitarios. Véase GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, cit., p. 8.

a profesionales sanitarios<sup>60</sup>, quedando el análisis de la Mesa Técnica II reservado para el capítulo dedicado a las medidas técnicas de evitación del fenómeno de las agresiones (Capítulo III). Los datos suministrados por el referido Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del SNS resultan particularmente fidedignos como consecuencia de la metodología empleada para su obtención (recopilados directamente a partir de los registros de los propios Servicios de Salud de las diferentes CC.AA.<sup>61</sup>), incorporando no sólo registro numérico de las agresiones producidas y de la categoría profesional de la víctima, sino además, en el caso de 12 autonomías, información adicional sobre la etiología de las agresiones (si bien con respecto a cuatro de ellas de manera incompleta) lo cual resulta particularmente relevante de cara a la puesta en marcha de mecanismos técnicos de erradicación.

Desde el punto de vista de las causas de las agresiones a profesionales sanitarios, la Mesa Técnica I procedió a elaborar un catálogo en el que se incluían los siguientes factores:

- 1) Causas relativas al proceso de prestación de la Incapacidad Temporal (IT).
- 2) Causas derivadas de la organización del Centro Asistencial.
  - 2.1. Relacionadas con el tiempo de espera.
  - 2.2. Relacionadas con falta de información.
  - 2.3. Relacionadas con falta de señalización.
  - 2.4. Espacios comunes: limpieza, confort, diseño, etc.
  - 2.5. Otras causas.

---

60. La referida Mesa Técnica obtuvo la información para el desarrollo de su trabajo con base en un cuestionario (integrado por 34 aspectos) que sirvió para recopilar información sobre agresiones a profesionales sanitarios de cada Servicio de Salud. El referido cuestionario incluía información sobre, entre otros, los siguientes aspectos: agresiones en el periodo 2008-2012, lugar de agresión, tipos de agresión (físicas y no físicas, dividiéndose estas últimas en de grado I –verbales– y II –psicológicas–), daños materiales, categoría profesional y vinculación contractual de la víctima, gravedad de la agresión (necesidad de solicitar la baja por Incapacidad Temporal por parte de la víctima a resultas de la misma), denuncias de agresiones y causas de la agresión. Véase GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, cit., p. 15.

61. No obstante, resulta procedente poner de manifiesto que no existe en la actualidad un registro centralizado de la totalidad de las agresiones a profesionales sanitarios producidas en el conjunto del SNS. Por ello, la metodología de obtención de los datos que utiliza el Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales Sanitarios del SNS se antoja como el mecanismo más cercano a la realidad en nuestro país. Véase GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, cit., pp. 14 y ss.

- 3) Disconformidad con la atención profesional recibida.
  - 3.1. Por parte del personal facultativo.
  - 3.2. Por parte del personal sanitario.
  - 3.3. Por parte del personal no sanitario.
  
- 4) Disconformidad con el trato recibido del profesional.
  - 4.1. Por parte del personal facultativo.
  - 4.2. Por parte del personal sanitario.
  - 4.3. Por parte del personal no sanitario.

A partir de los datos recopilados en el conjunto del SNS bajo los parámetros descritos, cabe establecer una serie de aspectos relevantes a efectos de nuestro estudio<sup>62</sup>:

- Si analizamos la evolución en el periodo estudiado (y descartando los años 2008 y 2009 en los que los datos resultan incompletos por no encontrarse implementados plenamente los diferentes registros existentes a nivel autonómico) se observa una oscilación entre la cifra de 6 240 agresiones del año 2012 (mínimo del periodo histórico con un 11,40% de descenso frente al año anterior) y la de 7 043 agresiones de 2011 (pico máximo de agresiones), situándose 2010 en niveles intermedios entre dichas variables (6 550 agresiones).
- En el conjunto del periodo analizado (2008-12) las causas derivadas de la organización del centro representan el 51,50% del total de agresiones. Dentro de estas los tiempos de espera se encontrarían en la base del 27% de las agresiones, mientras que la falta de señalización e información del 19%.
- La disconformidad con la atención recibida constituye la segunda causa en prevalencia de las agresiones a profesionales sanitarios en el periodo estudiado, pues se encuentra vinculada al 37,51% de las mismas.
- La disconformidad en el trato recibido se encontraría en la base del 9,73% de las agresiones, mientras que las causas relativas al proceso de Incapacidad Temporal únicamente ascienden al 1,25%.
- Finalmente, el estudio de la Mesa Técnica I evidencia que únicamente en un porcentaje oscilante del 28 al 30% de los casos se han podido obtener datos adicionales acerca del agresor, tales como que el agresor se encontraba bajo los efectos del alcohol, sufría síndrome de abstinencia o algún tipo de trastorno mental, considerándose en es-

---

62 Véase GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, cit., p. 17.

tos supuestos que el perfil del agresor constituyó un factor influyente en la agresión al profesional sanitario (sin que llegue a atribuirse al mismo el carácter de causa de la agresión en el mencionado estudio).

**Tabla 7.**

Frecuencias absolutas de agresiones a profesionales sanitarios y desglose por ítems de referencia

		2008 (1)	2009	2010	2011	2012	TOTAL
<b>Agresiones totales</b>	Nº profesionales agredidos	4659	5924	6550	7043	6240	30416
<b>Lugar de la agresión</b> →	Atención especializada	2131	2739	3213	3527	3134	14744
	Atención Primaria	2518	3161	3314	3480	3082	15555
<b>Tipo de agresión</b> →	Física	930	1218	1167	1590	1265	6170
	No física	3880	5588	6457	6540	5967	28432
	Violencia patrimonial	175	282	291	317	308	1373
<b>Sexo del agredido (2)</b> →	Hombre	1119	1348	1274	1430	1224	6395
	Mujer	2580	3348	3535	3711	3338	16512
<b>Categoría profesional del agredido (1)</b> →	Facultativo	1570	2045	2273	2466	2102	10456
	Enfermería	1338	1792	2011	2197	1958	9296
	Otros profesionales	1460	1899	2240	2295	2171	10065
<b>Por la gravedad de las lesiones</b> →	Nº agresiones en las que se abre IT (2)	51	128	127	181	152	639
	Días de baja que suman entre todos los profesionales agredidos (3)	1035	2683	902	1538	1312	7470
<b>Por denuncia (4)</b> →	Número de agresiones que cursan con denuncia	487	755	645	744	700	3331

**Fuente:** Informe del grupo de trabajo de agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud (Comisión de Recursos Humanos del SNS-Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad).

(1) Informado por 13 Serv. de Salud; (2) Informado por 14 Serv. de Salud; (3) Informado por 4 Serv. de Salud; (4) Informado por 16 Serv. de Salud y en el año 2008 sólo por 10.

En relación con el lugar de producción del incidente agresivo y tomando como periodo de referencia los años 2008-2012 existe una ligera mayor prevalencia de agresiones en Atención Primaria (que aglutina el 51% de las

mismas), si bien en la mitad de los Servicios de Salud autonómicos dicho dato se invierte y es mayor el número de agresiones en la esfera hospitalaria que en Atención Primaria<sup>63</sup>.

**Tabla 8.**  
Causas de agresiones en porcentaje<sup>64</sup>

CAUSAS DE AGRESIONES EN PORCENTAJE	PROFESIONALES AGREDIDOS	CAUSAS RELATIVAS PROCESO IT	DERIVADAS ORGANIZACIÓN CENTRO	DISCONFORMIDAD ATENCIÓN RECIBIDA	DISCONFORMIDAD TRATO RECIBIDO
<b>Año 2008</b>	2230	1,40%	55,57%	37,13%	5,9%
<b>Año 2009</b>	4607	1,14%	52,12%	36,46%	10,27%
<b>Año 2010</b>	5173	1,33%	50,19%	38,43%	10,04%
<b>Año 2011</b>	5392	1,24%	52,49%	36,84%	9,43%
<b>Año 2012</b>	4865	1,18%	48,82%	38,55%	11,45%
<b>Periodo 2008-2012</b>	22267	1,25%	51,50%	37,51%	9,73%

**Fuente:** Informe del grupo de trabajo de agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud (Comisión de Recursos Humanos del SNS-Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad).

**Tabla 9.**  
Distribución porcentual de causas derivadas de la organización del centro (2008-2012)



**Fuente:** Informe del grupo de trabajo de agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud (Comisión de Recursos Humanos del SNS-Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad).

63. Véase GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, cit., p. 22.

64. Como consecuencia de las limitaciones del estudio únicamente se pudo determinar la causa de 22 267 de las 30 416 agresiones a profesionales sanitarios en el periodo 2008-12, es decir, se analiza la etiología en un 73,2% de los casos quedando el 26,8% de las agresiones sin poder determinar la causa de la misma.

No obstante, desde un punto de vista analítico particular importancia ostenta la tasa de incidencia pues establece la relación entre el total de profesionales agredidos en el periodo de referencia y la cantidad de efectivos en el año considerado, lo que permite evidenciar la evolución del fenómeno de manera muy fidedigna. En este sentido, la progresión resulta harto preocupante pues en toda la serie histórica considerada se produce un incremento significativo de la citada tasa de incidencia que alcanza el 12,83 en el año 2011 (es decir, mientras que en 2008 de cada 1000 trabajadores 8,93 resultaron agredidos, dicha cifra se elevó a 11,14 trabajadores agredidos por cada 1000 en 2009, pasando a 11,73 trabajadores agredidos por cada 1000 en 2010). La evolución negativa en la serie histórica resulta muy alarmante con crecimientos anuales en la tasa de incidencia en todas y cada una de las categorías profesionales, siendo, no obstante, la de los facultativos la categoría más afectada con una tasa de 4,49 facultativos agredidos por cada 1000 trabajadores en el año 2011 –si bien las cifras tanto en tasa de incidencia como en la distribución porcentual por colectivos profesionales son relativamente homogéneas– (en enfermería la tasa de incidencia fue de 4 enfermeros/as agredidas por 1 000 trabajadores en el citado año 2011 y el colectivo de otros profesionales de 4.2 agredidos por 1000 trabajadores). A nivel porcentual en el agregado 2008-2011, el 35,07% de los agredidos fueron médicos/as, el 31,18% enfermeros/as y el 33,76% otros profesionales de la salud. En cuanto a la tasa de incidencia por grupos profesionales, de nuevo la situación entre los médicos es significativamente peor pues en el año 2011 se computó una tasa de 21,93 médicos/as agredidos por cada 1000 facultativos/as, mientras que dicha cifra es de 13,24 enfermeros/as agredidos/as por cada 1000 enfermeros/as y de 8,49 otros profesionales de la salud agredidos por cada 1000 miembros de dicho colectivo (valores igualmente en alza significativa en todos y cada uno de los colectivos a lo largo de la serie histórica estudiada).

**Tabla 10.**  
Indicadores de agresiones a profesionales sanitarios

	TASA DE INCIDENCIA (*)	FACULTATIVOS AGREDIDOS/ TRABAJADORES* 1000	ENFERMERÍA AGREDIDOS/ TRABAJADORES* 1000	OTROS PROF. AGREDIDOS/ TRABAJADORES* 1000	Nº AGREDIDOS POR ACTO MÉDICO* 1.000.0000
<b>Año 2008</b>	8,93	3,01	2,56	2,8	9,92
<b>Año 2009</b>	11,14	3,84	3,37	3,6	11,55
<b>Año 2010</b>	11,73	4,07	3,6	4	12,96
<b>Año 2011</b>	12,83	4,49	4	4,2	13,72

(\*) Nº total de profesionales agredidos/nº de trabajadores\*1000

**Fuente:** Informe del grupo de trabajo de agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud (Comisión de Recursos Humanos del SNS-Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad).

**Tabla 11.**  
Tasa de incidencia por grupos profesionales y porcentaje agredidos por grupos profesionales

TASA DE INCIDENCIA POR GRUPOS PROFESIONALES	Nº MÉDICOS AGREDIDOS/TOTAL MÉDICOS*1000	Nº ENFERMERAS AGREDIDAS/TOTAL ENFERM.*1000	Nº OTROS PROF. AGREDIDOS/TOTAL OTROS PROF.*1000
Año 2008	14,59	9,01	5,49
Año 2009	18,48	11,73	7,07
Año 2010	20,26	12,01	8,03
Año 2011	21,93	13,24	8,49

% AGREDIDOS POR GRUPOS PROFESIONALES	Nº TOTAL FACULTATIVOS AGREDIDOS/ Nº PROF. AGREDIDOS*100	Nº TOTAL ENFERMERAS AGREDIDAS/ Nº PROF. AGREDIDOS*100	Nº TOTAL OTROS PROF. AGREDIDOS/ Nº PROF. AGREDIDOS*100
Año 2008	35,94	30,63	33,42
Año 2009	35,65	31,24	33,11
Año 2010	34,84	30,82	34,33
Año 2011	35,44	31,58	32,98

**Fuente:** Informe del grupo de trabajo de agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud (Comisión de Recursos Humanos del SNS-Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad).

En cuanto al resto de los datos del estudio, tales como la correlación entre agresiones físicas y agresiones no físicas o el porcentaje de agresiones que implican la baja mediante el procedimiento de Incapacidad Temporal, las cifras resultan absolutamente consistentes con las suministradas en el conjunto de estudios elaborados por organizaciones como la OMC en España o por los datos internacionales en estados de nuestro entorno como es el caso de Francia. En este sentido, las agresiones no físicas se sitúan en una horquilla anual entre el 80,44% (2011) y el 84,69% (2010), mientras las físicas se ubican entre un mínimo anual del 15,31% (2010) y un máximo del 19,56% (2011). Únicamente destacar por su relevancia en el marco del presente trabajo que solamente en torno a un 10% de las agresiones (en valor aproximado y sostenido en la serie histórica analizada) dan lugar a la presentación de la correspondiente denuncia (mínimo histórico del 9,84% –año 2010–, máximo histórico 12,7% –año 2009–).

**Tabla 12.**  
Indicadores

	AGRESIONES- FÍSICAS/ TOTAL AGRESIONES* 100	AGRESIONES NO FÍSICAS/ TOTAL AGRESIONES* 100	AGRESIONES CAUSAN IT/ PROF. AGREDIDOS* 100	DÍAS IT/ AGRESIONES QUE CAUSAN IT (DÍAS)	AGRESIONES CURSAN DENUNCIA/ TOTAL AGRESIONES* 100
<b>Año 2008</b>	19,33	80,67	1,09	20,3	10,45
<b>Año 2009</b>	17,9	82,1	2,16	21,00	12,7
<b>Año 2010</b>	15,31	84,69	1,94	7,1	9,84
<b>Año 2011</b>	19,56	80,44	2,57	8,5	10,56
<b>Año 2012</b>	17,49	82,51	2,44	8,6	11,21

**Fuente:** Informe del grupo de trabajo de agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud (Comisión de Recursos Humanos del SNS-Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad).

### 3.1.2. Observatorio de agresiones de la Organización Médica Colegial

El Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial recoge los actos violentos que los médicos sufren en el ejercicio de su profesión en toda España, recopilados a través de los 52 Colegios Oficiales de Médicos que representan a un colectivo de 225 000 profesionales<sup>65</sup>. El Observatorio citado recopila tanto las comunicaciones de agresiones como las denuncias por vía judicial de las mismas. De acuerdo con los datos suministrados por el citado organismo en 2011 se registraron 496 agresiones, lo que constituía una cifra superior a la de 2010 en un total de 45 actos violentos. En el año 2012 se contabilizaron un total de 416 agresiones<sup>66</sup>, lo que implicaba un descenso respecto del año anterior del 16%. Posteriormente, y aprovechando la celebración el día 16 de marzo del día nacional contra las agresiones a sanitarios, la OMC ha procedido a presentar anualmente en rueda de prensa los datos de agresiones correspondientes al año anterior: en concreto, las cifras del número anual de agresiones son las siguientes: en 2013 un total de 354 agresiones (descenso relativo del 15% respecto a

65. Datos suministrados por la propia página web de la Organización Médica Colegial de España (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España), véase «En 2011, las agresiones a médicos se incrementaron un 9,2%», *Página web de la OMC*, 23/03/2012, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [https://www.cgcom.es/noticias/2012/03/12\_03\_23\_estudio\_agresiones]

66. Los datos recopilados por el Observatorio de agresiones correspondientes al año 2012 se encuentran disponibles en la web de la Organización Médica Colegial, véase OBSERVATORIO DE AGRESIONES (OMC), *Estudio de Agresiones 2012, 2013*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [https://www.cgcom.es/node/3418]

2012)<sup>67</sup>, en 2014 un total de 344 casos (descenso relativo del 2,8% respecto a 2013)<sup>68</sup>, en 2015 un total de 361 casos (aumento del 4,94% respecto de 2014)<sup>69</sup> y en 2016 un total de 495 agresiones (aumento del 37,11% respecto del año anterior). La cifra agregada de agresiones en el periodo 2010-2016 ascendió a 2914 casos<sup>70</sup>.

Una primera reflexión que surge al analizar los datos suministrados por el Observatorio de Agresiones de la OMC (y que sería extensible a otros Observatorios de dichas características como el de la Orden de Médicos de Francia) es que el número de incidentes sufridos por facultativos que llegan a conocimiento de dicho Observatorio no alcanza ni el 25% del total de los padecidos por el colectivo médico a la luz de los datos oficiales provenientes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de los Servicios de Salud autonómicos.

#### A) Distribución territorial:

**Tabla 13.**  
Distribución por CC.AA. en cifras absolutas (España, 2010-2016)

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Cataluña	Castilla La-Mancha	Castilla León	C. Valenciana	Extremadura	Galicia	Ingesa	La Rioja	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	España
2010	117	2		0	14	11	51	9	81	31	24	9	1	8	70	13	0	10	451
2011	129	3	14	2	12	9	57	7	67	45	33	11	0	2	71	14	4	13	493
2012	93	7	11	7	8	10	56	12	28	49	23	9	5	2	63	16	8	9	416
2013	80	1	13	6	10	12	50	17	24	43	23	7	7	2	44	6	3	6	354
2014	90	7	10	2	5	5	49	11	20	32	27	4	4	0	60	8	5	5	344
2015	66	3	14	5	6	10	44	16	13	50	24	4	9	4	77	9	6	1	361
2016	102	8	11	4	11	8	109	22	17	48	27	3	6	2	99	8	5	5	495

Fuente: OBSERVATORIO DE AGRESIONES (Organización Médica Colegial), *Estudio de Agresiones 2016*.

67. Véase OBSERVATORIO DE AGRESIONES (OMC), *Estudio de Agresiones 2013, 2014*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [http://www.cgcom.es/documentacion\_agresiones]

68. Véase OBSERVATORIO DE AGRESIONES (OMC), *Estudio de Agresiones 2014, 2015*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [http://www.cgcom.es/documentacion\_agresiones]

69. Véase OBSERVATORIO DE AGRESIONES (OMC), *Estudio de Agresiones 2015, 2016*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [http://medicosypacientes.com/sites/default/files/agresiones\_a\_medicos\_2015.pdf]

70. Véase OBSERVATORIO DE AGRESIONES (OMC), *Estudio de Agresiones 2016, 2017*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/presentacion\_estudio\_agresiones\_2016\_nacional.pdf]

**Tabla 14.**  
Agresiones por 1000 colegiados por CC.AA. (España, 2010-2016)

CC.AA.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Andalucía	3,58	3,93	2,85	2,37	2,49	1,76	2,68
Aragón	0,25	0,37	0,86	0,12	0,84	0,36	0,93
Asturias	0,00	2,71	1,96	2,23	1,66	2,29	1,75
Baleares	0,00	0,40	1,40	1,16	0,38	0,93	0,73
C. Valenciana	3,69	3,12	2,15	1,86	1,36	2,10	1,96
Canarias	1,60	1,34	0,89	1,07	0,52	0,61	1,08
Cantabria	3,44	2,80	3,08	3,64	1,49	2,92	2,28
Cast. La Mancha	1,08	0,82	1,43	2,03	1,32	1,87	2,52
Castilla y León	2,29	3,29	2,02	1,72	1,42	0,91	1,18
Cataluña	1,36	1,51	1,47	1,30	1,26	1,20	2,96
Ceuta	0	0	0	0	6,19	3,09	3,13
Extremadura	4,89	6,59	4,56	4,47	5,17	4,50	4,96
Galicia	0,72	0,87	0,70	0,54	0,31	0,30	0,22
La Rioja	5,40	1,32	1,31	1,29	0,00	2,54	1,25
Madrid	1,85	1,83	1,59	1,10	1,47	1,84	2,33
Melilla	4,08	0,00	18,87	26,12	7,33	28,47	17,61
Murcia	2,14	2,24	2,52	0,93	1,21	1,32	1,14
Navarra	0,00	1,06	2,10	0,79	1,29	1,53	1,25
País Vasco	0,85	0,82	0,72	0,47	0,39	0,08	0,38
<b>ESPAÑA</b>	<b>2,02</b>	<b>2,18</b>	<b>1,82</b>	<b>1,52</b>	<b>1,44</b>	<b>1,50</b>	<b>2,02</b>

Fuente: OBSERVATORIO DE AGRESIONES (Organización Médica Colegial), *Estudio de Agresiones 2016*.

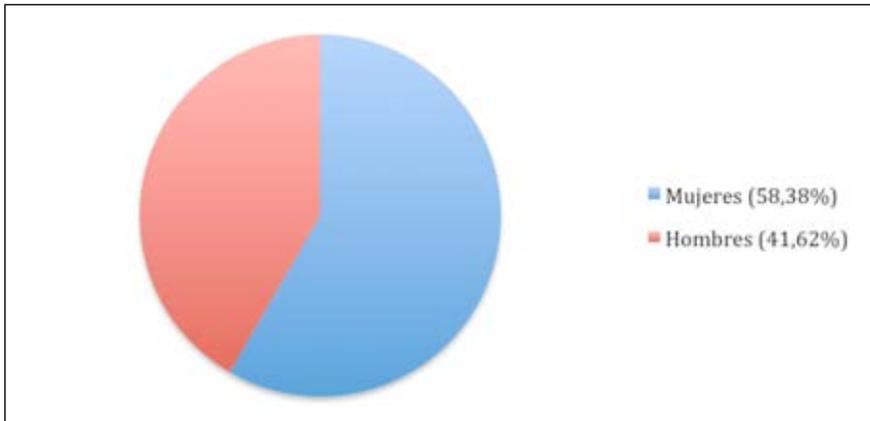
Si atendemos a los datos desagregados de otros factores como la densidad poblacional, número de colegiados, etc., por Comunidades Autónomas en 2016 la mayor cifra de agresiones correspondía a Cataluña con 109 agresiones (CC.AA. que experimenta un muy preocupante incremento en el año 2016 con respecto a las cifras de años anteriores), seguida de Andalucía con 102, de la Comunidad de Madrid con 99 (cifra harto negativa pues implica el máximo histórico en dicha CC.AA. con un incremento porcentual importante respecto del año anterior) y de la Comunidad Valenciana (48). Si, por el contrario, se toma la cifra de agresiones y se atiende al número de actos violentos por 1000 colegiados en cada Comunidad Autónoma, se puede comprobar que el mayor número (relativo) de agresiones se producía en la Ciudad Autónoma de Melilla (cuyos datos a lo largo de la serie histórica resultan extremadamente preocupantes) con 17,61 agresiones por 1000 colegiados (habiendo alcanzado un máximo histórico de 28,47 agresiones por mil colegiados en 2015), Extremadura (4,96 por 1000 colegiados), seguida de Ceuta (3,13 por 1000 colegiados), Cataluña (2,96 por 1000 cole-

giados), Andalucía (2,68 por 1000 colegiados) y Castilla-La Mancha (2,52 por 1000 colegiados). Los casos de la ciudad Autónoma de Melilla y de Extremadura resultan especialmente negativos en este sentido pues durante la práctica totalidad de la serie histórica (salvo el año 2011 para el caso de Melilla, año en el que se carece de datos) exceden en una proporción muy significativa la media nacional de agresiones a médicos/as por 1000 colegiados (situada a lo largo de la serie histórica 2010-2016 en 2,02). En el otro lado del escalafón se sitúan las Comunidades Autónomas de Aragón (0,93 agresiones por 1000 colegiados), Baleares (0,73 agresiones por mil colegiados), País Vasco (0,38 agresiones por 1000 colegiados) y Galicia (0,22 agresiones por 1000 colegiados), Comunidades Autónomas que, por lo general, presentan las mejores cifras comparadas a nivel nacional en toda la serie histórica.

**B) Distribución por sexos:**

A nivel de distribución por sexos, en el año 2016 los hombres sufrieron el 41,62% de los actos violentos mientras que las mujeres padecieron el 58,38% de los casos.

**Tabla 15.**  
Agresiones a médicos/as según ámbito y sexo (España, 2016)



COLEGIADOS (2016)	HOMBRES	MUJERES
244.503	124.403	120.100
100%	50,88%	49,12%

**Fuente:** OBSERVATORIO DE AGRESIONES (Organización Médica Colegial), *Estudio de Agresiones 2016*.

### C) Ámbito en el que se produce la agresión

A nivel de sectores sanitarios durante el año 2016 el sector público sufrió el 87% de los casos, mientras el privado padeció el 13% restante (misma proporción que en el año 2014, mientras que en 2015 la distribución en ese área fue del 86% frente al 14% respectivamente). Si atendemos a las agresiones a médicos en España según el ámbito de ejercicio, en el año 2016 el 55% de las agresiones se produjeron en Atención Primaria, el 18% en Urgencias de Atención Primaria, el 10% en las Urgencias Hospitalarias y el 17% restante en el ámbito hospitalario<sup>71</sup>. No obstante, si ajustamos el porcentaje de agresiones a millones de consultas realizadas Urgencias de Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias se sitúan en un 2,79 y un 2,20 respectivamente, muy por encima de Hospital (0,89) y de Atención Primaria (0,98). En este punto, los datos suministrados por el Observatorio de Agresiones de la OMC resultan esencialmente consistentes con los disponibles en otros estados de nuestro entorno cultural en el que la esfera de las urgencias (en este caso, divididas en hospitalarias y de Atención Primaria) ostenta un peso relativo relevante en relación con el fenómeno de las agresiones. A ello contribuyen, sin lugar a dudas, una multiplicidad de factores concurrentes de manera muy pronunciada en el ámbito de las urgencias: por un lado, la percepción subjetiva por parte del ciudadano de la necesidad de una atención inminente de su caso o del de su familiar sin tomar en consideración las necesidades de otros usuarios del sistema, y por otro lado, la frecuente saturación de dichos servicios que impide que la asistencia resulte normalmente inmediata sino que debe atender a una prelación de urgencia real entre los diferentes casos. No obstante, en muchos casos el ciudadano tiene una incapacidad (particularmente cuando considera que su caso es realmente urgente) de percibir que son los profesionales sanitarios quienes deben jerarquizar la urgencia real de cada caso en relación con los servicios sanitarios disponibles en cada momento y lugar, por lo que el único dato que es percibido efectivamente por muchos usuarios es el tiempo de espera (que, en general, es considerado excesivo).

---

71. En este sentido, en relación con datos previos de la serie histórica (2010), véase «Dos de cada tres agresiones a médicos se producen en Atención Primaria», *El Día de Tenerife*, 19/1/2011, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.eldia.es/2011-01-19/sociedad/11-Dos-cada-tres-agresiones-medicos-producen-Atencion-Primaria.htm>]

**Tabla 16.**  
Número de agresiones a médicos por millón de consultas

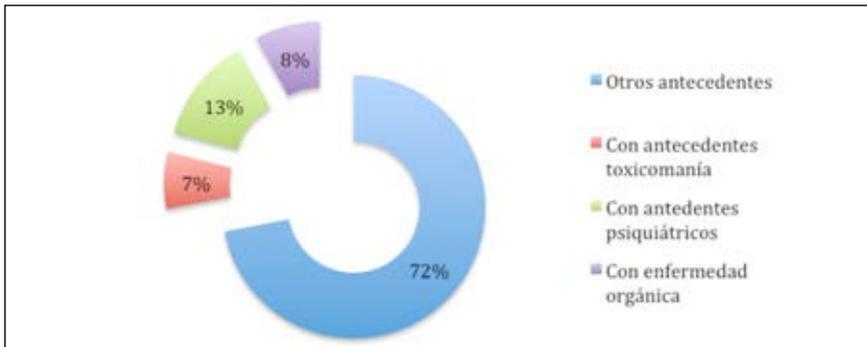
	CONSULTAS MÉDICAS/AÑO	CONSULTAS MÉDICAS (%)	AGRESIONES (%)	PORCENTAJE DE AGRESIONES AJUSTADO A MILLONES DE CONSULTAS REALIZADAS
<b>Atención Primaria</b>	241.000.000	74,5	55,2	0,98
<b>Hospital</b>	80.000.000	16,1	15,5	0,89
<b>Urgencias AP</b>	26.500.000	5,4	18,6	2,79
<b>Urgencias Hospital</b>	20.000.000	4	10,8	2,20

Fuente: OBSERVATORIO DE AGRESIONES (Organización Médica Colegial), *Estudio de Agresiones 2016*.

En relación con la frecuencia de las agresiones en el ámbito de la Atención Primaria concurren, sin lugar a dudas, en este punto otros factores diferenciales en los que la literatura especializada debe centrar su análisis. Me refiero, en concreto, a aspectos tales como el hecho de que los profesionales que actúan en Atención Primaria constituyen la primera línea de actuación del sistema sanitario frente al usuario/paciente, por lo que su grado de exposición frente a los mismos es mayor, o a cuestiones como la discrepancia con el tratamiento prescrito (en un momento, en el que la población tiene un mayor acceso –en muchos casos con poca capacidad crítica– a información médica a través de los medios de comunicación social o internet, fundamentalmente) o la respuesta agresiva de determinados usuarios del sistema de salud cuando se les deniega la concesión de una baja laboral, por ejemplo.

D) Antecedentes del agresor

**Tabla 17.**  
Antecedentes del agresor (España, 2014)



Fuente: OBSERVATORIO DE AGRESIONES (Organización Médica Colegial), *Estudio de Agresiones 2014*.

En relación con el perfil del agresor, en el año 2014 el 72% eran pacientes con otros antecedentes, el 8% padecían una enfermedad orgánica, el 13% contaban con antecedentes psiquiátricos y el 7% restante presentaba antecedentes relacionados con el uso de drogas (toxicomanías). Las cifras anteriores resultan sustancialmente análogas a las del año 2013 en el que el 68% de los agresores presentaban otros antecedentes, el 9% tenían una enfermedad orgánica, en el 13% de los casos concurrían antecedentes psiquiátricos y el 10% contaban con antecedentes por toxicomanía. Por otro lado, la prevalencia de agresores con antecedentes psiquiátricos y vinculados con las toxicomanías plantea otras cuestiones relevantes desde la perspectiva del Derecho (y particularmente, del Derecho penal), pues nos debe conducir a plantearnos la eventual imputabilidad del autor de la agresión en un porcentaje relevante de casos.

#### E) Tipología del agresor

**Tabla 18.**  
Tipología del agresor (España, 2016)

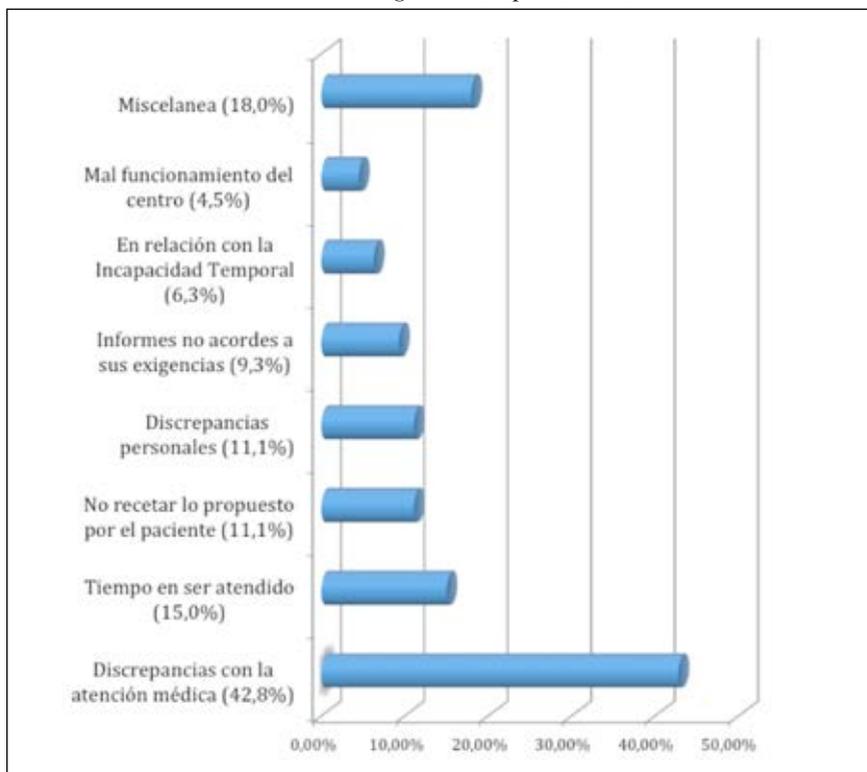


**Fuente:** OBSERVATORIO DE AGRESIONES (Organización Médica Colegial), *Estudio de Agresiones 2016*.

Entre los agresores, predominan los pacientes con un 71,5% de los casos en 2016, seguidos de los familiares del paciente (26,6% de los casos en 2016), quedando el restante 1,8% para los pacientes desplazados.

## F) Etiología de las agresiones a profesionales sanitarios

**Tabla 19.**  
Causa de las agresión (España, 2016)



Fuente: OBSERVATORIO DE AGRESIONES (Organización Médica Colegial), *Estudio de Agresiones 2016*.

En primer lugar, procede poner de manifiesto, en un estudio de la naturaleza del que aquí se desarrolla, que el establecer una serie de causas de la agresión a un profesional sanitario en ningún modo implica justificación de dichas conductas agresivas, sino al contrario, tratar de determinar las situaciones en las que dichos incidentes tienden a repetirse con la finalidad de establecer las oportunas acciones correctoras. En lo relativo a la etiología de las agresiones, en 2016 el 42,8% se atribuyeron a discrepancias con la atención médica, el 15% se vincularon al tiempo en ser atendido, el 11,1% se asociaron a no recetar el medicamento propuesto por el paciente, el 11,1% atendía a discrepancias personales, el 9,3% respondían a informes no acordes a sus exigencias, el 6,3% se vinculaban a desavenencias en relación con la Incapacidad Temporal, el 4,5% por malestar por el funcionamiento del centro, siendo reconducible el 18% restante a otras causas. Pro-

cede poner de manifiesto que los datos del año 2016, con las lógicas variaciones motivadas por el escaso tamaño de la muestra, resulta sustancialmente consistente con las tendencias observadas en este punto en la serie histórica respecto de la que se disponen de mediciones.

Una cuestión importante a la hora de analizar datos de estas características es poner de manifiesto que, en relación con la etiología de las agresiones, las cifras relativas resultan sustancialmente coincidentes en España y Francia, países respecto de los cuales disponemos de datos de agresiones a profesionales sanitarios desagregados con respecto a los motivos del incidente. Ello evidencia que la violencia contra los profesionales sanitarios no solamente constituye un fenómeno universal como han evidenciado los estudios internacionales, sino asimismo, que la tipología de la misma y los factores desencadenantes presentan muy probablemente perfiles análogos en los países de nuestro entorno geográfico y cultural.

#### G) Producción de lesiones a consecuencia de la agresión y presentación de denuncias

De acuerdo con el Observatorio de Agresiones, en el año 2016 el 13,4% de los actos violentos causaron lesiones, de las cuales el 41,2% fueron lesiones físicas y el 58,8% lo fueron psíquicas. En la serie histórica cabe resaltar que en los años 2014 y 2013 el 18% de los actos violentos generaron lesiones, mientras que en 2015 dicho porcentaje se elevó al 32%.

Una cuestión fundamental a efectos de nuestro estudio es la determinación de las consecuencias jurídicas derivadas de los actos violentos; de esta forma el Observatorio de agresiones de la OMC puso de manifiesto que en el año 2016 un 68% de las agresiones dieron lugar a la presentación de la correspondiente denuncia. De acuerdo con el estudio de agresiones del año 2016 aproximadamente en un 11% de los casos el médico agredido había sufrido agresiones previas.

La propia OMC a través del Observatorio de Agresiones ha desarrollado una labor proactiva al objeto de lograr que ninguna agresión a un profesional sanitario quede sin la respuesta jurídica oportuna, y para ello ha auspiciado los convenios firmados entre las Fiscalías Provinciales<sup>72</sup> y las Administraciones autonómicas con Colegios Oficiales de Médicos de diferentes

---

72. Por todos, véase *Convenio de colaboración entre la Fiscalía de la Comunitat Valenciana y el Colegio Oficial de Médicos de Valencia en materia de agresiones a médicos*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[https://www.fiscal.es/fiscal/PA\\_WebApp\\_SGNTJ\\_NFIS/descarga/175.-%20Convenio%20F.CC.AA.Valencia.%20y%20Colegio%20Médicos%20Valencia%20materia%20agresiones%20a%20médicos..pdf?idFile=d85053c9-ff8d-4e2f-af21-60be56c154e3](https://www.fiscal.es/fiscal/PA_WebApp_SGNTJ_NFIS/descarga/175.-%20Convenio%20F.CC.AA.Valencia.%20y%20Colegio%20Médicos%20Valencia%20materia%20agresiones%20a%20médicos..pdf?idFile=d85053c9-ff8d-4e2f-af21-60be56c154e3)]

CC.AA.<sup>73</sup> que han servido para avanzar en los procedimientos judiciales rápidos en esta esfera.

**Tabla 20.**  
Estudio de las agresiones desde el punto de vista jurídico-penal

<b>SENTENCIAS 2016</b>	
<b>Órgano Judicial competente</b>	
JUZGADO	71
AUDIENCIA PROVINCIAL	5
<b>Tipo delito</b>	
Delito leve	64
Delito menos grave	9
Delito grave	9
<b>Sentido del Fallo</b>	
Absolutorio	16
Condenatorio	56
Acuerdo	4
<b>Consecuencias jurídicas de naturaleza penal (Penas y Medidas de seguridad)</b>	
Privación de libertad	18
Privación de derechos, inhabilitaciones y prohibiciones	27
Multa	48
Medidas de seguridad	7

**Fuente:** OBSERVATORIO DE AGRESIONES (Organización Médica Colegial), *Estudio de Agresiones 2016*.

Finalmente, el estudio de agresiones del año 2016 ha implicado un análisis de una serie de sentencias vinculadas con agresiones a profesionales sanitarios cuyos resultados se reflejan en la tabla adjunta.

A la vista de la prevalencia continuada en el número de agresiones a profesionales sanitarios en España, y aprovechando el marco del día nacional contra las agresiones en el ámbito sanitario (20 marzo), la OMC ha ela-

---

73. De acuerdo con los datos suministrados por el Observatorio de Agresiones de la OMC en 2013, los Colegios Oficiales de Médicos contarían con Convenio con las Administraciones Públicas del País Vasco, Castilla León y Canarias, con Convenio con la Fiscalía en los casos de Navarra, Madrid, Castilla-la Mancha y la Comunidad Valenciana y con Convenios con ambas instituciones en Cataluña y Andalucía. Véase OBSERVATORIO DE AGRESIONES (OMC), *Estudio de Agresiones 2012*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.cgcom.es/documentacion\\_agresiones](http://www.cgcom.es/documentacion_agresiones)]

borado un manifiesto<sup>74</sup> que aboga por un tratamiento multidimensional del problema de las agresiones en la esfera sanitaria a partir del principio de tolerancia cero ante las agresiones al personal sanitario.

### 3.1.3. Datos del Servicio Andaluz de Salud (SAS)

En Andalucía la existencia de un Registro Informatizado de Agresiones dependiente del Servicio Andaluz de Salud (SAS) a partir del cual cabe desagregar la información incluso por provincias, nos suministra una herramienta muy útil de cara a analizar la prevalencia y la evolución de las agresiones en períodos temporales prolongados<sup>75</sup>. En concreto, y a partir de estudios que correlacionan las agresiones a profesionales sanitarios en las diferentes provincias andaluzas en el lapso 2007-2013 cabe establecer una serie de conclusiones.

**Tabla 21.**  
Agresiones a Profesionales SAS. Registro Informatizado de Agresiones  
(2007/2013)

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Agresiones totales</b>	875	815	750	957	1077	925	774
<b>Ratio agresiones diarias</b>	2,39	2,23	2,05	2,62	2,95	2,53	2,12
<b>Agresiones físicas</b>	231	182	195	211	245	214	194
<b>Agresiones verbales</b>	644	633	555	746	832	711	580

**Fuente:** CCOO. FEDERACIÓN DE SANIDAD Y SECTORES SOCIO SANITARIOS DE ANDALUCÍA, *Evolución de las agresiones al personal del SAS durante el período 2007-2013*, Mayo 2014.

- A) El promedio de agresiones durante la serie histórica analizada se sitúa en 882 al año con una media de 2,41 agresiones a profesionales sanitarios al día en Andalucía, lo que supone una cifra muy relevante ante la certidumbre de que dicho valor supone únicamente la punta del iceberg como consecuencia de la importante tasa de infradenuncia<sup>76</sup> concurrente en esta esfera.

74. ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA, *Manifiesto Día nacional contra las agresiones en el ámbito sanitario*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[https://www.cgcom.es/sites/default/files/manifiesto\\_agresiones\\_20\\_3\\_2013.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/manifiesto_agresiones_20_3_2013.pdf)]

75. Para una ampliación sobre el tema puede ser consultada la información obtenida de CCOO. FEDERACIÓN DE SANIDAD Y SECTORES SOCIO SANITARIOS DE ANDALUCÍA, *Evolución de las agresiones al personal del SAS durante el período 2007-2013*, Mayo 2014, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2014/05/evolucion-agresiones-en-el-sas-2007-2013.pdf>]

76. Véase CCOO. FEDERACIÓN DE SANIDAD Y SECTORES SOCIO SANITARIOS DE ANDALUCÍA, *Evolución de las agresiones al personal del SAS durante el período 2007-2013*, cit., p. 2.

- B) A lo largo del período analizado (2007-2013) las agresiones físicas se situaron en torno al 24% del total (1472 agresiones físicas sobre un total de 6173 incidentes), correspondiendo el 76% restante a agresiones de carácter verbal. Los datos suministrados permiten concluir que el 6,88% de la plantilla del Servicio Andaluz de Salud habría sufrido alguna agresión en los últimos 7 años.
- C) Teniendo en cuenta el peso demográfico de Andalucía en el conjunto de España, las cifras suministradas por el SAS resultan sustancialmente consistentes con las manejadas por el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad en el marco del Informe Grupo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud (2014).

### 3.1.4. *Estudios del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)*

Al hilo del proceso de incremento de la sensibilidad acerca de las agresiones a profesionales sanitarios se han elaborado diversos estudios y trabajos de campo particularmente centrados sobre el colectivo enfermero, lo cual no obsta para que la mayor parte de las conclusiones alcanzadas resulten extensibles al conjunto de profesionales sanitarios. En todo caso, y dado que el objeto de nuestro estudio radica en la violencia en el trabajo contra profesionales sanitarios proveniente de pacientes o personas de su entorno, quedarían fuera otras situaciones padecidas en el ámbito profesional por un porcentaje relevante del colectivo enfermero y objeto igualmente de trabajos doctrinales (nos referimos a cuestiones tan preocupantes y necesitadas de un estudio monográfico –fundamentalmente desde una perspectiva de género– como el acoso sexual, el *mobbing* o la inequidad salarial, entre otras<sup>77</sup>).

El tema de las agresiones a profesionales sanitarios ha constituido desde antiguo objeto de preocupación por parte de los organismos que agrupan al colectivo enfermero (Consejo Internacional de Enfermeras –CIE, *International Council of Nurses*–, Consejo General de Enfermería de España, Sindicato de Enfermeras-SATSE).

Ya en 1993 el Consejo Internacional de Enfermeras dictó una declaración enumerando como objetivos a conseguir en esta esfera los siguientes<sup>78</sup>:

- Examinar la prevalencia, la incidencia y los efectos del maltrato y de la violencia contra el personal de enfermería.

---

77. Para una ampliación sobre el particular, véase Margarita POBLETE TRONCOSO, Sandra VALENZUELA SUAZO, «Enfermeras en riesgo. Violencia laboral con enfoque de género», *Index Enferm.*, Vol. 14, nº 51, marzo 2005.

78. COMITÉ EDITORIAL, «Las agresiones al personal de enfermería en el puesto de trabajo», *Excel. Enferm.*, 2005, 2(11), [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.ce.isics.es/servlet/Satellite?cid=1072793423689&pagename=ExcelenciaEnfermera%2FPage%2Fplantilla\\_Editorial\\_EE&numRevista=11](http://www.ce.isics.es/servlet/Satellite?cid=1072793423689&pagename=ExcelenciaEnfermera%2FPage%2Fplantilla_Editorial_EE&numRevista=11)]

- Reconocer las reacciones de los/as enfermeros/as frente a incidentes de violencia.
- Determinar los factores principales de inseguridad en el lugar de trabajo.
- Presentar estrategias tendentes a enfrentar y reducir la violencia en el lugar de trabajo.

Ante la gravedad de las consecuencias que el fenómeno objeto de estudio ocasiona a los profesionales de la enfermería<sup>79</sup> y en coherencia con las recomendaciones anteriores del Consejo Internacional de Enfermeras, el Consejo General de Enfermería de España<sup>80</sup> ha elaborado estudios anuales sobre el particular, obteniendo como conclusiones más destacadas del último disponible (2015) las siguientes:

- 1) un 33% de las/os enfermeras/os han sufrido alguna agresión física o verbal en los últimos 24 meses;
- 2) las agresiones físicas representan un 25% del total de agresiones, siendo el 69% agresiones verbales y el restante 6% amenazas;
- 3) los responsables de las agresiones fueron:
  - el 52% familiares de los pacientes;
  - el 42% los propios pacientes;
  - el 6% acompañantes.

---

79. Por otro lado, el fenómeno citado no es, en ningún caso, privativo de España, ni siquiera de los estados occidentales en los que se ha cuantificado de manera más fidedigna. Véase M. ESMAELPOUR, M. SALSALI, F. AHMADI, «Violencia laboral contra enfermeras iraníes que trabajan en departamentos de urgencias», *Revista Internacional de Enfermería*, 58, 2011, pp. 141 y ss.

El mencionado trabajo pone de manifiesto que el 19,7% de las enfermeras informaron haber sufrido violencia física sin armas en los últimos 12 meses y la violencia verbal resultó mucho más frecuente (91,6%) que la propia violencia física en el mismo período. En este sentido, los familiares de los pacientes fueron la fuente más común de ambos tipos de violencia: tanto física (84,9%) como verbal (84,7%).

80. CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA, *Radiografía de las agresiones en el ámbito sanitario*, 2015.

El Consejo General de Enfermería engloba a los cincuenta y dos Colegios de Enfermería de España. Los datos técnicos del presente estudio sociológico son los siguientes.

Muestra: 1623 entrevistas a enfermeras/os de toda España

Nivel de error = +/- 4.07%.

Nivel de Confianza = 95,5%.

En dicha entrevista se preguntó: 1) ¿Ha sido usted testigo de alguna agresión al personal sanitario en su trabajo?; 2) ¿Quién la sufrió?; 3) ¿Ha sufrido usted algún tipo de agresión física o verbal en los últimos años? En caso afirmativo se preguntó: ¿Sufrió agresión física/verbal?; ¿Dónde tuvo lugar la agresión?; ¿El agresor era un paciente o un familiar del paciente?; ¿Cuál cree que pudo ser la causa de la agresión?; ¿Denunció usted la agresión?

- 4) En relación con las causas de las agresiones, el estudio determina que:
  - el 41% se asocia a frustraciones por no ver satisfechas sus expectativas de atención por parte del personal sanitario, en relación con el tiempo y el tipo de pruebas diagnósticas;
  - el 27% se vincula con un desacuerdo con las valoraciones o diagnósticos efectuados por el personal sanitario;
  - el 12% se debe a la no aceptación por parte del personal sanitario de las demandas específicas de los pacientes (prescripción/bajas);
- 5) los lugares donde han tenido lugar las agresiones han sido:
  - el 53% en atención especializada;
  - el 44% en atención primaria;
  - el 3% en emergencias;
- 6) solamente un 8% de las enfermeras/os objeto de agresiones físicas o amenazas han presentado denuncia. Ninguna enfermera/o ha presentado la correspondiente denuncia en el caso de las agresiones verbales.

### 3.1.5. *Institut Català de Salut*

Según datos obtenidos del *Institut Català de la Salut* (ICS)<sup>81</sup> podemos señalar que:

- 1) 7 de cada 10 profesionales han sufrido algún ataque físico o verbal a lo largo de su carrera, pero sólo un 5% denuncia las coacciones recibidas;
- 2) España es el país de Europa con mayor número de agresiones en centros sanitarios;
- 3) el 22% de los casos de agresiones en el caso de Cataluña, tienen lugar en el ámbito hospitalario y un 78% en Atención Primaria.

El incremento preocupante de los actos violentos contra los facultativos en todo el territorio español, tal como denuncian las organizaciones de profesionales, se constata en las diversas investigaciones llevadas a cabo. Así, entre otras, la realizada por el Colegio Oficial de Médicos de

---

81. Estudio citado en prensa, véase LA VANGUARDIA, «España el país de Europa en el que se registran más agresiones a personal sanitario», 16 de marzo de 2009, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.lavanguardia.com/vida/20090316/53660674129/espana-el-pais-de-europa-en-el-que-se-registran-mas-agresiones-al-personal-sanitario.html>]

Barcelona-COMB<sup>82</sup>: los datos, obtenidos tras realizar una encuesta a 1.500 médicos, desvelan que las agresiones verbales son las más frecuentes (44%), seguidas de las físicas (28%) y las amenazas (26%). Y retratan al agresor: un 48% pacientes y 30% familiares o acompañantes, mientras que el resto lo formaron enfermos psiquiátricos (11%) y toxicómanos (10%).

Incluso, ante la gravedad de la situación descrita han sido numerosas las medidas e iniciativas institucionales adoptadas. En el ámbito catalán, cabe citar, dada la centralidad de la institución de referencia, la inclusión de un epígrafe específico relativo a las «agresiones al personal sanitario y no sanitario» en el Informe anual que el *Síndic de Greuges* presentó al Parlamento catalán en el año 2007 (pp. 277-280)<sup>83</sup>. En este sentido, ante lo alarmante del problema de las agresiones a profesionales sanitarios, el *Síndic* considera oportuno abrir una actuación de oficio (A/O 03415/07) para conocer cuál es el estado actual de la situación y para valorar la efectividad del Protocolo que el Instituto Catalán de Salud elaboró sobre el particular.

Asimismo, el Departamento de Salud catalán elaboró un documento titulado «Situaciones de violencia» (2005), consistente en un tríptico que informa sobre la existencia del protocolo de procedimiento y prevención y actuación ante situaciones de violencia y se dan pautas para adoptar decisiones ante estas situaciones y prevenirlas.

En este sentido, procede destacar la iniciativa adoptada por el COMB al crear en 2010 la Unidad Integral de Violencia contra el Médico, encargada de asesorar integralmente al facultativo, tanto en el ámbito jurídico como en el de seguridad, existiendo un acuerdo-marco de colaboración con la Fiscalía Superior de Cataluña, con un fiscal interlocutor y un convenio de colaboración con los *Mossos d'Esquadra* asignándose a un miembro de dicho cuerpo el carácter de enlace permanente<sup>84</sup>.

---

82. Véase Patricia MATEY, «Agresiones contra médicos», *Intramed*, 19 de marzo de 2005, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=33147>]

83. SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA, *Informe al Parlamento 2007*, 2007, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.sindic.cat/site/unitFiles/2284/INFORME%20AL%20PARLAMENT%20CASTELLANO.pdf>]

84. Véase Josep ARIMANY-MASÓ, Dolores CLOS MANSÓ, E. L. GÓMEZ-DURÁN, «Sobre las agresiones a profesionales sanitarios», *Atención Primaria*, 48(3), 2016, pp. 147 y ss.

3.1.6. *Registro de agresiones y Observatorio de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sección de Agresiones al personal de Centros Sanitarios)*

En la Junta de Castilla y León, se ha creado el Registro de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud<sup>85</sup>. Posteriormente se creó el Observatorio de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, mediante Decreto 48/2009, de 16 de julio<sup>86</sup> y constituido el 17 de noviembre de 2009, configurándose como un órgano colegiado de carácter consultivo y de seguimiento, propuesta, participación, análisis y evaluación de las situaciones de riesgo de agresiones en la Gerencia Regional de Salud. Finalmente, la estructura y la base normativa han sido modificadas pues mediante Decreto 52/2014, de 16 de octubre, se crea y regula el Observatorio de Agresiones de la Comunidad de Castilla y León, dentro del que se integra la Sección de Agresiones al personal de centros sanitarios<sup>87</sup>.

Su finalidad es la de conocer, analizar y evaluar la situación de riesgo de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud, así como proponer actuaciones de prevención e intervención para la mejora de la relación entre profesionales y usuarios. Por otro lado, se pretende que dicho organismo sirva de foro de diálogo permanente entre Administraciones y otros colectivos sociales al contar con representación de la Gerencia Regional de Salud, de otras Consejerías de la Junta de Castilla y León, Delegación del Gobierno, Federación Regional de Municipios y Provincias, Fiscalía de Castilla y León, Consumidores y Usuarios, las Universidades Públicas de Castilla y León, Colegios Profesionales, Organizaciones Sindicales y la Confedera-

---

85. El Registro de Agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud, fue puesto en funcionamiento el 1 de julio de 2008 (su creación fue prevista en el pacto de 4 de febrero de 2008 sobre las actuaciones a desarrollar para elaborar el Plan Integral frente a las agresiones).

86. Boletín Oficial de Castilla y León de 22 de julio de 2009, [en línea], [última consulta el 30 de mayo de 2013], disponible en internet: [<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/recursos-humanos/observatorio-agresiones>]. Dicho decreto fue remitido en fase de proyecto al Consejo General del Poder Judicial, emitiendo el Pleno de dicho Organismo Informe de 26 de mayo de 2009, en el que se concluía que la inclusión de un Magistrado como miembro del Observatorio de Agresiones al Personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León –que se contemplaba en el artículo 5.2.4.b del Proyecto remitido– no era conforme con el régimen de incompatibilidades aplicable a los miembros de la Carrera Judicial y, en concreto, con las previsiones contenidas en el artículo 389.7º de la Ley Orgánica del Poder Judicial. Ello se entendía, en todo caso, sin perjuicio de que por la propia Comunidad Autónoma pudieran diseñarse otras fórmulas de colaboración, que sin implicar la incorporación como miembros del órgano administrativo, de Magistrados en activo, permitiesen alcanzar los objetivos pretendidos.

87. Para una ampliación sobre la estructura actual del Observatorio de Agresiones (Sección de Agresiones al personal de centros sanitarios), véase Portal de Salud de la Junta de Castilla y León, «Observatorio de Agresiones» [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/prevencion-riesgos-laborales/plan-integral-frente-agresiones/observatorio-agresiones>]. Dicha página web contiene igualmente el conjunto de la documentación recopilativa de los estudios de agresiones a profesionales del sector salud en Castilla y León, a partir de la cual se han extraído los datos presentados en el presente epígrafe.

ción de Organizaciones Empresariales (participan como expertos la Fiscalía de Castilla y León y el Colegio de Periodistas de Castilla y León).

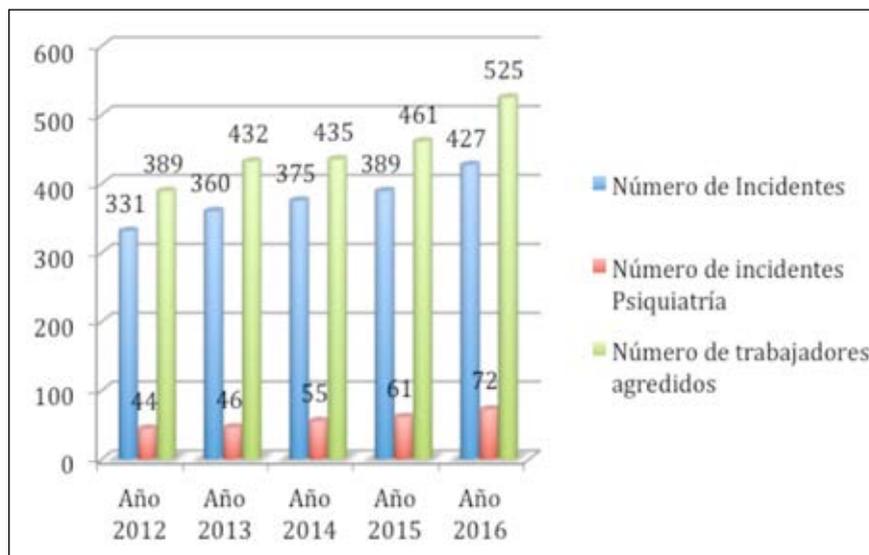
El Pacto de 4 de febrero de 2008 sobre las actuaciones a desarrollar para elaborar el Plan Integral frente a las agresiones, define la agresión como «cualquier situación inminente peligrosa cometida contra los profesionales de la Gerencia Regional de Salud en el ejercicio de su profesión. Causada por pacientes, usuarios, familiares o acompañantes. Que cause un daño físico o psicológico en la persona o perjudique la propiedad. En los siguientes supuestos: amenazas, abusos verbales o físicos, comportamientos intimidatorios, ataques físicos y coacciones o ataques sexuales».

El Observatorio de Agresiones de Castilla y León distingue tres conceptos distintos relacionados entre sí:

- 1) El incidente violento propiamente dicho.
- 2) El número de trabajadores agredidos, que puede ser igual o superior al número de incidentes producidos.
- 3) Por último, la naturaleza de las agresiones, que pueden ser de tres tipos: verbales; físicas; psicológicas.

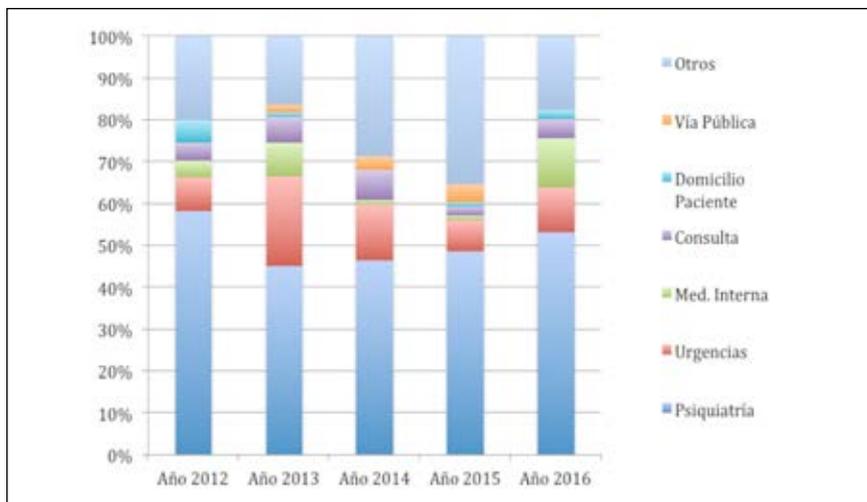
**Tabla 22.**

Incidentes registrados y trabajadores agredidos  
(Observatorio de agresiones-Sección de agresiones al personal de centros sanitarios, Castilla y León, Evolución 2012-2016)



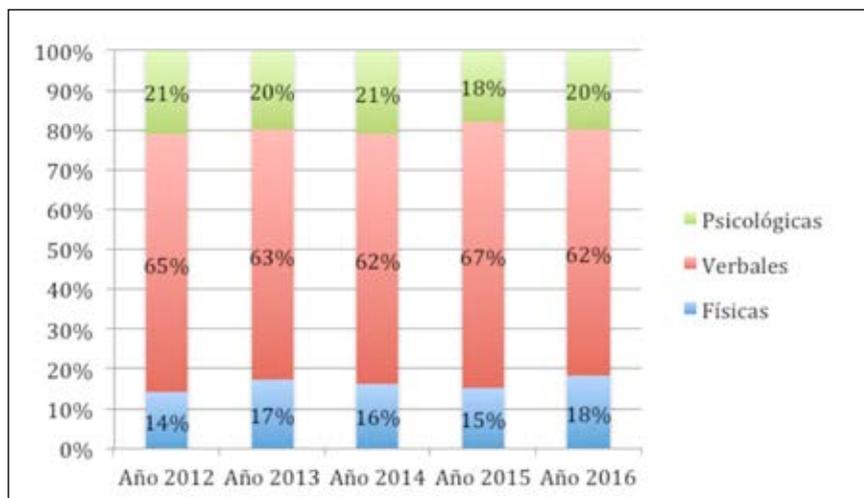
Fuente: Observatorio de Agresiones, Castilla y León.

**Tabla 23.**  
Lugar de producción de los incidentes  
(Observatorio de Agresiones-Sección de agresiones al personal de centros sanitarios, Castilla y León, Evolución 2012-2016)



Fuente: Observatorio de Agresiones, Castilla y León.

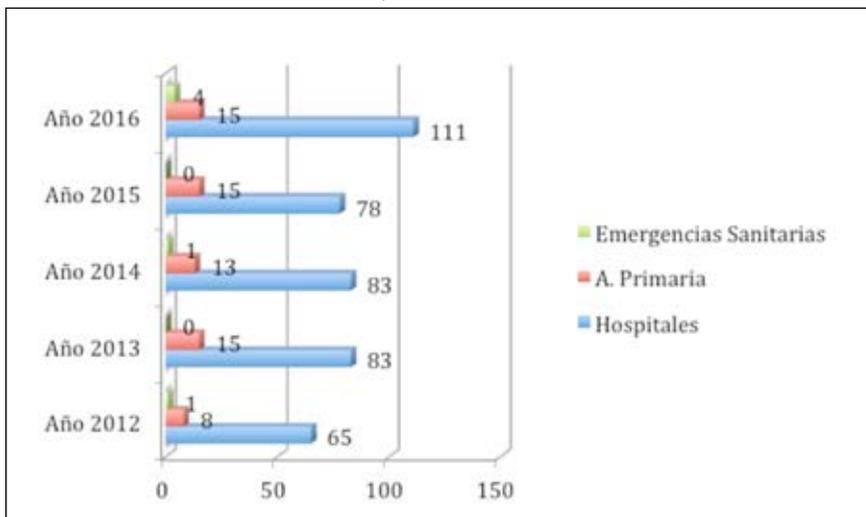
**Tabla 24.**  
Agresiones registradas por tipo en porcentaje  
(Observatorio de agresiones-Sección de agresiones al personal de centros sanitarios, Castilla y León, Evolución 2012-2016)



Fuente: Observatorio de Agresiones, Castilla y León.

**Tabla 25.**

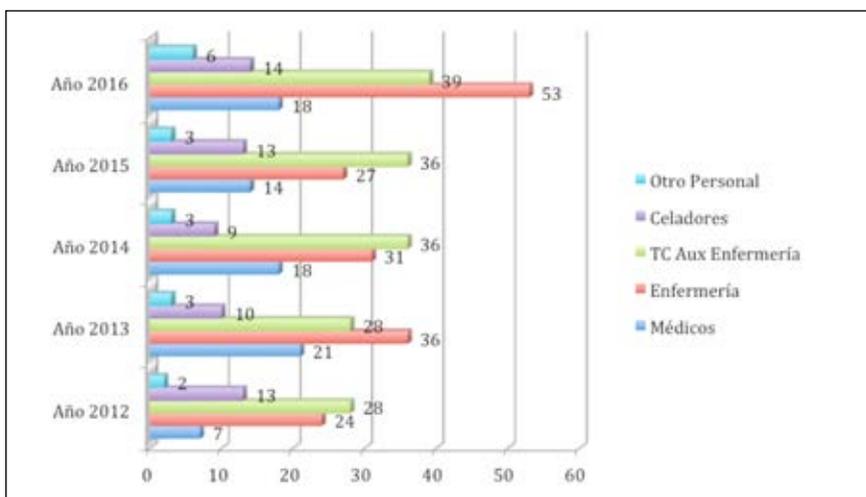
Tabla 25. Agresiones físicas por ámbitos asistenciales  
(Observatorio de agresiones-Sección de agresiones al personal de centros sanitarios, Castilla y León, Evolución 2012-2016)



Fuente: Observatorio de Agresiones, Castilla y León.

**Tabla 26.**

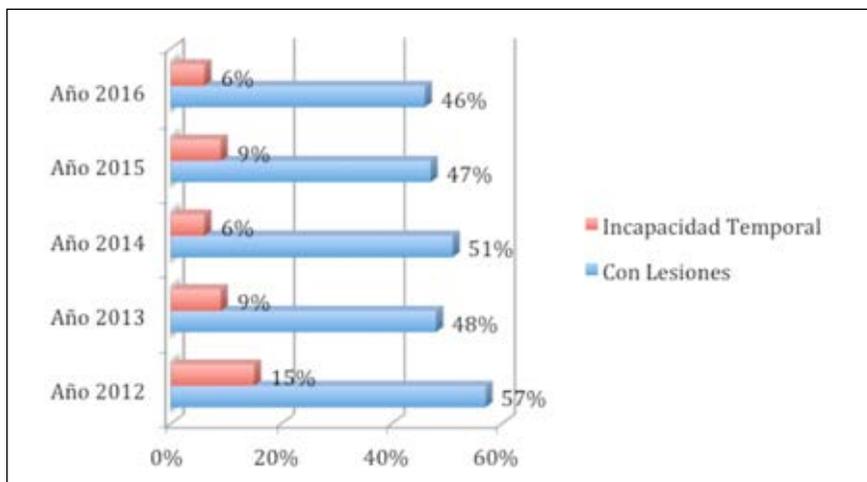
Registro de agresiones físicas por categorías profesionales  
(Observatorio de agresiones-Sección de agresiones al personal de centros sanitarios, Castilla y León, Evolución 2011-2015)



Fuente: Observatorio de Agresiones, Castilla y León.

**Tabla 27.**

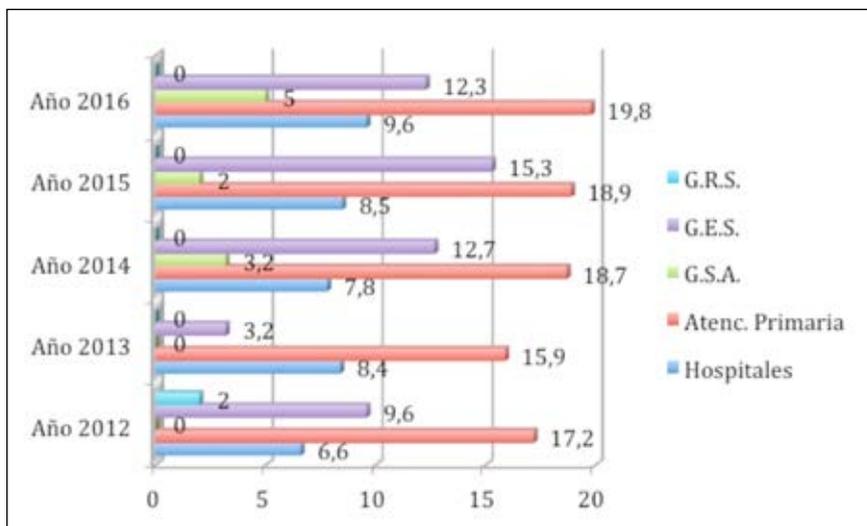
Agresiones físicas. Producción de lesiones e incapacidad temporal  
(Observatorio de agresiones-Sección de agresiones al personal de centros sanitarios, Castilla y León, Evolución 2012-2016)



Fuente: Observatorio de Agresiones, Castilla y León.

**Tabla 28.**

Índice de incidencias por ámbitos asistenciales  
(Observatorio de agresiones-Sección de agresiones al personal de centros sanitarios, Castilla y León, Evolución 2012-2016)

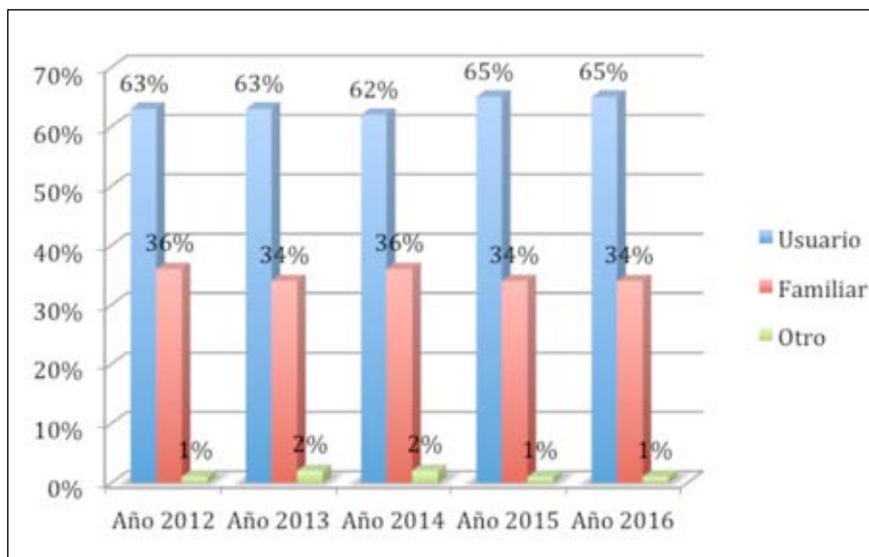


Fuente: Observatorio de Agresiones, Castilla y León.

**Tabla 29.**

Datos del autor

(Observatorio de agresiones-Sección de agresiones al personal de centros sanitarios, Castilla y León, Evolución 2012-2016)



Fuente: Observatorio de Agresiones, Castilla y León.

El resumen de los datos obtenidos por el Observatorio de Castilla y León permite establecer una serie de consideraciones pasados más de un lustro desde su puesta en funcionamiento. En primer lugar, la tendencia a lo largo de toda la serie histórica estudiada es muy negativa, incrementándose anualmente tanto el número de incidentes violentos como el de trabajadores agredidos, alcanzando en 2016 su máximo histórico de 427 agresiones (excluida Psiquiatría) y de 525 trabajadores agredidos. Por otro lado, el índice de incidencia mayor del número de agresiones se da en Atención Primaria y en los Servicios de Emergencias Sanitarias (salvo en el año 2013 en el que el segundo lugar fue ocupado por Hospitales). Ello constituye una característica que se repite en los distintos estudios de agresiones a profesionales sanitarios tanto a nivel nacional español como internacional, en los que se aprecia la importante exposición a dicho fenómeno de los servicios de urgencias y de atención primaria. Probablemente lo anterior se explica por tratarse de servicios muy expuestos al contacto directo con el paciente sin ningún filtro preliminar, como sí ocurre con servicios especializados. No obstante, y si nos centramos en agresiones físicas el mayor riesgo porcentual se ubica en el área de psiquiatría, lo que desde el punto de vista de la valoración jurídico-penal de los hechos desde la perspectiva del autor nos sitúa ante el problema de la imputabilidad del mismo.

Otro dato suministrado por el Observatorio de Agresiones de Castilla y León que resulta consistente con las tendencias concurrentes en la esfera nacional e internacional es la ostensiblemente mayor prevalencia de agresiones verbales y psicológicas (más de 4/5 total en todos los años de la serie histórica registrada en Castilla y León 2012-2016) frente a las físicas (menos de 1/5 en todo dicho periodo, situándose entre el 14 y el 18%).

Las categorías profesionales con mayor número absoluto de agresiones físicas son, en primer lugar, el personal de enfermería (171 agresiones), seguido del personal auxiliar de enfermería (167 agresiones en el periodo 2012-2016 considerado) y de los médicos (78 agresiones). Finalmente, en cuanto a la tipología del agresor a lo largo de toda la serie histórica en torno a un 65% de los casos las agresiones proceden de los pacientes/usuarios mientras que en un 35% aproximadamente son causadas por familiares.

### 3.1.7. *Observatorio sobre agresiones a profesionales de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud)*

En el año 2015<sup>88</sup> Osakidetza registró 518 notificaciones por agresión verbal o física a profesionales, de las cuales 149 fueron, de acuerdo con la taxonomía del referido Observatorio, accidentes (agresiones con resultado de lesión) y 369 incidentes (agresiones que no causan lesión). De los 369 incidentes, 152 fueron agresiones no físicas de grado 1 (insultos y vejaciones); 143, agresiones no físicas de grado 2 (amenazas, intento de agresión o uso de armas); y el resto, violencia contra bienes materiales.

En cuanto a la distribución de los accidentes (agresiones que producen lesión) por áreas de trabajo, quedan reflejados en la siguiente tabla.

---

88. El conjunto de los datos de notificaciones por agresión verbal o física a profesionales de Osakidetza en el año 2015, incluyendo las correspondientes tablas, han sido obtenidos del siguiente enlace institucional: IREKIA, «El observatorio sobre agresiones a profesionales de Osakidetza estudiará nuevas medidas para reforzar su protección personal y jurídica», 15 de marzo de 2016. [en línea], [última consulta el 25 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://www.irekia.euskadi.eus/es/news/31533-observatorio-sobre-agresiones-profesionales-osakidetza-estudiara-nuevas-medidas-para-reforzar-proteccion-personal-juridica>].

**Tabla 30.**

Distribución de los accidentes por áreas de trabajo (OSAKIDETZA, año 2015)

AREA DE TRABAJO	ATENCIÓN PRIMARIA	HOSPITALIZACIÓN	PSIQUIATRÍA	URGENCIAS	SIN ASIGNAR	TOTAL
Accidentes	17	39	77	15	1	149
Con Baja	5	6	16	1	0	28
Sin Baja	12	33	61	14	1	121

Fuente: Observatorio sobre agresiones a profesionales de Osakidetza.

En cuanto a la distribución del conjunto de las notificaciones (agresiones e incidentes) por grupo profesional, en el año 2015 se estructuró de la siguiente manera:

**Tabla 31.**

Distribución de notificaciones por grupo profesional (OSAKIDETZA, año 2015)

CATEGORIA	TOTAL	INCIDENTES	ACCIDENTES	CON BAJA	SIN BAJA
Diplomados Sanitarios	156	116	40	8	32
Facultativos Médicos y Técnicos	129	112	17	2	15
Subalternos Operarios / Celadores	27	15	12	1	11
Técnicos Auxiliares Administración	55	50	5	1	4
Técnicos Auxiliares Profesionales	2	2	0	0	0
Técnicos Auxiliares Sanitarios	145	71	74	16	58
Técnicos Especialistas Administración	2	1	1	0	1
Técnicos Especialistas Profesionales	0	0	0	0	0
Técnicos Especialistas Sanitarios	2	2	0	0	0
Técnicos Medios	0	0	0	0	0
Técnicos Superiores	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>518</b>	<b>369</b>	<b>149</b>	<b>28</b>	<b>121</b>

Fuente: Observatorio sobre agresiones a profesionales de Osakidetza

Finalmente, la distribución por sexo respondió al siguiente esquema:

**Tabla 32.**  
Distribución de notificaciones por sexo (OSAKIDETZA, año 2015)

SEXO	HOMBRE	MUJER
TOTAL	92	426
INCIDENTES	63	306
ACCIDENTES	29	120
CON BAJA	4	24
SIN BAJA	25	96

Fuente: Observatorio sobre agresiones a profesionales de Osakidetza

Osakidetza registró en 2016<sup>89</sup> un total de 473 notificaciones por agresión verbal o física a profesionales del Servicio Vasco de Salud, cerca de un 9% menos respecto a las 518 consignadas el año anterior. De ellas, 123 fueron accidentes, es decir, agresiones con resultado de lesión (frente a 149 en 2015) y 350 incidentes, esto es, agresiones que no causan lesión (frente a 369 en 2015).

**Tabla 33.**  
Distribución de los accidentes por áreas de trabajo (OSAKIDETZA, año 2016)

AREA DE TRABAJO	ATENCIÓN PRIMARIA	HOSPITALIZACIÓN	PSIQUIATRÍA	URGENCIAS	TOTAL
Accidentes	8	45	47	23	123
Con Baja	4	10	13	4	31
Sin Baja	4	35	34	19	92

Fuente: Observatorio sobre agresiones a profesionales de Osakidetza

89. El conjunto de los datos de notificaciones por agresión verbal o física a profesionales de Osakidetza en el año 2016, incluyendo las correspondientes tablas, han sido obtenidos del siguiente enlace institucional: EUSKADI.EUS, «Las agresiones denunciadas por los y las profesionales de Osakidetza descendieron en 2016 un 9% respecto al año anterior, según el informe anual», 15 de marzo de 2017. [en línea], [última consulta el 25 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/noticia/2017/las-agresiones-denunciadas-por-los-y-las-profesionales-de-osakidetza-descendieron-en-2016-un-9-respecto-al-ano-anterior-segun-el-informe-anual/>]

**Tabla 34.**  
Distribución de notificaciones por grupo profesional (OSAKIDETZA, año 2016)

CATEGORIA	TOTAL	INCIDENTES	ACCIDENTES	SIN BAJA	CON BAJA
Diplomados Sanitarios	137	100	37	29	8
Facultativos Médicos y Técnicos	163	152	11	7	4
Subalternos Operarios / Celadores	35	16	19	17	2
Técnicos Auxiliares Administración	33	33	0	0	0
Técnicos Auxiliares Profesionales	1	0	1	0	1
Técnicos Auxiliares Sanitarios	95	41	54	39	15
Técnicos Especialistas Administración	2	2	0	0	0
Técnicos Especialistas Profesionales	0	0	0	0	0
Técnicos Especialistas Sanitarios	4	4	0	0	0
Técnicos Medios	3	2	1	0	1
Técnicos Superiores	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>473</b>	<b>350</b>	<b>123</b>	<b>92</b>	<b>31</b>

Fuente: Observatorio sobre agresiones a profesionales de Osakidetza

**Tabla 35.**  
Distribución de notificaciones por sexo (OSAKIDETZA, año 2016)

SEXO	HOMBRE	MUJER
<b>TOTAL</b>	99	374
<b>INCIDENTES</b>	68	282
<b>ACCIDENTES</b>	31	92
<b>CON BAJA</b>	7	24
<b>SIN BAJA</b>	24	68

Fuente: Observatorio sobre agresiones a profesionales de Osakidetza

### 3.2. ESTUDIOS DOCTRINALES

Un estudio realizado por los profesores de la Universidad de Zaragoza GASCÓN, CASALOD, MARTÍNEZ-JARRETA et al. y publicado por la revista *International Journal of Occupational and Environmental Health*<sup>90</sup> en el año 2009, establece como conclusiones más relevantes las siguientes:

- 1) Un 64% de los profesionales sanitarios habían sufrido amenazas, intimidaciones e insultos. En este punto, un 34% sufrieron amenazas o intimidaciones al menos en una ocasión y un 23,8% repetidamente.
- 2) Un 11% había sido víctima de agresiones físicas;
- 3) Un 5% había sufrido actos violentos en más de una ocasión;
- 4) Más de un 35% había sufrido insultos en más de una ocasión y un 24,3% repetidamente
- 5) En general, la incidencia de los actos agresivos fue mayor en los hospitales de mayor tamaño.
- 6) Los mayores niveles de incidencia se observan en los servicios de Urgencias y Emergencias y en los de Psiquiatría<sup>91</sup>.

En el caso de Andalucía se han realizado algunos estudios de prevalencia de agresiones a profesionales sanitarios de gran interés por la relevancia de los datos que suministra. De esta manera, MUÑOZ PASCUAL, DELGADO DE MENDOZA RUIZ, ROMERO RUIZ, BERMÚDEZ LUQUE, CABRERA COBOS<sup>92</sup> llevan a cabo un estudio descriptivo transversal que incluye registros desde abril 2005 a marzo 2006 (periodo que contiene el primer año de implantación del registro sobre agresiones al personal en el ámbito de un distrito sanitario y un hospital de instituciones sanitarias públicas en la provincia de Má-

---

90. Véase S. GASCÓN, B. MARTÍNEZ-JARRETA, F. GONZÁLEZ-ANDRADE, M. Ángel SANTED, Y. CASALOD, M. A. RUEDA, «Aggression towards health care workers in Spain. A multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments», *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2009, vol. 15, Issue 1, pp. 29 y ss.

91. Los datos técnicos del referido estudio son los siguientes.

- Muestra 1826 cuestionarios.
- 64,2% de la muestra mujeres.
- 35,8% de la muestra hombres.
- Edad media 41,84 años.
- Clasificados en los siguientes grupos profesionales: médicos/as 33,5%; enfermeras/os 47,5%; personal de administración y servicios 7,9%, el resto para el personal técnico, directivos y celadores.

92. Véase José Carlos MUÑOZ PASCUAL, Begoña DELGADO DE MENDOZA RUIZ, Adolfo ROMERO RUIZ, Juan Carlos BERMÚDEZ LUQUE, FRANCISCO CABRERA COBOS, «Agresiones al personal de los servicios de salud», *Enfermería docente*, 2008, 89, pp. 15 y ss.

laga). Si bien dicho trabajo no se limita al colectivo enfermero<sup>93</sup>, sino que estudia las agresiones a profesionales sanitarios sea cual sea su categoría profesional (incluyéndose en el estudio datos como centros sanitarios, pretensión del agresor y franja horaria y tipo de agresión –física o verbal–), las conclusiones del mismo se vincularon fundamentalmente a las actitudes y situación del colectivo enfermero frente al fenómeno de las agresiones.

Los datos del trabajo revelan las agresiones sufridas por el personal sanitario y no sanitario en el primer año de la puesta en marcha del plan de agresiones 2005-2006.

Siguiendo las cifras suministradas por los autores del estudio<sup>93</sup>, cabe afirmar que de los 57 casos producidos durante este periodo, sólo dos solicitaron asistencia jurídica, y en ningún caso fue requerida ayuda psicológica. Por categoría profesional, fueron los médicos EBAP (Equipo Básico de Atención Primaria), DCCU (Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias) los que denunciaron mayor número de agresiones con un 34%, seguidos de los auxiliares administrativos con un 15,1% y los enfermeros EBAP con un 13,2%. A nivel de los centros sanitarios, el Hospital recogió el 41,5% de los actos violentos, seguido del C.S. 4 con un 15,1%. En el extremo opuesto de la conflictividad se situarían el C.S. 6, el C.S. 8, el C.S. 1 con un 1,9 % del total de las acciones agresivas.

En cuanto a la distribución de la agresión según la pretensión del agresor es la siguiente: un 37,7% pretendía una atención inmediata, un 22,6% por discusión con los usuarios, el 20,8%, por desacuerdo en la atención y 13,2%, desacuerdo en la atención más atención inmediata.

Por tipo de agresión, el 15,1% proferían gritos e insultos para lograr su fin; el 13,2%, utilizaban los insultos y la amenaza verbal; un 11,3%, gritos y amenaza verbal; el 9,4%, gritos, insultos y amenaza verbal; el 7,5%, gritos, insultos, amenaza verbal y agresión física y un ulterior 7,5% empleaban gritos, amenaza verbal y maltrato de instalaciones<sup>94</sup>.

Entre las conclusiones alcanzadas a partir de este estudio por parte de los autores<sup>95</sup> cabe destacar que, por un lado, se constata que la elevada presión asistencial puede constituir un factor importante en relación con el problema estudiado; en este sentido, y con base en el hecho de que los servicios de urgencias reciben a un gran número de ciudadanos al día ello explicaría en cierta medida el nivel de agresiones generado en dichos servicios, a lo cual coadyuvaría asimismo el importante grado de ansiedad y estrés que una urgencia implica. Por último, el citado trabajo evidencia que los profesionales habitualmente desconocen las actuaciones a seguir en contextos agresivos y que, en numerosos casos, tienen tan asumidos estos

---

93. *Ibidem*, pp. 16 y ss.

94. *Ibidem*, p. 17.

95. *Ibidem*, p. 17.

comportamientos anómalos por parte de los usuarios que llegan a interpretarlos como algo normal en su quehacer (salvo en el caso en el que la situación degenera en una agresión física).

Asimismo, el estudio realiza una serie de recomendaciones de gran interés práctico<sup>96</sup>:

- Creación de un Observatorio de Agresiones al Personal Sanitario, que permitiría la detección precoz de estos percances y facilitaría la adopción de las actuaciones pertinentes.
- Desarrollo completo del Plan de Prevención y Atención a las agresiones para profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Finalmente, se destaca la importancia de la colaboración ciudadana.

CÁRCOBA RUBIO, AIZPURU MARTÍNEZ, ARANCÓN VAQUERO, ESTEBAN MATA, GONZÁLEZ MATA, ZULUETA GOROSABEL<sup>97</sup> han llevado a cabo un estudio sobre las agresiones producidas a profesionales del servicio de urgencias del Hospital de Cruces (Baracaldo-Vizcaya). Los datos fueron recogidos mediante una hoja de notificación de agresiones con un cuestionario que se puso a disposición del personal en distintas áreas del Servicio de Urgencias del 1 de mayo al 10 de octubre de 2009. En dicho periodo se reflejaron 22 situaciones violentas. El 86,36% de las agresiones notificadas fueron verbales (insultos el 63,15%, amenazas el 36,84% y de carácter sexista el 10,52%) y el 13,63% físicas. El 68,18% de las agresiones fueron sufridas por enfermeros/as, el 13,63% por celadores/as, el 13,63% por médicos/as y el 4,54% por personal administrativo.

Como conclusiones del trabajo, los autores consideran llamativo que el 40% del personal considerase estos incidentes como leves, al entenderlos como una carga inherente al ejercicio profesional. A resultas de lo anterior, la magnitud del problema de la violencia ocupacional permanece oculto. Ello se evidenciaría en la contradicción existente entre los datos reflejados en las encuestas y la escasez de denuncias recibidas en la Unidad de Salud Laboral durante el periodo de estudio.

Inciendo en la idea puesta de manifiesto en el estudio anterior (gran peso estadístico de la infranotificación o infradenuncia) resulta reseñable el trabajo llevado a cabo por parte de MAYORCA YANCÁN, LUCENA GARCÍA,

---

96. *Ibidem*, p. 17.

97. Nerea CÁRCOBA RUBIO, Alfonso AIZPURU MARTÍNEZ, José Antonio ARANCÓN VAQUERO, Ascensión ESTEBAN MATA, Sonia GONZÁLEZ MATA, María ZULUETA GOROSABEL, «Agresiones a profesionales del Servicio de Urgencias del Hospital de Cruces», *Ciber Revista SEEUE (Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias)*, Segunda Época, N° 1, Enero-Febrero 2010, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina5.html>]

CORTÉS MARTÍNEZ, LUCERNA MÉNDEZ<sup>98</sup> quienes centran su análisis en conocer el nivel de infradeclaración y analizar sus motivos. El estudio se llevó a cabo en la Agencia Pública Empresarial Hospital de Poniente y evidenció un 67,6% de agresiones no declaradas. En el marco de dicho estudio el 40,8% de los encuestados manifestaban haber sufrido alguna agresión durante el periodo objeto de estudio (últimos dos años) y el 64% haber sufrido un hecho violento en un momento determinado de su vida laboral. En relación con la infranotificación, los motivos de la misma recogidos en el trabajo referido eran los siguientes: por considerar la poca utilidad del registro en un 32,8% de los casos, un apartado muy heterogéneo de «otros motivos» en un 29,9% de los supuestos, creer que es normal que pasen estas cosas en un 25,4% de los casos, por no tener tiempo para hacerlo en un 23,9% y considerar que la agresión no fue importante en un 17,9% de los casos<sup>99</sup>. Como acertadamente extrapolan los autores del estudio, la yuxtaposición de los motivos «creer que es normal que pasen estas cosas» y la «agresión no fue importante» resulta en un 43,3% de trabajadores que minimizarían las agresiones.

También en el contexto sanitario andaluz ALMANZOR ELHADAD y MARTÍN GALÁN<sup>100</sup> han llevado a cabo un estudio a partir de la comparación entre el número de agresiones recogido en el Registro Informático de Agresiones del Sistema Sanitario Público de Andalucía con los recogidos por el Servicio de Seguridad en el bienio 2012/13 en un centro sanitario público andaluz en el que trabajan un total de 7.200 profesionales. El citado trabajo pone de manifiesto de manera palmaria la importancia cuantitativa de la infradenuncia en relación con hechos violentos en el sector sanitario, pues en el periodo tomado como referencia se tenía constancia de 88 agresiones en el Registro Informático de Agresiones mientras que el número de incidentes violentos contabilizados por la empresa de seguridad elevaba dicha cifra a los 267 episodios de violencia. El problema de una situación como la descrita es que resta operatividad a las medidas que puedan ser adoptadas por las autoridades sanitarias al efecto (tales como el diseño de mapas de riesgo y

---

98. En relación con el proceso de infranotificación, véase Iván Arturo MAYORCA YANCÁN, Silvia LUCENA GARCÍA, María Elena CORTÉS MARTÍNEZ, María Ángeles LUCERNA MÉNDEZ, «Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas?», *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 2013, 59, pp. 235 y ss. Dichos autores destacan las causas vinculadas a la citada infranotificación, entre las que se encuentran a su juicio la existencia de procedimientos de registro poco claros, la falta de apoyo a las víctimas de las agresiones por parte de los superiores, la aceptación de la violencia en el entorno sanitario como parte del trabajo normal, dado que muchas de las agresiones no resultan en lesiones considerables, la falta de tiempo para rellenar los registros, el creer que realizar el registro no supondrá ninguna diferencia en la realidad actual o el hecho de que muchos pacientes envueltos en los episodios son pacientes psiquiátricos o bajo un estrés extremo, corrientemente no considerados violentos por los trabajadores o administradores sanitarios.

99. *Ibidem*, p. 250.

100. Federico Ismael ALMANZOR ELHADAD, Ángel María MARTÍN GALÁN, «Agresiones a profesionales de la Salud: la verdadera dimensión del problema», *Hygia*, 88, 2015, pp. 5 y ss.

la implementación de medidas protectoras coherentes con el documento anterior) pues las mismas se establecen a partir de un número relativamente pequeño de episodios violentos registrados.

Por último, en Cataluña CANTERA, CERVANTES, BLANCH<sup>101</sup> publicaron en el año 2008 un trabajo en el que se presenta el diseño y los resultados de la implementación en diversos centros sanitarios de Cataluña de la web [www.violenciaocupacional.net](http://www.violenciaocupacional.net), que constituye un sistema informatizado de Notificación on-line de Incidentes Violentos (NIV) a partir del cual se estudia la tipología y la prevalencia de esta violencia en el colectivo de los profesionales sanitarios, se identifican los principales factores de riesgo de la misma y se comparan los datos obtenidos con los de otras investigaciones de referencia. De acuerdo con los autores citados el cuestionario de violencia ocupacional incluido en la web referida permite un registro integrado de características y circunstancias de incidentes violentos contra profesionales de la salud en tiempo real y de modo confidencial. Los diversos centros de salud incluidos en el proyecto tomaron parte en el mismo de manera absolutamente voluntaria y la inclusión de datos en la web (notificación) se produce por parte de una sola persona de cada centro, perteneciente a los departamentos de recursos humanos o de prevención de riesgos laborales. Los principales datos extraídos de dicho trabajo serían los siguientes:

- En un período de 3 años (desde el 01-01-2005 al 31-12-2007) se registraron 846 incidentes violentos en un colectivo aproximado de 18.500 personas (38 centros de salud participaban en el proyecto).
- Del total de episodios violentos un 36% constituían agresión física, y en un 80% de los mismos nos hallábamos ante una agresión verbal (que podía concurrir con la anterior).
- En cuanto al personal afectado por las agresiones en un 48% las sufrieron el personal de enfermería, en un 32% médicos/as, en un 13% personal técnico y administrativo y en un 7% profesionales de otros sectores<sup>102</sup>.

---

101. Véase Leonor M. CANTERA, Genís CERVANTES, Josep M. BLANCH, «Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios», *Papeles del Psicólogo*, 2008, Vol. 29 (1), pp. 49 y ss.

102. Básicamente los datos coinciden en términos generales con los publicados por el mismo grupo de trabajo en un estudio ulterior dos años después, véase Genís CERVANTES, Josep María BLANCH, Diana HERMOSO, «Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009)», *Arch. Prev. Riesgos Laborales*, 2010, 13 (3), pp. 135 y ss.

## CAPÍTULO III

### MECANISMOS TÉCNICOS PARA LA EVITACIÓN DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS Y MEDIDAS A ADOPTAR ANTE EL ACAECIMIENTO DE UN INCIDENTE

#### I. INTRODUCCIÓN

El acaecimiento de una agresión a un profesional sanitario constituye, como ha quedado adecuadamente de manifiesto, una circunstancia con un fuerte impacto en el entorno laboral en el que se produce, amén de en el sujeto afectado. Con el fin de evitar en lo posible la proliferación de dichas situaciones violentas las autoridades sanitarias han adoptado medidas aseguradoras de naturaleza técnica y tecnológica, incluyendo la vigilancia de los centros sanitarios (particularmente aquellos dónde el número de agresiones ha resultado tradicionalmente mayor) por parte de efectivos de seguridad privada. Asimismo, se ha previsto la existencia de botones de alarma conectados telemáticamente con centros de seguridad. Todo ello se enmarca en una cultura de la seguridad en la que ocupa un papel preponderante la formación a los profesionales en materia de evitación de agresiones. Si bien tradicionalmente sólo se consideraba que debía hacerse frente a las formas extremas de comportamiento agresivo (homicidio, agresión física grave, etc.) –y ello puede estar en el origen del escaso número de denuncias por parte de profesionales frente a conductas más leves–, se ha desarrollado un nuevo perfil en relación con el trabajo (en especial, en el sector salud) que trata de atajar cualquier manifestación agresiva frente a los profesionales actuantes<sup>103</sup>.

En este sentido, resulta oportuno poner de manifiesto que el esfuerzo por dotar al entorno laboral de las medidas de seguridad óptimas con el fin

---

103. Véase Phil LEATHER, Clarie LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX, Carol BRADY, «Managing work-related violence. The way forward», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assessment and intervention*, cit., p. 184.

de evitar el acaecimiento de cualquier acto violento, ha constituido una apuesta decidida tanto por parte de las Administraciones públicas competentes, como de organismos creados *ad hoc* con el fin de hacer frente a las agresiones a profesionales sanitarios<sup>104, 105</sup>.

En la esfera anglosajona, en particular en Estados Unidos existen diferentes obras de referencia en materia de gestión de las situaciones de violencia en el entorno laboral por parte de los profesionales sanitarios, ante la proliferación de dichos episodios agresivos en los últimos tiempos. En algunos casos, se trata de materiales de naturaleza fundamentalmente operacional para los profesionales sanitarios que se pueden encontrar ante situaciones de violencia y que quieren mejorar la gestión de las mismas<sup>106</sup>.

## II. ESTRATEGIAS FRENTE A LA VIOLENCIA CONTRA LOS PROFESIONALES SANITARIOS. LA IMPORTANCIA DE LOS PLANES DE ACTUACIÓN

Resulta evidente que ante la proliferación de actos violentos contra los profesionales sanitarios, aquellos ya no pueden asumir acríticamente que no serán objeto en ningún caso a lo largo de su vida profesional de uno o varios episodios de violencia. Por ello, la respuesta ante los mismos debe encontrarse planificada, lo que implica indefectiblemente que las Administraciones públicas se deben preocupar de configurar los necesarios protocolos o planes de actuación (ejemplo de los mismos es el Plan PERSEO en el marco del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha-SESCAM) así como asegurarse que los profesionales reciben el *training* apropiado para hacer frente a dichas situaciones agresivas.

---

104. Como muestra de una iniciativa por parte de un grupo político en España en relación con esta materia, véase «El PP pide un plan nacional de seguridad de los profesionales sanitarios», *ABC*, 16/04/2011. En dicha noticia se informa de que el Grupo Popular registró una proposición no de ley en el Congreso de los Diputados en la que se solicitaba la puesta en marcha de un plan nacional de seguridad de los profesionales sanitarios en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

105. Así, por ejemplo, véase la actividad desplegada por la ANSICH (Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios), institución que junto a la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEGM) presentaron en el año 2011 un manual dirigido a la prevención de las agresiones al personal sanitario. Véase ANSICH, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://seguridadsanitaria.com>]; Carolina GARCÍA, «Un manual para paliar las agresiones a médicos», *Elpais.com*, 31 de marzo de 2011, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/03/31/actualidad/1301522405\\_850215.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/03/31/actualidad/1301522405_850215.html)]

106 Steve S. WILDER, Cris SORENSON, *The essentials of aggression management in health care*, Prentice Hall, New Jersey, 2001; Paul LINSLEY, *Violence and Aggression in the Workplace. A practical guide for all healthcare staff*, Radcliffe Publishing, Oxford-Seattle, 2006.

Siguiendo a MCPHAUL, LIPSCOMB<sup>107</sup> podemos establecer tres modelos teóricos (Matriz de Haddon, el modelo de Organización del contexto de trabajo diseñado por el *National Institute for Occupational Safety and Health, National Occupational Research Agenda* –NIOSH, NORA– y la teoría de las ventanas rotas) provenientes de la epidemiología de la lesión, de la psicología ocupacional y del sistema de justicia penal respectivamente, aplicables a la prevención de la violencia en el lugar de trabajo.

- 1) La matriz de Haddon (*The Haddon Matrix*): como destacan MCPHAUL, LIPSCOMB<sup>108</sup> la referida matriz, originariamente diseñada para analizar la epidemiología de las lesiones, ha sido empleada con el fin de evaluar de manera crítica las investigaciones relativas a la intervención sobre la violencia en el lugar de trabajo. Con base en este instrumento se encasillan y atribuyen los campos tradicionalmente empleados en la esfera de la salud pública (huesped, agente y enfermedad) a factores primarios, secundarios y terciarios productores de lesión. Aplicado lo anterior a la violencia en el lugar de trabajo, el huesped (anfitrión) es la víctima de la violencia, el agente/vector es la combinación del autor y su arma y fuerza cuando ocurre el asalto y el entorno se subdividiría en dos dominios (entorno físico y social). La tabla adjunta supondría una aplicación del referido modelo a la violencia en entornos sanitarios.

**Tabla 36.**

Matriz de Haddon aplicada a la prevención de la violencia en los centros sanitarios

FASES	ANFITRIÓN	AGENTE	ENTORNO FÍSICO	ENTORNO SOCIAL
<b>PRE-AGRESIÓN</b>	- Conocimiento - La autoeficacia - Entrenamiento	- Historia previa de violencia conocida (comunicada)	- Evaluar los objetos que puedan convertirse en armas.  - Salida.	- Visita de dos en dos, o con escolta.
<b>AGRESIÓN</b>	- De-escalación. - Las técnicas de Escape. - Teléfonos - Alarmas.	- Reducir la letalidad de los pacientes a través de aumento de la distancia.	- Salida. - Alarma. - Teléfono.	- Código y procedimientos de seguridad.

107. Véase Kathleen M. MCPHAUL, Hane A. LIPSCOMB, «Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated», *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 9, 2004, cit.

108. *Ibidem*.

FASES	ANFITRIÓN	AGENTE	ENTORNO FÍSICO	ENTORNO SOCIAL
POST-AGRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La atención médica.</li> <li>- Asesoramiento.</li> <li>- Interrogatorio post-evento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remisión</li> <li>- Aplicación de la ley.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el papel del entorno físico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrogar al personal.</li> <li>- Aprender de la experiencia.</li> </ul>

Fuente: Kathleen M. MCPHAUL, Hane A. LIPSCOMB, «Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated», *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 9, 2004.

- 2) Modelo de Organización del contexto de trabajo diseñado por el *National Institute for Occupational Safety and Health, National Occupational Research Agenda* –NIOSH, NORA– referido a la gestión y a los procesos de organización del trabajo y a su influencia en la forma en la que se desarrolla la actividad laboral. Este modelo establece que la organización del trabajo (construcción multinivel y multidimensional) influye en la enfermedad profesional y en el accidente laboral a través de la disponibilidad de servicios y actividades de salud laboral (por ejemplo, a través de políticas de prevención de la violencia y de programas que incluyan *training* y sistemas de control ofimáticos adecuados como la iluminación de los edificios) e incidiendo la exposición a factores de riesgo psicosociales (por ejemplo, pacientes, familias y comunidades amenazantes) y físicos (así, pacientes y comunidades violentas). En definitiva, el NIOSH ha desarrollado el modelo de organización del contexto de trabajo para explicar la influencia del diseño del trabajo en las enfermedades profesionales y accidentes laborales y es potencialmente útil para guiar la investigación relacionada con la violencia en el lugar de trabajo<sup>109</sup>.
- 3) Teoría de las ventanas rotas. Parte de que un clima de tolerancia (o incluso favorable a ignorar) los delitos de menor entidad crea un entorno favorable a la criminalidad de mayor entidad<sup>110</sup>. Dicha teoría conectaría (desarrollando una perspectiva crítica respecto de la misma) con la asunción generalizada en el entorno sanitario de que las agresiones (normalmente verbales) de menor entidad constituyen una realidad que forma parte de la propia actividad profesional del colectivo médico o enfermero, dando lugar a importantísimas tasas de infranotificación respecto de las mismas lo que impide conocer datos reales y fiables de la violencia con formato laboral en el sector salud.

109. *Ibidem*.

110. Véase Kathleen M. MCPHAUL, Hane A. LIPSCOMB, «Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated», *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 9, 2004, cit.

En Estados Unidos, ya desde principios de siglo XXI, autores como WILDER y SORENSEN<sup>111</sup> ponían de manifiesto la importancia de los referidos planes y presentaban el llamado Plan PREVENT (Plan PREVENT® *Plan for Violence*) en torno a siete ejes:

1.º. P = PRE-PLAN

En este nivel se incluirían cuatro subniveles:

- a) Detectar vulnerabilidades: ello incluiría aspectos como determinar aquellos lugares donde ocurren la mayor parte de los incidentes violentos, los pacientes más conflictivos, las horas más problemáticas, etc.
- b) Evaluar el equipamiento: posible necesidad de cámaras de circuito cerrado, sistemas de alarma personal, instrumentos de localización geográfica (vía *Global Positioning System-GPS*), incluso chalecos de seguridad.
- c) Evaluar las condiciones de los vehículos: en los supuestos de desplazamientos del profesional sanitario fuera del centro de salud.
- d) Autoevaluación del profesional: el propio profesional debe estar preparado para hacer frente a una posible situación violenta que se pueda plantear.

2.º. R = RECONOCER PELIGROS

Particularmente en relación con las intervenciones fuera del centro sanitario y en zonas más problemáticas o en el curso de situaciones especialmente violentas (tiroteos, toma de rehenes, etc.) es fundamental que el profesional sanitario antes de intervenir en favor de terceros trate de garantizar su indemnidad y su seguridad personal.

3.º. E = EVALUAR OPCIONES

Estas pueden ser de distinta naturaleza: ante una situación potencialmente conflictiva, el profesional sanitario puede adoptar diversas actitudes. Resulta relevante considerar *ex ante* las opciones y determinar cuáles pueden ser las más recomendables en un escenario de agresión por parte de un paciente. Si bien hasta el momento en que una persona no se haya confrontada efectivamente ante una tal situación de agresión por parte de un paciente no es posible responder con precisión a la pregunta de la decisión a adoptar, crear escenarios hipotéticos y concretar

---

111. Steve S. WILDER, Cris SORENSEN, *The essentials of aggression management in health care*, cit., pp. 39 y ss.

respuestas a los mismos puede coadyuvar a adoptar las decisiones correctas llegado el momento.

#### 4.º. V = VALIDAR RECURSOS

El profesional debe comprobar que se le ha suministrado la formación, el equipamiento técnico y los dispositivos de seguridad apropiados para reducir al mínimo los riesgos a los que va a verse expuesto.

#### 5.º. E = EJERCITAR REGULARMENTE

Si la persona se encuentra en forma física adecuada ello puede facilitar una respuesta idónea ante un episodio violento. Por ello, un cierto nivel de actividad física y una dieta óptima pueden resultar esenciales en este punto.

#### 6.º. N = NOTIFICAR A LAS AUTORIDADES

La notificación resulta fundamental tanto para la persecución penal de conductas criminales, como para la posible recolección de datos, básica para que las autoridades tomen medidas.

#### 7.º. T = TRAINING

La formación y el entrenamiento de los profesionales resulta fundamental para que sepan hacer frente a las situaciones violentas. Por ello, es decisivo insistir en la importancia de la formación suministrada a los colectivos médico, enfermero y a los demás empleados de servicios de salud, en relación con situaciones potencialmente agresivas. En este sentido, LINSLEY<sup>112</sup> destaca oportunamente cómo la formación del staff resulta fundamental no sólo para gestionar adecuadamente la violencia y la agresión, sino igualmente como medio de prevención. El incremento del nivel de conocimiento del *staff* y de su conciencia del riesgo asegura que el tema de la violencia y la agresión contra profesionales sanitarios es tratada de manera adecuada. Por otra parte, la formación y el *training* deben de ser ofrecidos a todos los grupos de empleados y no únicamente a aquellos que se hallen en mayor riesgo. En un entorno profesional siempre cambiante, el apoyo adecuado, la apropiada supervisión y formación resultan esenciales.

Un ejemplo de lo anterior en el Reino Unido viene constituido por la actividad desarrollada por el Servicio de Gestión de la Seguridad y contra

---

112. Paul LINSLEY, *Violence and Aggression in the Workplace*, Radcliffe Publishing, Oxford-Seattle, 2006, p. 89.

el Fraude (*Counter Fraud and Security Management Service-CFSMS*), organismo que ostenta la responsabilidad operacional y en materia de políticas en relación con la violencia y la seguridad en el Sistema Nacional de Salud británico (*National Health Service-NHS*), incluyendo el liderazgo para la reducción de la violencia ejercida contra el *staff* del NHS<sup>113</sup>. En el marco de las actividades del CFSMS se incluyó un programa de entrenamiento-formación en resolución de conflictos para todo el personal del NHS, y un sistema nacional de notificación y registro de los incidentes consistentes en agresiones físicas, así como una nueva unidad de protección legal para incrementar la tasa de persecución de los autores de los referidos incidentes. De esta manera, tras su constitución el CFSMS puso en marcha un programa de un día de formación a nivel nacional, llamado *National Syllabus for Conflict Resolution*. Se encuentra dirigido a todo el personal de primera línea del NHS y a los profesionales cuyo trabajo les pone en contacto con el público. El programa se desarrolló con la colaboración de la Asociación Médica Británica (*British Medical Association*) y el Real Colegio de Enfermería (*Royal College of Nursing*) y comenzó el 1 de abril de 2004. Al final del día de formación los participantes deben ser capaces de:

- Describir las causas más comunes de conflictos.
- Describir al menos dos formas de «comunicación».
- Suministrar dos ejemplos de cómo la comunicación puede romperse.
- Explicar tres ejemplos de «modelos de comunicación» que pueden ayudar a resolver el conflicto.
- Describir formas de comportamiento que se pueden aplicar durante diferentes interacciones.
- Suministrar ejemplos de diferentes signos de aviso y peligro.
- Suministrar ejemplos de factores de impacto.
- Describir el uso de la distancia cuando se está ante un conflicto.
- Explicar el uso de la «fuerza razonable» en el marco de un conflicto.
- Describir diferentes métodos de gestión de posibles situaciones de conflicto.

En 2005, el Servicio de Gestión Especial del NHS<sup>114</sup> (*NHS Special Management Service-SMS*), dio un paso más en este proceso e introdujo un programa ulterior de formación en técnicas de intervención no físicas, llamado «Promoviendo unos servicios terapéuticos seguros» (*Promoting safer and therapeutic services*) y se encuentra dirigido al *staff* que trabaja en salud mental y

---

113. Paul LINSLEY, *Violence and Aggression in the Workplace*, cit., pp. 91 y ss.

114. *Ibidem*, p. 92.

personas con problemas de aprendizaje, dotándoles de las habilidades necesarias para reconocer, prevenir y gestionar situaciones potencialmente violentas. El programa se extiende a lo largo de dos días, el primero de los cuales atiende a cuestiones de prevención primaria (así, compromiso y comunicación). El segundo día aborda los riesgos, derechos y responsabilidades. En el programa se reflejan tanto las guías del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (*National Institute for Health and Clinical Excellence-NICE*) como las recomendaciones elaboradas tras la muerte del paciente David «Rocky» Bennett (afecto de esquizofrenia) tras un incidente en el que fue físicamente inmovilizado. El programa consiste en módulos o sesiones en:

- reconocimiento de la violencia y comprensión de sus causas.
- incrementar la conciencia –tanto desde el punto de vista del *staff* como de los usuarios–.
- el impacto del entorno físico y social.
- conciencia cultural, diversidad e igualdad racial.
- de-escalación y comunicación.
- resolución de problemas y evaluación de riesgos.
- cuestiones éticas y legales.
- la importancia de las revisiones post-incidentes y del aprendizaje de lecciones.

Este programa se convertirá en el *standard* mínimo de entrenamiento para el *staff* en salud mental y formación de personas con incapacidad de aprendizaje. El programa no se dirige a tratar de hacer frente a la violencia cuando la misma se presenta, sino a tratar de evitar que la misma se origine, en primer lugar, pretendiendo que no se alcance el punto de surgimiento de la agresión (*flash point*), garantizando que tenga lugar el aprendizaje continuo y que el riesgo se gestione efectivamente a través del aprendizaje a partir de situaciones agresivas ocurridas en el pasado. Por otro lado, los organismos sanitarios deberán garantizar que su *staff* ha sido sometido a este *training*, pero podrán llevarlo a cabo bien internamente (a través de sus propios elementos destinados a la formación), o a través de centros externos.

En este sentido, si atendemos a las situaciones violentas en sí mismas consideradas, procede poner de manifiesto que las mismas no se producen en la mayor parte de los casos de manera súbita para el propio profesional, sino que el resultado final (agresión física o verbal) suele ser el producto de lo que se ha venido a denominar el *continuum* de la agresión (lo cual, en ningún caso es universalizable, pues determinados pacientes, así p. ej. los enfermos psiquiátricos agresivos en casos extremos, pueden llevar a cabo actuaciones extremadamente violentas de manera súbita e inesperada).

Normalmente, las etapas (en forma de estado del paciente) en este proceso son las siguientes:

1. Calmado y no amenazante.
2. Verbalmente agitado.
3. Verbalmente hostil.
4. Verbalmente amenazante.
5. Físicamente amenazante.
6. Físicamente violento.

Finalmente, procede poner de manifiesto igualmente la participación de organizaciones del sector privado en la formación (*training*) de los profesionales con el fin de incidir en la adecuada gestión de los episodios de violencia en el trabajo que aquellos puedan llegar a sufrir a lo largo de su ejercicio profesional. En este sentido, destaca particularmente la labor realizada a nivel internacional por la OUD CONSULTANCY<sup>115</sup> que constituye una organización en red instaurada en 1998 que trabaja a partir de una perspectiva orientada desde la enfermería con la finalidad de servir a los profesionales de la salud y a sus organizaciones. A dicho objeto la Consultoría Oud coopera con otras organizaciones (en concreto, las holandesas CONNECTING y KUDDING). La experiencia de la Consultoría Oud se dirige particularmente al desarrollo de cursos de formación, workshops, coaching, etc. o proyectos de asesoramiento empleando la terminología propia de la ciencia de la enfermería y de clasificaciones, formas de gestión de la agresión y políticas de seguridad en dicho entorno, así como a la organización de congresos y conferencias sobre las referidas cuestiones<sup>116</sup>.

### III. MODIFICACIONES DEL ENTORNO LABORAL

Una primera cuestión que procede poner de manifiesto es que la emergencia del problema de las agresiones a profesionales sanitarios ha planteado la absoluta necesidad de adaptar el medio laboral a las necesidades de seguridad de los colectivos médico y enfermero. En este sentido, resulta

---

115. La información sobre la Consultoría Oud ha sido extractada directamente desde la página web de la organización. Véase OUD CONSULTANCY, «Introduction», [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.oudconsultancy.nl>]

116. Con el fin de consultar las publicaciones de la Consultoría Oud derivadas de los congresos organizados por la misma, véase OUD CONSULTANCY, «Proceedings previous congresses&conferences», [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.oudconsultancy.nl/oudsite/oudconsultancy-a.html>]

evidente que para que el medio de trabajo se convierta en un lugar menos violento los empleadores deben asegurarse de que la forma en la que se encuentra diseñado el trabajo y el propio medio laboral no genera un ambiente que promueva (más que reducir) agresiones y métodos violentos de resolución de conflictos<sup>117</sup>.

Como principales características de las situaciones violentas contra los profesionales sanitarios, cabe señalar, siguiendo a BRADY, DICKSON<sup>118</sup> que las mismas responden normalmente a una serie de factores relacionados, por un lado, con a) el entorno o medio ambiente, con b) el miembro del *staff* afectado, con c) el autor y finalmente, d) la propia interrelación entre ellos. En relación con el entorno cabe incluir como factores coadyuvantes las salas de espera repletas (fundamentalmente en los servicios de urgencias), las largas esperas, las restricciones (en materia de salidas, para fumar, etc.) intrínsecas a su situación en el caso de los pacientes psiquiátricos. Por otro lado, en el marco de visitas domiciliarias es mayor la posibilidad de agresión, al igual que ocurre durante los turnos de noche. Con respecto a los miembros del *staff*, si bien no parece que el factor género implique un incremento del riesgo<sup>119</sup>, sí cabe concluir que la experiencia en este punto resulta determinante, de manera que los miembros del *staff* con menos experiencia parecen encontrarse en mayor peligro.

De acuerdo con MASON, CHANDLEY<sup>120</sup> –quienes realizan su análisis partiendo fundamentalmente de la violencia contra profesionales sanitarios llevada a cabo por enfermos psiquiátricos– alteraciones en el entorno laboral y una conciencia clara del potencial de las mismas pueden dar lugar a decrementos sustanciales de las conductas violentas. En la mayor parte de los lugares de trabajo en la esfera de la salud en los que concurren situaciones de agresión cabe introducir mejoras sustanciales en este sentido. El impacto mayor debe otorgarse al diseño del propio entorno, y de lo anterior

---

117. Véase Claire LAWRENCE, Phil LEATHER, «The social psychology of violence and aggression», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assessment and intervention*, cit., p. 48.

118. Véase Carol BRADY, Rosie DICKSON, «Violence in health care settings», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assessment and intervention*, cit., pp. 172 y ss.

119. Personalmente considero que se trata de una cuestión en la que procede profundizar y en la que se necesita un mayor número de estudios con tamaños de muestra suficientes para establecer conclusiones concluyentes. En este sentido, el informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del SNS ponía de manifiesto que en España en el periodo 2008-2011 «las víctimas de agresión son mayoritariamente mujeres con un porcentaje del 72% de los datos informados por las 14 CC.AA.» pero añade que «a este respecto hay que tener en cuenta que el sector de la sanidad está integrado en un 73% por mujeres (...) y este hecho puede explicar en parte el alto porcentaje de agresiones a mujeres (...)». Véase GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, cit., p. 23.

120. Tom MASON, Mark CHANDLEY, *Managing Violence and Aggression*, Churchill Livingstone, Edinburgh-London-New York-Philadelphia-Sydney-Toronto, 1999, p. 89.

se deduce que si en la configuración inicial de los espacios referidos no se ha tomado en cuenta este aspecto, se está haciendo caso omiso a numerosas recomendaciones generadoras de un lugar de trabajo seguro. La literatura científica en este sentido es clara acerca del hecho de que los factores que inciden en la agresión y la violencia pueden ser clasificados en medio ambientales (ligados al entorno) e interpersonales. Sobre la base anterior, el *staff* resulta crucial, así como su habilidad a través del conocimiento profesional, la experiencia y unas amplias habilidades sociales para evitar potenciales crisis e inminentes situaciones agresivas. El impacto de los horarios, rutinas y restricciones ostentará habitualmente un efecto psicológico notable que puede dar lugar a nuevos episodios agresivos. Por ello, resulta fundamental tomar conciencia de aspectos tales como los vinculados con regímenes horarios y tratar de centrar el sistema en las necesidades del paciente más que en las meramente organizativas.

Finalmente, en cuanto al autor, existen perfiles de personas con un potencial agresivo mayor, aunque en determinadas situaciones, cualquiera puede ser un agresor potencial.

En materia de gestión de la violencia, cabe clasificar las estrategias de intervención<sup>121</sup> en tres grupos: preventivas, reactivas y rehabilitativas.

- Por un lado, las estrategias preventivas implican básicamente el entrenamiento de los profesionales.
- Las estrategias reactivas se basan en la reacción de la dirección y el grupo dirigidas a la resolución de problemas con el fin de mejorar la capacidad de la organización para reconocer y hacer frente a los problemas. Experiencias a nivel internacional avalan la relevancia de estas estrategias reactivas frente a las agresiones a profesionales sanitarios. De esta manera, en Australia un centro médico (*Flinders Medical Centre*) creó un equipo de gestión de la violencia (*VMT-Violence Management Team*), que gestiona a los pacientes que muestran un comportamiento violento en hospitales generales. El VMT está compuesto por un médico, una enfermera senior y cuatro celadores<sup>122</sup>. En tres años y medio fueron llamados 282 veces (45% pacientes con desórdenes mentales orgánicos, 18% de los casos consistentes en el consumo de sustancias, y 15% por desórdenes en la personalidad). Si bien en el 30% de las llamadas la intervención consistente en tranquilizar verbalmente al paciente resultó suficiente, el 62% de los pacientes requirió compulsión física (retención física por parte de los miem-

---

121. Véase Carol BRADY, Rosie DICKSON, «Violence in health care settings», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assessment and intervention*, cit., pp. 177 y ss.

122. J. BRAYLEY, R. LANGE, C. BAGGOLEY, M. BOND, P. HARVEY, «Violence Management team. An approach to aggressive behaviour in a general hospital», *Med J Aust.*, 15 Aug 1994, 161(4), pp. 254 y ss.

bros del equipo), mientras que al 53% se les tuvo que suministrar medicación sedativa.

- Por último, las estrategias rehabilitadoras, se dirigen a apoyar a los miembros del *staff* para hacer frente a los efectos de un incidente, con el foco situado en ayudar al individuo psicológica y emocionalmente. En este sentido, procede poner de manifiesto que dichas intervenciones no deben limitarse a la víctima y pueden extenderse a los testigos.

Cuando se habla de modificaciones del entorno laboral con el fin de hacer frente a la violencia contra los profesionales sanitarios, procede realizar una matización en relación con determinadas situaciones particulares, tales como las de aquellos médicos o enfermeras que deben prestar sus servicios a nivel comunitario, viéndose obligados a desplazarse fuera de los centros de salud. En la esfera anglosajona se ha tomado conciencia particular de los riesgos asociados a las salidas domiciliarias, puesto que implican situaciones de particular vulnerabilidad del facultativo. De esta manera, LINSLEY<sup>123</sup> propone en dicho contexto una serie de opciones básicas para tratar de minimizar los riesgos que entrañan dichas situaciones:

- Empleo de un «Colega de referencia» (*Buddy System*): el mismo implica la existencia de un colega que es consciente de los movimientos del profesional sanitario en cuestión, y que actúa como punto de contacto y fuente de apoyo. Como parte de lo anterior, el *staff* de salud que trabaja a nivel comunitario debe preparar un plan de trabajo diario y mantener informada a la persona de contacto durante su jornada laboral. Evidentemente, este sistema de notificación debe ser aceptado por ambas partes. Deberá activarse un seguimiento específico cuando el empleado no notifique su situación al final del día o en los momentos predeterminados. Deben ponerse en marcha ajustes para que otra persona asuma el rol de contacto cuando la persona designada tenga que salir por cualquier razón o si la situación se extiende más allá del horario de trabajo del designado.
- Uso de teléfonos móviles: para facilitar el funcionamiento del sistema de «Colega de Referencia» deberán suministrarse teléfonos móviles de uso oficial cuando el *staff* salga a visitas domiciliarias. En todo caso, el personal deberá comprobar la intensidad de la señal del móvil antes de entrar a realizar cualquier visita. Si la señal no fuera la adecuada, el profesional deberá contactar con algún responsable designado al efecto o con algún colega para informarle sobre el particular, indicando su localización y la naturaleza de la visita así como el tiempo estimado de duración de la misma.

---

123. Paul LINSLEY, *Violence and Aggression in the workplace*, cit., pp. 96 y ss.

- Uso de alarmas de mano y dispositivos sonoros: el profesional sanitario debe conocer el adecuado empleo de los mismos.
- Visitas utilizando vehículos: deben tomarse precauciones tales como comprobar constantemente los niveles de gasolina, no sólo para cumplir con la jornada de trabajo, sino igualmente para huir del lugar de los hechos si se produjera un incidente violento. Además deben tomarse otras medidas adicionales (no desplazarse con objetos valiosos, ni dejar aquellos o dinero en el propio vehículo, cierre centralizado de puertas durante los desplazamientos, etc.).
- Precauciones ante situaciones particulares, tales como transporte de pacientes a sus domicilios, visitas domiciliarias (por ejemplo, si se observan evidencias de posible conflictividad del paciente o su familia, tales como estados de sobreexcitación o consumo de drogas, el facultativo debe tratar de abandonar el lugar a la menor dilación retornando para realizar la visita con la adecuada protección personal), existencia de animales peligrosos en el domicilio en caso de visitas médicas (así, por ejemplo, un animal puede reaccionar violentamente ante un procedimiento diagnóstico o terapéutico administrado a sus dueños en la creencia de que se está produciendo una agresión al mismo), etc.

### 3.1. EL MANUAL DE PREVENCIÓN ANTE LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL PARA LA SEGURIDAD INTEGRAL EN CENTROS HOSPITALARIOS (ANSICH)<sup>124</sup>

En España<sup>125</sup>, existe una importante sensibilidad a nivel institucional acerca de la importancia de los manuales de prevención ante las agresiones al personal sanitario, como instrumento de concienciación a los trabajadores implicados y de suministro de pautas de actuación en el caso concreto. En este sentido, la Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios (ANSICH) está integrada por un equipo multidisciplinar de profesionales de la seguridad y de la sanidad comprometido en la mejora de las normativas, la formación y los planes de actuación para garantizar mayores niveles de seguridad y bienestar laboral en ámbitos

---

124. A lo largo del siguiente epígrafe, reproduciremos de una manera fidedigna, ciñéndonos a los aspectos de mayor relevancia para nuestro trabajo, lo establecido en el Manual de la ANSICH. Véase Pedro GÓMEZ QUIRÓS, *Manual de prevención ante las agresiones al personal sanitario*, ANSICH, 2011, pp. 2 y ss.

125. Igualmente preocupación institucional y por parte de los propios profesionales sanitarios afectados, en relación con las agresiones producidas por los pacientes. En este sentido, se han editado incluso obras de autodefensa de los profesionales sanitarios. De esta forma, véase Paul DOTTE, *Violences et agressions physiques. Méthode de self-sauvegarde compatible en milieu soignant*, Sausramps médical, 2<sup>ème</sup> édition, Montpellier, 2010.

sanitarios, y promueve la prevención y la formación como sistema de gestión en centros sanitarios.

Con el fin de reducir las posibilidades de agresión la ANSICH propone medidas de carácter organizativo y formativo; entre otras, gestionar la seguridad integral de los centros sanitarios mediante un director de seguridad, formar al personal sanitario en la prevención de agresiones realizando simulacros, promover acuerdos de colaboración con autoridades judiciales para tipificar las agresiones como delito mediante la aplicación del art. 550 CP, poner en marcha una red de comunicación entre centros sanitarios informando sobre los agresores y controlada por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, implantar la figura del mediador social en los conflictos sanitarios, y aprobar protocolos de actuación en centros sanitarios.

En primer lugar, la ANSICH pormenoriza el momento a partir del cual deben ponerse en marcha los procedimientos de prevención de agresiones<sup>126</sup>:

- De observarse en las salas de espera o consulta a alguna persona alterada y dando voces: si tira las revistas al suelo o maltrata el mobiliario, si manifiesta claros signos de impaciencia, si altera con sus quejas a los demás usuarios.
- Si alguien se dirige de manera grosera al personal sanitario.
- Si alguien profiere amenazas dirigidas a alguno de los profesionales del centro.
- Si vemos que alguien porta algún objeto contundente en situación amenazante o si lleva algún arma.
- Si alguna persona se encuentra en estado ebrio o con signos de estar bajo los efectos de una droga.
- Si recibimos información sobre las intenciones de una persona agresora.
- Si detectamos a alguna persona con antecedentes por agresión.

Las medidas que se sistematizan en el manual de ANSICH son de tres tipos:

- A) Soluciones de tipo técnico<sup>127</sup>: en esta esfera se incluirían el conjunto de medidas de carácter organizativo dirigidas a detectar y prevenir las agresiones, incluyendo:

---

126. Véase Pedro GÓMEZ QUIRÓS, *Manual de prevención ante las agresiones al personal sanitario*, ANSICH, 2011, p. 6.

127. *Ibidem*, p. 7.

- Circuitos cerrados de televisión en salas de espera.
- Mamparas de seguridad en puntos de información.
- Pulsadores anti-pánico en el teclado del ordenador o un botón instalado bajo la mesa.
- Carteles informativos en salas de espera y consultas en los que se puedan leer los arts. 550 y 551 CP.
- Que el mobiliario de la consulta se encuentre ubicado en una posición que permita al personal sanitario salir de la estancia antes que la posible persona agresora.
- Es recomendable no tener encima de la mesa, ni en el resto de la consulta, objetos que por su tamaño y peso puedan ser utilizados como arma arrojada.

B) Procedimiento de actuación frente a una persona agresora<sup>128</sup>:

- Se recomienda una actitud relajada por parte del profesional, intentando pensar en cómo dominar la situación. Se debe actuar con determinación y tranquilidad.
- No realizar movimientos bruscos.
- Guardar una distancia de seguridad de un metro y medio y no dar en ningún momento la espalda al potencial agresor.
- No quedarse solos en la consulta si observamos un comportamiento extraño, procediendo a llamar a un compañero.
- No mirar fijamente a los ojos ni señalar con el dedo al potencial agresor ya que dichos gestos se pueden interpretar como una forma de amenaza.
- Se debe mantener un estado de alerta, utilizando un tono de voz adecuado y exhibiendo una actitud serena que tienda a calmar la situación.
- No se debe discutir ni proceder a quitar la razón al potencial agresor, admitiendo la culpa propia y la del centro, tratando de persuadirle para que deponga su actitud.
- Se debe informar al potencial agresor de que en caso de que la violencia se consume incurrirá en responsabilidades de naturaleza penal, incluyendo la aplicación del delito de atentado del art. 550 CP.

---

128. *Ibidem*, pp. 7 y ss.

- De producirse un intento de agresión deberemos pedir auxilio en voz alta, tratando de salir de la manera más rápida posible de la consulta, cerrando la puerta al agresor y dejándole dentro hasta la llegada del equipo de seguridad.
- Una vez producida la agresión no debe moverse ningún objeto, acordonando la zona hasta la llegada de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
- Finalizado el episodio violento debemos tranquilizarnos y elaborar de manera inmediata un informe de lo sucedido, incluyendo todos los detalles posibles y los nombres de los posibles testigos.
- Se recomienda denunciar toda agresión, aunque la misma sea solamente verbal.

C) Asimismo, se disponen una serie de medidas tendentes a reducir los riesgos de agresión<sup>129</sup>:

- Colocar el mobiliario adecuadamente, así como los distintos elementos de la consulta. Es fundamental colocar el sillón lo más cerca de la puerta para salir antes que el agresor.
- Establecer códigos de señales de aviso para los casos de agresión.
- Instalar botones anti-pánico o de comunicación de alarma interna.
- Colocar carteles con el texto de los arts. 550 y 551 CP en salas de espera y en consultas.
- En caso de sospecha, avisar al Servicio de Seguridad o a los mediadores sociales.
- Dar parte de lo sucedido en todo caso a la gerencia del centro sanitario.
- Cumplimentar el formulario de agresiones.
- Tener siempre a mano el número de la extensión del Servicio de Seguridad del centro sanitario, así como los teléfonos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
- Realizar inmediatamente el informe del suceso, con el mayor número de detalles y la identidad de los testigos.
- Tras producirse la agresión acordonar la zona hasta la llegada de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
- Denunciar siempre la agresión.

---

129. *Ibidem*, p. 9.

Finalmente el manual para la prevención de las agresiones a los profesionales sanitarios de la ANSICH destaca la importancia de los mediadores en conflictos sanitarios<sup>130</sup>, personal con formación específica en la prevención y disuasión frente a las agresiones, cuya función es la de mediar en la solución de los conflictos entre los pacientes y los profesionales del centro sanitario. Por lo tanto, la actuación de los anteriores es eminentemente preventiva, tratando de evitar que la agresión se llegue a consumar.

#### IV. MEDIDAS POST-INCIDENTE

Como destaca BRADY<sup>131</sup> resulta fundamental tratar adecuadamente *ex post* los episodios de violencia en el trabajo, debiéndose comenzar por la creación de una cultura en las organizaciones sanitarias que admita la posible existencia de un episodio de violencia. Se exige, en consecuencia, que la organización cree una cultura, lo que implica que incorpore políticas basadas en procedimientos siendo conscientes de la importancia de la seguridad. En este sentido, una respuesta apropiada de la organización en los días y semanas posteriores al incidente y la asistencia de especialistas resultan vitales.

A la hora de monitorizar los eventos violentos contra profesionales sanitarios resulta fundamental la implementación de los oportunos sistemas de notificación de incidentes<sup>132</sup>.

Por otro lado, conviene destacar la importancia del apoyo social tras el acaecimiento del incidente, pues cuando éste resulta insuficiente, ello incrementa el estrés padecido. En Alemania un estudio por parte de FRANZ et al., reveló la importancia decisiva del apoyo posterior al episodio agresivo. Al estructurar dichas medidas, debe realizarse un mayor esfuerzo al examinar las diferencias entre los varios sectores de salud, así como entre los diferentes grupos de individuos y profesiones<sup>133</sup>.

---

130. *Ibidem*, p. 10.

131. Véase Carol BRADY, «Surviving the incident», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assesment and intervention*, cit., p. 66.

132. Véase Diane BEALE, «Monitoring violent incidents», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assesment and intervention*, cit., p. 84.

133. Simone FRANZ, Annett ZEH, Anja SCHABLON, Saskia KUHNERT, Albert NIENHAUS, «Aggression and violence against health care workers in Germany –a cross sectional retrospective survey», *BMC Health Services Research*, 2010, 10, p. 58.

En relación con el apoyo post-incidente, resulta oportuno poner de manifiesto, siguiendo en este punto a LINSLEY<sup>134</sup> que la respuesta ante el *staff* después de un incidente no debe ser considerada como un aspecto separado del mismo, sino como parte integrante de la política general destinada a prevenir y a controlar la violencia y la agresión en el trabajo. Ello implica la respuesta inmediata para gestionar las consecuencias y el seguimiento y evaluación de lo ocurrido para que las lecciones a adoptar puedan servir de cara al futuro. Una respuesta efectiva y sensible resulta crucial si queremos que las personas afectadas puedan hacer frente al impacto a largo plazo de dichos actos y puedan reajustarse a su vida diaria de nuevo<sup>135, 136</sup>.

## V. PLANES Y PROYECTOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN ESPAÑA

Desde mediados de la década de los 2000 las diferentes CC.AA. españolas, conscientes de la gravedad del problema de las agresiones a profesionales sanitarios, han ido implementando diferentes Planes dirigidos a garantizar la seguridad de los profesionales sanitarios en España en relación con la violencia proveniente de los pacientes y su entorno fundamentalmente. A grandes rasgos dichos planes presentan una cierta analogía estructural, por lo que procederemos a pormenorizar en mayor medida aquellos cuya configuración presenta ciertos perfiles diferenciales o alguna peculiaridad manifiesta.

---

134. Paul LINSLEY, *Violence and Aggression in the Workplace*, cit., p. 79.

135. En esta óptica se sitúa el empleo de técnicas novedosas para la gestión del stress, la inseguridad, etc. que produce en los profesionales sanitarios sufrir e incluso presenciar en terceros (compañeros) la perpetración de actos de violencia. De esta forma, resulta destacable la relevancia del empleo de instrumentos como la escenoterapia que incide de manera muy positiva, de acuerdo con los datos de ciertos estudios, en factores tales como la tranquilidad o la menor ansiedad con respecto al incidente violento previamente sufrido o presenciado. Véase D. HERMOSO LLORET, G. CERVANTES ORTEGA, J. M. BLANCH, P. OCHOA PACHECO, «Escenoterapia para la prevención de la violencia ocupacional», *Arch Prev Riesgos Labor*, 2012, 15 (2); pp. 79 y ss.

136. En el mismo sentido se pronuncia GASCÓN quien pone de manifiesto la importancia fundamental de la variable apoyo al profesional sanitario tras sufrir una agresión; incluso dicho autor correlaciona el factor citado con el fenómeno de la infradenuncia y la considera fundamental para romper con la situación en la que el profesional agredido opta por permanecer aislado por el temor a que el resto de los compañeros o la administración puedan creer que es incapaz de manejar ciertas situaciones con los pacientes. Véase Santiago GASCÓN SANTOS, *Análisis médico-legal de la violencia en centros asistenciales: agresiones a profesionales*, Tesis doctoral disponible en el repositorio de la Universidad de Zaragoza, Zaragoza, 2006, pp. 229 y ss. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet: [<http://zaguan.unizar.es/record/5746?ln=es>]

### 5.1. EL PLAN PERSEO Y EL PROYECTO CATALEJO (SESCAM-SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA)

El SESCAM, desde su Secretaría General, elaboró un Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección de su Patrimonio (PERSEO)<sup>137</sup>, entendiendo como principal activo de éste a sus trabajadores y los usuarios de su servicio y desde un abordaje integral. Este Plan presentaba como Principios Básicos el rechazo explícito por parte del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y de sus máximos responsables frente a cualquier acto de violencia de la naturaleza que sea y el de la tutela a las víctimas. Este Plan pretende como Perseo con su escudo, prevenir, proteger y combatir el fenómeno de la violencia hacia los trabajadores, bienes y usuarios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha sin perder la perspectiva y la visión de la realidad y del entorno.

Los objetivos del Plan PERSEO se estructuran en dos niveles:

#### A) Objetivos generales:

- Prevenir situaciones de tensión y conflictos entre profesionales y usuarios del Servicio castellano-manchego de Salud, así como los riesgos que pongan en peligro a las personas, actividades y bienes del centro.
- Prevenir agresiones y actos de violencia a profesionales, entre éstos, entre usuarios y a los bienes y servicios del SESCAM.
- Proteger a los profesionales, usuarios, bienes y servicios de la violencia o agresión mediante los medios materiales y humanos disponibles utilizando las ayudas externas si fuese necesario.
- Garantizar asistencia sanitaria, tanto física como psíquica, asistencia letrada y el estudio del incidente a través del Servicio de Prevención a los trabajadores afectados.

En resumen, el objetivo general del plan es establecer un sistema de prevención, protección y reacción que permita optimizar la utilización de los recursos técnicos y humanos disponibles, con el fin de prevenir, proteger y controlar con rapidez cualquier situación de violencia, peligro o emergencia y minimizar sus consecuencias garantizando la continuidad de

---

137. En lo que sigue expondremos las líneas básicas del referido Plan PERSEO a partir de los criterios explicitados a nivel institucional en los diferentes documentos de trabajo elaborados por el SESCAM. Como referencia principal, véase *Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio del SESCAM-Plan PERSEO*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/plan\\_director\\_seguridad\\_corporativa\\_y\\_proteccion\\_patrimonio.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/plan_director_seguridad_corporativa_y_proteccion_patrimonio.pdf)]

la actividad del centro así como la de fomentar una cultura de seguridad y prevención.

B) Objetivos específicos:

- Establecer un sistema y estructura de seguridad integral e integrada en todos los ámbitos de la organización disponiendo de personas organizadas en equipos, formadas y adiestradas, que garanticen rapidez y eficacia para el control de situaciones de peligro y de emergencias.
- Recoger información y analizar los riesgos e incidentes, situación actual, y planificar las estrategias de prevención en las diferentes gerencias para la mejora continua de las acciones y su coordinación.
- Elaborar un mapa de riesgo con la información obtenida de las distintas fuentes; reclamaciones y quejas de los pacientes y de las denuncias de los profesionales, acciones de los distintos centros, y la metodología de aplicación, con el fin de identificar aquellas zonas especialmente conflictivas sobre las que haya que realizar una labor preventiva más intensa.
- Elaborar y difundir campañas informativas y de sensibilización dirigidas a pacientes y usuarios, orientadas a concienciar a las personas que entran en relación con el servicio sanitario de sus deberes frente a la Administración sanitaria y del respeto debido al personal sanitario y no sanitario.
- Dotar de equipos de protección eficientes, sistemas de vigilancia activa y pasiva frente a los riesgos, para prevenir y proteger el patrimonio del SESCAM.
- Elaborar, revisar e implantar planes de autoprotección.
- Prestar asistencia médica y cuidados, tanto físicos como psíquicos, frente a las agresiones de cualquier naturaleza o accidentes que se presenten.
- Realizar la declaración y estudio de incidentes y accidentes de cualquier naturaleza para la planificación de su prevención y acciones a realizar por el Servicio de Prevención.
- Potenciar vías éticas de solución de conflictos asistenciales o interpersonales previas a la intervención administrativa o judicial a través de la mediación mutuamente aceptada, de modo que se permita la continuidad de las relaciones entre las personas involucradas.
- Establecer líneas eficaces de asesoramiento jurídico a las Gerencias y a los trabajadores implicados en situaciones de violencia psicológica, verbal o física.
- Canalizar el ejercicio de acciones en vía contencioso-administrativa para la protección o reposición de los bienes del SESCAM, así como

para el resarcimiento de los perjuicios materiales causados en su patrimonio a consecuencia de actos ilícitos.

- Establecer el cauce de la Asistencia Letrada a los trabajadores que la precisen en los procesos judiciales en que se vean implicados como consecuencia del ejercicio de sus funciones y en cumplimiento de la legalidad vigente (Circular 4/2004) y a la Organización, para el resarcimiento de los daños originados en sus bienes.
- Informar, crear «espacios amigables», gestionar correctamente las visitas, hacer efectivos los derechos y deberes de los usuarios del Servicio de Salud a través del Servicio de Atención al Paciente.
- Difundir y coordinar entre todo el personal y empresas ajenas (mantenimiento, contratas, etc.) el sistema general de protección y seguridad del centro.
- Crear mecanismos de coordinación y colaboración con ayudas exteriores (Servicio público de extinción de incendios, Policía, Protección Civil, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, etc.) ante su posible intervención en caso de emergencias o delitos.
- Elaborar y cumplimentar procedimientos y manuales sobre normas de trabajo en la atención a pacientes para garantizar una atención integral, preservar derechos fundamentales y garantizar la seguridad de los trabajadores/as del SESCAM (Manual de funcionamiento en módulos penitenciarios, salud mental, etc.).
- Analizar la situación en cada momento para el establecimiento continuo de medios y medidas para la reducción de la violencia mediante la creación de un Observatorio frente a la violencia.

En el marco de estos programas de protección del personal de los servicios sanitarios, el SESCAM ha elaborado diversas circulares y documentos dirigidos a orientar a los profesionales y, en su caso, a detectar necesidades de actuación en pro de la seguridad de los referidos sujetos. En este sentido, en fecha 2 de febrero de 2007 elaboró una Circular (núm. 1/2007) relativa a las Instrucciones sobre Procedimiento ante situaciones de violencia (C 01/2007 (02/02))<sup>138</sup>, en la que se destaca que el origen multifactorial de la violencia precisa de un abordaje integral. De acuerdo con lo anterior el Plan PERSEO se configura como un marco de gestión común para la prevención, protección y reacción frente a cualquier manifestación de vio-

---

138. SECRETARÍA GENERAL DEL SESCAM, *Circular 1/2007. Instrucciones sobre procedimientos ante situaciones de violencia*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20141215/circular\\_1-2007\\_instrucciones\\_sobre\\_procedimiento\\_actuacion\\_ante\\_situaciones\\_violentas.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20141215/circular_1-2007_instrucciones_sobre_procedimiento_actuacion_ante_situaciones_violentas.pdf)]

lencia que se dirija contra los trabajadores, usuarios, bienes y estructuras del SESCAM. En concreto, el objeto de la Circular 1/2007 citada sería el facilitar y agilizar la comunicación y gestión de incidentes violentos y agresiones sufridos por el personal del SESCAM directamente relacionadas con el ejercicio de sus funciones profesionales, así como los sufridos por los usuarios y los daños en los bienes y estructuras. Para ello se explicita que ante el riesgo manifiesto de sufrir una agresión, el profesional deberá proceder a solicitar la presencia de otros compañeros, del personal de seguridad (en el caso de que el Centro cuente con él) o de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. La Instrucción 2.<sup>a</sup> de la Circular 1/2007 establece las actuaciones a emprender ante un incidente violento. En este sentido, se pormenorizan, entre otras, las siguientes:

- El profesional que haya sido víctima de cualquier tipo de violencia lo pondrá en conocimiento de su superior orgánico, lo más pronto posible, con el fin de que se adopten aquellas medidas inmediatas que resulten necesarias.
- En el caso de que el trabajador presente lesiones o precise asistencia sanitaria, se personará, bien en el Servicio de Urgencias del Centro Sanitario, bien en la consulta del Centro de Salud, donde se le dispensará la ayuda necesaria. El facultativo que preste la asistencia sanitaria extenderá el correspondiente parte de lesiones en el que se pondrá de manifiesto el estado de las lesiones observadas.
- Prestada la asistencia sanitaria, si fuese necesaria, el trabajador notificará los hechos a la Dirección Gerencia correspondiente. Formulada la comunicación del incidente por parte del agredido, la Dirección Gerencia correspondiente acusará recibo y dará traslado de la misma al Servicio de Prevención del Área para su registro, análisis y propuesta de las medidas preventivas de mejora (Instrucción 2.<sup>a</sup>).

La Instrucción 3.<sup>a</sup> de la Circular 1/2007 aborda el tema del Registro y estudio del incidente y, para ello, dispone, entre otras cuestiones, los aspectos que siguen:

- La adopción de medidas de prevención y protección frente a la violencia exige el conocimiento y análisis de los conflictos que hayan tenido lugar. El Registro de Evaluación de Conflictos (REC) es un fichero automatizado creado para recoger información sobre declaración/es de conflictos acontecidos en el ámbito del SESCAM para su análisis, elaboración del mapa de riesgos y propuestas de mejora.
- Corresponde al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales la gestión del REC. El Servicio de Prevención procederá al registro y análisis del incidente y a la propuesta de medidas de mejora, en el ámbito del trabajador. En aquellos incidentes en los que intervengan usuarios corresponderá a los Servicios de Información y Atención al Usua-

rio el registro y análisis de los mismos en los extremos que afecten a su ámbito competencial.

- El Servicio de Prevención trabajará de forma conjunta, en función de la naturaleza de los hechos, con el Servicio de Atención al Usuario, la Asesoría Jurídica y demás áreas funcionales del SESCAM, para el estudio, análisis y evaluación de los condicionantes que produjeron la situación de violencia, así como para la elaboración de la propuesta de medidas a adoptar.
- El acceso de los Servicios implicados al REC será limitado a los datos estrictamente necesarios para el cumplimiento de sus fines, quedando la Dirección Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha facultada para autorizar o denegar dicho acceso, a través de la Secretaría General.
- Culminada la investigación del incidente, y habiendo recabado la información pertinente, el Servicio de Prevención y, en su caso, los Servicio de Información y Atención al Usuario, pondrán en conocimiento de la Dirección Gerencia el resultado de la misma, así como las propuestas de mejora que se estimen convenientes. La Dirección Gerencia comunicará al trabajador las acciones a realizar.

Por otro lado, el SESCAM en el marco del Plan PERSEO ha elaborado documentos sobre Procedimiento de Mediación con usuarios<sup>139</sup>, sobre Procedimiento de Resolución de conflictos<sup>140</sup> y sobre Procedimiento de identificación de necesidades formativas<sup>141</sup>, todos ellos vinculados de manera directa con la cuestión de la evitación de agresiones físicas o verbales a los profesionales sanitarios adscritos al SESCAM.

En el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha resulta igualmente de interés la Circular 4/2006, sobre Asistencia Jurídica a los Trabajadores.

---

139. Plan PERSEO, *Procedimiento de Mediación con Usuarios*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento\\_mediacion\\_con\\_usuarios.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento_mediacion_con_usuarios.pdf)]

140. Plan PERSEO, *Procedimiento de Resolución de conflictos*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento\\_de\\_resolucion\\_de\\_conflictos\\_0.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento_de_resolucion_de_conflictos_0.pdf)]

141. Plan PERSEO, *Procedimiento de identificación de necesidades formativas*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento\\_de\\_identificacion\\_de\\_necesidades\\_formativas\\_0.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento_de_identificacion_de_necesidades_formativas_0.pdf)]

dores del SESCAM de 13 de marzo de 2006<sup>142</sup>, en la que se prevé el asesoramiento previo y la asistencia letrada prestada por las compañías aseguradoras, en caso de agresiones físicas o verbales al personal del SESCAM.

Asimismo, con fecha 14 de junio de 2007 se dictó la Circular núm. 4/2007<sup>143</sup> relativa a las Instrucciones sobre Planes de Autoprotección en la que impone que todos los centros sanitarios incluidos en el ámbito de aplicación del Real Decreto 393/2007 cuenten con un Plan de Autoprotección.

Por otro lado, el proyecto CATALEJO del SESCAM, adoptado posteriormente al Plan PERSEO, ha supuesto la puesta en marcha de diversas iniciativas, como la de un servicio de vigilancia y seguridad presencial en algunos centros de salud; servicio de televigilancia mediante sistemas técnicos (instalación de elementos de detección y transmisión de alarmas anti-intrusión, y sistemas asociados de videovigilancia para la captación de imágenes controlados desde una Central Receptora de Alarmas operativa las 24 horas; y servicio de localización y posicionamiento de los profesionales a través de GPS, utilizado para los desplazamientos de los profesionales en unidades móviles para las visitas domiciliarias).

La implantación que se ha realizado con la coordinación entre las Gerencias de Atención Primaria y los Servicios Centrales del SESCAM, ha conllevado la instalación de 213 Unidades Centrales de Alarma; 218 sirenas; 977 detectores volumétricos; 23 dispositivos de roturas de cristal; 626 pulsadores fijos; 84 pulsadores vía radio; 528 domos interiores; 9 domos exteriores; 587 minidomos interiores; 3 minidomos exteriores; 2 cámaras fijas interior; 218 videograbadores, entre otros.

No obstante, y a pesar de la importancia del Plan PERSEO y del Proyecto CATALEJO en aras a la seguridad de los profesionales de la salud en Castilla-La Mancha, dichos programas han merecido algunas críticas por parte de los sectores implicados. En algunos casos, las mismas responden al propio diseño de los proyectos referidos, mientras que en otros los problemas pueden reconducirse a la falta de conocimiento entre los colectivos afectados<sup>144</sup>.

---

142. SECRETARÍA GENERAL DEL SESCAM, *Circular 4/2006, sobre asistencia jurídica a trabajadores del SESCAM* [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/circular\\_4-2006\\_asistencia\\_letrada.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/circular_4-2006_asistencia_letrada.pdf)]

143. SECRETARÍA GENERAL DEL SESCAM, *Circular 4/2007, sobre Instrucciones sobre Planes de Autoprotección* [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/circular\\_4-2007\\_instrucciones\\_sobre\\_planos\\_de\\_autoproteccion\\_0.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/circular_4-2007_instrucciones_sobre_planos_de_autoproteccion_0.pdf)]

144. Véase P. J. MADRID, E. LUNA, M. ROMERO, M. J. SALAS, M. MADRID, «Percepción y utilización de un plan de seguridad corporativa por el colectivo enfermero de un área de salud», *Enfermería del Trabajo*, 2011, 1, pp. 186 y ss., [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3868082.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3868082.pdf)]

## 5.2. PLAN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS AGRESIONES A TRABAJADORES SANITARIOS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

La conciencia existente en Andalucía acerca de la importancia de tomar medidas frente al fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios impulsó la elaboración en dicha Comunidad de un Plan de prevención y atención de agresiones para profesionales del sistema sanitario público de Andalucía<sup>145</sup>.

Dicho plan se puso en marcha en abril de 2005 con el objetivo de dotar a los profesionales de la sanidad pública de las medidas de seguridad y la formación necesarias para minimizar las posibles agresiones que puedan sufrir en sus centros de trabajo.

El Plan contempla los siguientes elementos:

- 1) Introducción.
- 2) Medidas de prevención.
- 3) Medidas de atención a los profesionales.
- 4) Acciones para con el agresor.
- 5) Plan de comunicación.
- 6) Evaluación y Seguimiento.
- 7) Mapa de riesgos.

El Plan establece un protocolo de actuación, en el que se recomienda a los profesionales qué hacer ante una agresión física o verbal:

- 1) La primera medida que se aconseja a los profesionales es solicitar ayuda a una tercera persona (personal de seguridad o un compañero) para manejar la situación y, al mismo tiempo para que pueda ser testigo de los hechos. Si la situación persiste, se recomienda avisar a los cuerpos de seguridad para que se personen en el centro y notificar el hecho al responsable del centro sanitario.
- 2) El Plan establece que el trabajador afectado por sucesos violentos, cuente desde el primer momento, con apoyo psicológico y asesoramiento jurídico<sup>146</sup>.

---

145. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL-JUNTA DE ANDALUCÍA, *Plan de prevención y atención de agresiones para profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía*, 2012, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_guia\\_atagresiones](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_guia_atagresiones)]

146. Así, por ejemplo, los servicios jurídicos del SAS consiguieron, entre enero de 2008 y septiembre de 2009, un total de 85 condenas por agresiones sufridas por los profesionales (23 de estas condenas por delito de atentado y el resto se dividieron entre delito de amenazas, falta de lesiones, injurias, etc.). Los profesionales fueron indemnizados en este periodo con cerca de

- 3) Otra de las líneas fundamentales de este plan es la formación de los profesionales en el manejo de situaciones de riesgo, algo que ha permitido que durante los últimos años más de 33 000 profesionales hayan participado en cursos de formación para el abordaje de situaciones conflictivas.
- 4) Asimismo se establece la puesta en funcionamiento de medidas de seguridad. En este sentido el SAS destinó más de 89 millones de euros entre 2005 y 2008 a medidas de seguridad. Para 2009 se presupuestaron 25 millones de euros, un millón más que en el año anterior<sup>147</sup>.

### 5.3. PLAN PARA PREVENIR LA VIOLENCIA EN LOS CENTROS DEL IB-SALUT (BALEARES)<sup>148</sup>

El plan referido a implementar en los centros de salud públicos de Baleares establece una serie de líneas de actuación, estructuradas en torno a dos grandes ejes:

- 1) Medidas de prevención: en el marco de las mismas se incluyen, por un lado, la estructuración de un plan de formación dirigido a todos los profesionales de la salud referido al manejo de las situaciones conflictivas, manejo del estrés con efectividad y actuaciones de control sobre el ambiente de trabajo (integraría contenidos como búsqueda de elementos que faciliten la comunicación, habilidades de negociación, etc.). Por otro lado, se establecen medidas de seguridad pasiva y activa propuestas por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales a la Gerencia. Entre las medidas de seguridad activa se prevé la colocación de dispositivos de alarma o interfonos en consultas, colocación de videocámaras de vigilancia en locales, salidas alternativas en los espacios de consulta, etc., mientras que las medidas de seguridad pasiva incluirían, entre otras, la confidencialidad de ficheros relativos a datos de carácter personal de trabajadores, la previsión de los aspectos de seguridad de los profesionales sanitarios en el diseño o reforma de los centros y el establecimiento de procedimientos eficaces de comunicación y colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

---

25.000 euros y el SAS por daños materiales con cerca de 9.000 euros. Los profesionales afectados por agresiones fueron principalmente médicos/as y profesionales de enfermería. Las sentencias por delito de atentado se incrementaron de manera notable; de esta forma se triplicaron desde enero a septiembre del año 2009 con respecto a todo el año 2008.

147. En el año 2009 los centros sanitarios del SAS disponían de 823 tímbricos antipánico, 1.352 interfonos, 355 teléfonos directos con seguridad, 321 salidas alternativas, 647 cámaras de vigilancia, 303 vigilantes de seguridad y 108 dispositivos diversos (mamparas, detectores, etc.)

148. Los criterios establecidos en este epígrafe han sido extraídos de la guía GOVERN DE LES ILLES BALEARS. SERVEI DE SALUT, *Plan para prevenir la violencia en los centros del Ib-Salut*, Palma de Mallorca, 2006, [en línea], [última consulta el 10 de enero de 2015], disponible en internet: [<http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=91902>]

- 2) Medidas de actuación: en principio, pueden ser de dos tipos: inmediatas, es decir, coetáneas, o inmediatamente posteriores a la agresión, entre las que se cuentan (además de otras) la solicitud de auxilio por parte del profesional, el aviso –de persistir la situación agresiva– a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado o la cumplimentación del oportuno parte de lesiones si las mismas se han llegado a consumir.

Entre las medidas de actuación de naturaleza posterior a la agresión se incluye la tramitación de la notificación de «incidencia de violencia» como accidente de trabajo (a los efectos de otorgar la máxima cobertura laboral al profesional), la comunicación, en caso de producción de lesiones físicas o psíquicas, al Servicio de Prevención o la inclusión del incidente violento en el Registro de Agresiones.

Particular interés ostenta, en el marco del Plan para prevenir la violencia en los centros del Ib-Salut, la previsión de ciertas medidas adicionales que incluyen, por un lado, las medidas organizativas especiales encaminadas a garantizar la seguridad de los profesionales afectados y, por otro lado, medidas encaminadas a la identificación del ciudadano que haya originado el incidente (carta de amonestación a la persona autora de la agresión, tramitación de cambio de médico/a, incluso de centro sanitario y participación como parte interesada en las acciones legales).

Finalmente, el profesional sanitario debe ser informado de la posibilidad de recibir asesoramiento legal y si fuera preciso asistencia jurídica.

Incluso el plan balear prevé la existencia de las llamadas Unidades de especial riesgo (psiquiatría, urgencias, atención domiciliaria, etc.) caracterizadas por constituir espacios de un alto nivel de estrés, donde el nivel de agresividad es creciente, y para las que se prevé una serie de medidas específicas destinadas a reducir o atenuar la intensidad de los incidentes violentos.

#### 5.4. PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA

Cabe sistematizar en cuatro grandes puntos los objetivos vinculados al desarrollo del presente plan:

- Disminuir las posibilidades de conflicto entre los usuarios y el sistema sanitario.
- Transmitir recomendaciones en caso de incidente.
- Generar seguridad y confianza en el personal del sistema sanitario con apoyo<sup>149</sup> administrativo y jurídico.

---

149. La cuestión del apoyo a los profesionales sanitarios, en particular, con carácter posterior al incidente, resulta fundamental, pues únicamente dos de cada diez profesionales sanitarios

- Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria si el ambiente laboral está presidido por un clima de respeto mutuo y buena comunicación.

En relación con la prevención de agresiones, el plan fija de manera exhaustiva procedimientos con la finalidad de erradicar o de reducir de manera importante las mismas, acudiendo a la etiología de los problemas entre usuarios y profesionales (información sobre derechos de los pacientes, mejora de los tiempos de espera, etc.)<sup>150</sup>. No obstante, incluso el incremento exponencial en la eficacia del sistema sanitario (tarea no sencilla en tiempos de recortes como son los actuales) no garantiza la no producción de agresiones contra los profesionales. Por ello, el plan articula medidas de seguridad para la prevención de agresiones, tanto en el propio centro sanitario –incluyendo medios de seguridad pasiva (implantación de mecanismos de alarma, videocámaras, arcos detectores de metales, cristales irrompibles, etc.) y activa (fomento de actuaciones conjuntas con las Fuerzas de Orden Público para la prevención de agresiones, servicios de seguridad reforzados en determinados centros, etc.)–, como en el domicilio del paciente en caso de atención domiciliaria.

El plan incluye una serie de recomendaciones para el manejo del paciente conflictivo y/o irritado (incluyendo la detección del mismo y pautas de actuación).

El plan de la C.A. de Murcia establece el procedimiento de actuación ante incidentes, el asesoramiento sobre actuaciones legales<sup>151</sup> –aspectos sus-

---

agredidos, de acuerdo con las cifras que suministra GASCÓN, se sienten apoyados por la dirección o por la administración, siendo además esta variable dependiente del nivel jerárquico, es decir, que a menor nivel jerárquico menor era el nivel de apoyo percibido. Véase Santiago GASCÓN SANTOS, *Análisis médico-legal de la violencia en centros asistenciales: agresiones a profesionales*, Tesis doctoral disponible en el repositorio de la Universidad de Zaragoza, Zaragoza, 2006, p. 204 [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet: [<http://zaguan.unizar.es/record/5746?ln=es>]

150. Procede poner de manifiesto que este plan de la CC.AA. de Murcia constituye uno de los escasos documentos institucionales en los que, a la hora de abordar la concurrencia de agresiones por parte de los usuarios del sistema de salud se hace referencia a la posible existencia de problemas en el personal sanitario tales como mobbing, enfermedades mentales o de dependencias, mala praxis, actitudes de intolerancia, insensibilidad o agresividad de forma reiterada hacia los pacientes, etc. Se pretende detectar y tratar estas situaciones mediante circuitos establecidos con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, las Comisiones deontológicas, las Gerencias y la Dirección General de Recursos Humanos. Véase SERVICIO MURCIANO DE SALUD, *Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia*, 2005, p. 12, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.ffis.es/ups/pr1/plan\\_agresiones.pdf](http://www.ffis.es/ups/pr1/plan_agresiones.pdf)]

151. El plan cita como actuaciones extrajudiciales que pueden ser emprendidas por el profesional sanitario tras sufrir una agresión el derecho de renuncia del médico a seguir prestando la asistencia médica o a tener contacto con el acompañante, de conformidad con el art. 5.1.d de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, así como el art. 9 del Código de Ética y Deontología Médica (se refiere al de 1999). Además se es-

tancialmente coincidentes en cuanto a su configuración con los ya previstos en otros planes similares elaborados por otras CC.AA. españolas recogidos en este trabajo– y la creación de una comisión de seguimiento del propio plan. Incluso se ha previsto un mapa de riesgos (año 2004) que integra la situación en materia de seguridad y de medidas previstas en diferentes centros de salud de la C.A. de Murcia (Anexo I).

#### 5.5. PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD<sup>152</sup>

El plan, además de conceptualizar las distintas formas de violencia que puede experimentar habitualmente el profesional sanitario en su ejercicio cotidiano, establece como aspectos más destacados los procedimientos de actuación ante incidentes. Se incluyen recomendaciones acerca de aspectos diversos, desde el comportamiento a llevar a cabo en caso de situaciones en las que la agresión puede resultar inminente (iniciar la salida de la sala o consulta y solicitar ayuda del vigilante de seguridad o compañero más cercano), incluyendo los trámites internos –a nivel de centro o servicio de salud autonómico– a realizar una vez consumada la agresión (comunicación del incidente al responsable del centro, facilitar al profesional la hoja de registro de agresiones, traslado al servicio de medicina preventiva, urgencia o mutua de accidentes), y previendo igualmente actuaciones de denuncia ante la autoridad judicial (para las que se establece el oportuno asesoramiento y asistencia jurídica para el profesional sanitario). En definitiva, el Plan de prevención canario se sitúa en la línea de los previstos en otras Comunidades Autónomas descritos *supra*, y constituye una excelente base para suministrar criterios de actuación a los profesionales sanitarios víctimas de una agresión.

---

tablece la comunicación al agresor del cambio de médico/a por parte de la Gerencia, cuando así lo solicite el facultativo agredido y la posibilidad de que el resto del personal no facultativo del centro sanitario implicado en las situaciones conflictivas pueda organizarse de modo que la persona que ha sido víctima no tenga que atender de nuevo al usuario conflictivo. Véase SERVICIO MURCIANO DE SALUD, *Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia*, 2005, pp. 23 y ss., [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.ffis.es/ups/prl/plan\\_agresiones.pdf](http://www.ffis.es/ups/prl/plan_agresiones.pdf)]

152. Para una ampliación sobre el particular, véase GOBIERNO DE CANARIAS-CONSEJERÍA DE SANIDAD-SERVICIO CANARIO DE SALUD, *Plan de prevención de las agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de la Salud*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=811945cb-d645-11e1-adc8-491cdb90fd3e&idCarpeta=c32fdf85-fc15-11dd-a72f-93771b0e33f6>]

## 5.6. PLAN DE PREVENCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO DE ARAGÓN<sup>153</sup>

El plan, cuya fecha de elaboración por parte del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón data del 30 de mayo de 2006, incluye unos fundamentos jurídicos, una motivación exhaustiva justificativa del protocolo de actuación, una evaluación de los factores de riesgo de violencia en el lugar de trabajo y medidas preventivas y las pautas de actuación en caso de agresión.

El documento parte de un manifiesto del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón contra la violencia en el lugar de trabajo (en referencia, particularmente, a la producida en el marco de los sistemas sanitarios). Lo anterior revela la posición institucional inequívoca de las autoridades sanitarias de la Comunidad Autónoma referida en la erradicación de la lacra que viene constituida por las agresiones contra profesionales sanitarios.

El plan de prevención citado se estructura en torno a los siguientes apartados:

- Marco legal de aplicación (incluyendo responsabilidad penal y civil)<sup>154</sup>.
- Análisis de los riesgos.
- Medidas de prevención.
- Procedimientos de actuación ante una situación de conflicto, recogiendo los mecanismos de apoyo psicológico y jurídico.
- Investigación del incidente/accidente.

---

153. Para una ampliación sobre el particular, véase GOBIERNO DE ARAGÓN-DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO, *Plan de prevención contra la violencia en el lugar de trabajo*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ConsortioSalud/Documentos/docs/Areas/RecursosHumanos/PLANPREVENCIONVIOLENCIA.pdf>]

154. El plan de prevención incorpora en sus fundamentos jurídicos definiciones de conceptos como 1) la violencia en el lugar de trabajo (de acuerdo con la mantenida con la Organización Mundial de la Salud al efecto), 2) incidente violento en el lugar de trabajo (cualquier actitud que conlleve abuso verbal o físico, amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio, ataque físico intencionado, amenazas verbales o con un arma ofensiva, coacción o ataque sexual cometido por cualquier persona –paciente, familiar, inspeccionado o...–, contra un profesional en el cumplimiento de su ejercicio profesional y causando un daño físico o psicológico en la persona o en perjuicio de la propiedad), 3) lugar de trabajo, 4) autor, 5) víctima y 6) ámbito subjetivo de aplicación (el plan es de aplicación al personal que preste sus servicios en el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón). Véase GOBIERNO DE ARAGÓN-DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO, *Plan de prevención contra la violencia en el lugar de trabajo*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ConsortioSalud/Documentos/docs/Areas/RecursosHumanos/PLANPREVENCIONVIOLENCIA.pdf>], pp. 6 y ss.

El referido documento no sólo integra la agresión y los actos violentos físicos sino que también atiende a los actos violentos psíquicos y verbales. En lo relativo a la pauta de actuación pormenorizada por el plan de prevención de Aragón en caso de agresión, se integra por la solicitud de auxilio, la asistencia médica y documentación de lesiones, la comunicación del incidente o agresión, la valoración del incidente o agresión por la Unidad Básica de Prevención o Unidad Central de Prevención, el apoyo psicológico, el apoyo jurídico y el registro de incidentes y agresiones (correspondiendo a la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales cumplimentar la Hoja de Registro de Agresiones en su propia base de datos así como remitir una copia vía fax o por correo electrónico a la Secretaría General Técnica)<sup>155</sup>.

En definitiva, el plan de prevención establecido en relación con las agresiones a profesionales sanitarios en Aragón se articula en torno a ejes similares a los establecidos en otras Comunidades Autónomas españolas, prestando, no obstante, particular atención a las implicaciones jurídicas (responsabilidades penales y civiles esencialmente) derivadas del incidente.

#### 5.7. PLAN PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA LABORAL EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

En el caso de Galicia con fecha 20 de noviembre de 2006 fue aprobado por la Comisión Central de Seguridad y Salud el Plan para la prevención de la violencia laboral en el Servicio Gallego de Salud (SERGAS)<sup>156</sup>. Dicho Plan parte de una definición de violencia laboral en la que se incluyen todos los tipos de violencia laboral que pueda tener lugar entre los profesionales del SERGAS y toda persona presente en el lugar de trabajo (violencia externa) o entre los propios trabajadores (violencia interna). Se establecen dos tipos de planes: por un lado, un Plan General para la prevención de la violencia laboral en el SERGAS y, por otro, Planes específicos de cada Dirección-Gerencia para la prevención de la violencia laboral. Se configuran acciones en torno a diferentes ejes: condiciones previas, intervenciones a nivel de la organización, intervenciones en el entorno (entre otras, reforzar la seguridad para la prevención de las agresiones, adecuar los espacios de atención sani-

---

155. Una vez puesto en marcha el referido registro de incidentes y agresiones se acordó entre el servicio de prevención de riesgos laborales y los sindicatos no dar publicidad a dichos casos, de manera que la información que almacena dicho registro resulte exclusivamente de uso interno. Véase EL PERIÓDICO DE ARAGÓN, *El registro de agresiones será secreto*, 19/11/2006, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/imprimir.php?id=283411>]

156. SERGAS (Servicio central de prevención de riesgos laborales/Subdirección General de Políticas de Personal/División de Recursos Humanos y Desarrollo Profesional), *Plan para la prevención de la violencia laboral en el Servicio Gallego de Salud*, 2006. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<https://www.sergas.es/cas/EnPortada/PrevViolenciaLaboral/Campana/plan.pdf>]

taria, etc.), intervenciones dirigidas a los profesionales del SERGAS (así, por ejemplo, impulsar la formación de los profesionales en la gestión de situaciones conflictivas) y, finalmente, otras intervenciones (entre otras, el establecimiento de sistemas de información y registro de incidentes que impliquen violencia física o psicológica, elaboración de un procedimiento de actuación en caso de incidente y de investigación interna del mismo, apoyo médico y/o psicológico a los trabajadores afectados por la violencia o mecanismos de asesoramiento y apoyo jurídico a los trabajadores afectados).

#### 5.8. PLAN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL PROFESIONAL DEL SERVICIO RIOJANO DE SALUD (SERIS)

En el caso de La Rioja en el año 2008 se aprobó el Plan de prevención y atención al profesional del Servicio Riojano de Salud (SERIS) víctima de agresión en el desempeño de sus funciones<sup>157</sup>. Dicho Plan incluye un conjunto heterogéneo de medidas que se clasifican en los siguientes apartados: medidas estructurales (diferenciando entre aquellas de seguridad pasiva –dispositivos de alarma interna en consultas, etc.– y las de seguridad activa –servicios de seguridad privada, etc.– junto con las medidas de seguridad en atención domiciliaria), medidas organizativas (entre las que destacan las formación de los profesionales y la coordinación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad) y los procedimientos de actuación para la detección de situaciones potencialmente conflictivas. Además, se prevé la existencia de un registro de los incidentes.

#### 5.9. PLAN DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE A POTENCIALES SITUACIONES CONFLICTIVAS EN CENTROS SANITARIOS (ASTURIAS)

Asturias<sup>158</sup> adoptó en 2007 un Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios. En el mismo se establecen medidas en torno a los siguientes ejes:

- a) prevención de situaciones conflictivas,
- b) protección a los profesionales, usuarios, bienes y servicios (incluye, entre otras, la implantación de un registro de agresiones y la elaboración de un mapa de riesgos),

---

157. SERVICIO RIOJANO DE SALUD, *Plan de Prevención y Atención al Profesional del Servicio Riojano de Salud (SERIS) víctima de agresión en el desempeño de sus funciones*, 2008. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<https://www.riojasalud.es/noticias/1146-plan-de-prevencion-y-atencion-al-profesional-victima-de-agresiones-en-el-trabajo?showall=1>]

158. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, *Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios*, 2007. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [[https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_SESPA/gu%C3%ADa%20de%20prevenci%C3%B3n%20situaciones%20conflictivas.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/gu%C3%ADa%20de%20prevenci%C3%B3n%20situaciones%20conflictivas.pdf)]

- c) cobertura al profesional (sanitaria, psicológica y asistencia letrada) y
- d) actuación ante los incidentes.

#### 5.10. ESTRATEGIAS PARA PALIAR LAS AGRESIONES A TODOS LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA

En el caso de la C.A. de Extremadura desde el año 2006 existe un documento titulado «Estrategias para paliar las agresiones a todos los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura»<sup>159</sup>. Se incluyen estrategias de prevención (entre las que se integran, entre otras, formación continuada específica dirigida a los profesionales sanitarios o las técnicas de prevención –así, por ejemplo, habilidades para mejorar las relaciones sanitarias o la mejora en los tiempos de respuesta a los pacientes–) y estrategias de actuación (incluye un Protocolo frente a agresiones a profesionales del Sistema Sanitario de Extremadura, Recomendaciones dirigidas a los profesionales para evitar que se produzcan agresiones o minimizar sus efectos, una guía de orientación legal, la creación del registro de casos de agresiones dependiente de la Consejería de Sanidad y Consumo, la intervención de la Inspección en el cambio del ciudadano de cupo médico y la red de unidades de salud mental que pueden ayudar al profesional agredido). Asimismo, se identifican las medidas de protección en el centro sanitario, distinguiendo entre seguridad activa y pasiva.

#### 5.11. PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS AGRESIONES A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO PÚBLICO DE LA GENERALITAT VALENCIANA

En el caso de la C.A. Valenciana cabe destacar en este ámbito el Decreto 159/2009, de 2 de octubre, del Consell, por el que se establecen las actuaciones de los órganos de la Conselleria de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat, que constituyó la base normativa para la aprobación del Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat. Se trata de un documento ciertamente completo en el que particular importancia ostentan sus cuatro anexos centrados respectivamente en las siguientes cuestiones: Guía de prevención y actuación ante una situación de agresión a los trabajadores del Sector Sanitario Público (Anexo I), Procedimiento de Notificación, Registro e Investigación de Accidente de Trabajo (Anexo II), Procedimiento de

---

159. JUNTA DE EXTREMADURA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO, *Estrategias para paliar las agresiones a todos los profesionales del sistema sanitario público de Extremadura*, 2006. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<https://www.combadajoz.com/pdfs/LIBROAGRESIONESExtremadura.pdf>]

## Asistencia Jurídica a la Víctima y Otras Medidas Legales contra el Agresor (Anexo III) y Programa Formativo sobre Agresiones (Anexo IV).

### 5.12. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO «SALUD LABORAL: UN OBJETIVO COMPARTIDO» (OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD)

En el País Vasco el Servicio Vasco de Salud-OSAKIDETZA elaboró en el año 2009 un Protocolo de actuación ante la violencia en el trabajo bajo el título «Salud Laboral: un objetivo compartido»<sup>160</sup>. Se trata de un documento que estructura el procedimiento de actuación ante un incidente (agresiones menores u otras situaciones de violencia que no produzcan lesión física ni repercusión en la esfera psicológica del trabajador) o accidente (agresiones u otras situaciones de violencia que produzcan lesiones físicas y/o repercusión en la esfera psíquica del trabajador) pudiendo estas últimas cursar con o sin baja laboral. El citado protocolo distingue el procedimiento de actuación ante una situación de estas características según el sujeto de referencia (trabajador agredido, responsable inmediato, Unidad Básica de Prevención, Equipo Directivo), y establece por otro lado el asesoramiento y acompañamiento legal y la labor de la Comisión Técnica de seguimiento de agresiones. Procede igualmente poner de manifiesto que Osakidetza dispone de un Registro para la Notificación de Agresiones.

### 5.13. MADRID

En la C.A. de Madrid se aprobó en 2004 la 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. De acuerdo con el art. 2 de la referida Orden, los Planes de Prevención y Atención de los Centros e Instituciones Sanitarias Públicas se elaborarán de acuerdo con lo previsto en la referida Orden y en su Anexo correspondiente ateniéndose a las directrices, líneas generales y calendario que a estos efectos fije la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud. En concreto, los Planes de Prevención y Atención de los Centros irán dirigidos a:

- a) Prevenir situaciones de tensión y conflicto entre los profesionales sanitarios y los pacientes y usuarios de la sanidad pública.

---

160. SERVICIO VASCO DE SALUD-OSAKIDETZA, «Salud Laboral: un objetivo compartido» [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [[http://www.satsse.es/media/pais\\_vasco/documentos/legislacion/acuerdos-y-convenios/osakidetza.protocolo-de-actuacion-violencia-en-el-trabajo](http://www.satsse.es/media/pais_vasco/documentos/legislacion/acuerdos-y-convenios/osakidetza.protocolo-de-actuacion-violencia-en-el-trabajo)]

- b) Prevenir las agresiones y actos de violencia contra los profesionales, tanto en los Centros Sanitarios como en los domicilios de los pacientes.
- c) Proteger a los profesionales sanitarios y a los ciudadanos que hacen un uso adecuado de los servicios durante el transcurso de incidentes en los que medie violencia o agresión.
- d) Ofrecer el asesoramiento legal y la defensa jurídica en los términos previstos en la Ley 3/1999, de 30 de marzo, de Ordenación de los Servicios Jurídicos de la Comunidad de Madrid y, en su caso, la asistencia sanitaria y psicológica que precisen a aquellos profesionales que hayan sido objeto de agresión.

Por último, la disposición adicional de la Orden 212/2004 se refiere a la formación de los profesionales sanitarios, y en relación con el particular dispone expresamente que la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad con la colaboración de la Gerencia del Servicio Madrileño de Salud, y de la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, incorporará entre los objetivos de los respectivos Planes de Formación la adquisición de habilidades en el manejo de situaciones conflictivas con los ciudadanos e impulsará la formación del personal de los Centros e Instituciones Sanitarias en esta materia.

#### 5.14. PLAN INTEGRAL FRENTE A LAS AGRESIONES AL PERSONAL DE LA GERENCIA DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (SACYL)

El 4 de febrero de 2008, la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y las Organizaciones Sindicales CEMSATSE, UGT, CSI-CSIF, SAE-USCAL y CC.OO. suscribieron el Pacto para elaborar el Plan Integral frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. El pacto frente a agresiones tiene como finalidad establecer las líneas de actuación frente al riesgo de agresión y situaciones conflictivas generadas por usuarios, familiares o acompañantes a los profesionales de la Gerencia Regional de Salud<sup>161</sup>.

En el marco del Plan integral frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, se han implementado una serie de medidas de diferente naturaleza (técnicas, jurídicas, etc.)<sup>162</sup>.

---

161. PORTAL DE SALUD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, «Plan Integral frente a las agresiones». [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/prevencion-riesgos-laborales/plan-integral-frente-agresiones>]

162. El conjunto de las medidas adoptadas y las previstas a corto plazo se encuentran referenciadas en el documento que establece el Desarrollo del Plan Integral frente a las agresiones y las próximas actuaciones (Pleno Sesión Ordinaria del Observatorio de la Comunidad de Cas-

En primer lugar, se ha previsto mejorar la estructura organizativa en el marco del sistema de salud, incrementando la información al usuario con el fin de mejorar el proceso asistencial. La premisa sobre la que se desarrollan dichas actuaciones es la de que una mejor organización redundará en un servicio de mayor calidad generando, en consecuencia, un menor número de conflictos. A dichos efectos se han establecido unidades específicas de atención al usuario, se han desarrollado procesos específicos de triaje y se ha puesto en marcha una programación específica de citas.

A nivel estrictamente técnico, se han instalado botones de alarma en 133 centros de salud; en concreto, en Salamanca, El Bierzo, Palencia, Zamora, León, Burgos y Valladolid oeste.

Asimismo, se han implementado campañas de sensibilización dirigidas a los usuarios de los servicios sanitarios que incluyen cartelería en los propios centros y la difusión en medios de difusión social de spots dirigidos a fomentar el respeto a los profesionales que desarrollan sus funciones en los centros de salud. Por otro lado, se desarrollaron campañas informativas sobre el particular tanto en el propio Portal de Salud de Castilla y León, como en las páginas web de las Gerencias de Salud, en la página de la Junta de Castilla y León y en las redes sociales (facebook).

En el plano de la formación, en 2015 se celebraron 29 ediciones de cursos de formación siendo un total de 468 trabajadores formados en cursos de prevención de agresiones y técnicas de detección de conductas violentas, manejo de pacientes con problemas psíquicos y habilidades de comunicación. Desde el año 2008 más de 9000 trabajadores han tomado parte en dichos cursos.

Desde el punto de vista jurídico, se constató la recepción en el año 2015 de 43 llamadas en el marco del seguro de defensa jurídica para el personal dependiente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL) habiéndose presentado un total de 50 denuncias.

Por otro lado, el Observatorio de Agresiones ha llevado a cabo un estudio de procedimientos judiciales vinculados con las agresiones a profesionales del Servicio de Salud de Castilla y León en el periodo 2006-2015. A lo largo del mismo se produjeron un total de 167 sentencias condenatorias en la jurisdicción penal. Del total de sentencias condenatorias, en 40 de ellas se apreció la concurrencia de un delito en sentido estricto (quedando excluida la mera tipificación como falta penal –posible hasta la entrada en vigor de la reforma del CP de 2015–), siendo numerosas las que apreciaron la concurrencia de un delito de atentado.

---

tilla y León-Sección de agresiones al personal de centros sanitarios de 16 de marzo de 2016), 2016, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/prevencion-riesgos-laborales/plan-integral-frente-agresiones/observatorio-agresiones>]

La violencia contra el profesional sanitario también puede dar lugar a actuaciones sancionatorias de naturaleza administrativa en virtud de la concurrencia del ilícito correspondiente. En este caso el Observatorio tenía registradas en 2015, 29 resoluciones sancionadoras (con multas desde 300 euros).

Asimismo, en el marco del SACYL se han implementado medidas específicas de apoyo a los profesionales (que incluyen la asistencia sanitaria inmediata, la asistencia psicológica post-incidente y la Carta de apoyo al profesional), se envían cartas de rechazo al agresor (siempre que el mismo sea conocido, el profesional agredido preste su consentimiento y no haya denuncia por vía penal) y se han suscrito los oportunos Convenios de Colaboración, por un lado, con el Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León (Convenio Marco de 14 de marzo de 2001 y Convenio Específico de 22 de noviembre de 2011) y con el Consejo de Colegios Profesionales de Diplomados en Enfermería de Castilla y León (Convenio Marco de 16 de diciembre de 2011 y Convenio Específico de 19 de diciembre de 2011).

Existe, por otro lado, un Protocolo de actuación frente a las agresiones para los Profesionales del SACYL en el que se conceptúa lo que es una agresión, se suministran consejos generales de actuación y se especifica qué hacer tras la agresión. Por otro lado, se ha elaborado un Protocolo de actuación frente a las agresiones para los responsables del SACYL. A grandes rasgos las actuaciones descritas coinciden con las previstas en otras CC.AA. españolas mencionadas *supra*. Destaca la elaboración de un Mapa de centros de riesgo (2016: periodo de observación 2014 y 2015) y la elaboración de un tríptico para profesionales sobre el seguro de defensa jurídica suscrito con ARAG.

#### 5.15. PLAN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN ANTE INCIDENTES VIOLENTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA<sup>163</sup>

El Plan de prevención y atención ante incidentes violentos en el ámbito sanitario público de Cantabria data del año 2014. No obstante, prácticamente una década antes ya se venían llevando a cabo en dicha CC.AA. actuaciones muy relevantes en esta esfera. De esta manera, con fecha de 6 de septiembre de 2004, el Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud dictó una Instrucción en la que se detallaba el procedimiento a seguir por los trabajadores del Sistema Cántabro de Salud que, tras sufrir un acto de violencia por parte de usuarios o acompañantes durante el desempeño de su trabajo, quisieran solicitar asistencia socio-

---

163. SALUDCANTABRIA.ES, «Plan de Prevención y Atención ante incidentes violentos en el ámbito sanitario público de Cantabria», 26 marzo 2014. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://saludcantabria.es/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=494&cntnt01returnid=58>]

jurídica o, en su caso, defensa en juicio. En los años 2003 y 2004 el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia de las Áreas de Salud Torrelavega-Reinosa comenzó a desarrollar una serie de iniciativas de prevención de la violencia en el trabajo que progresivamente fueron adoptadas por las Gerencias del resto de Áreas de Salud del conjunto de la comunidad. Ulteriormente, se elaboró la Norma de Prevención de la Violencia en el Trabajo, actualmente vigente en todas las Gerencias del Servicio Cántabro de Salud.

Entre las actuaciones previstas de desarrollo del Plan de 2014 se establecen cinco grandes ejes:

- A) Medidas de prevención primaria: incluye la formación a los profesionales (I) y la adecuación de infraestructuras e inmuebles (II) que integra medidas de seguridad activa y medidas de seguridad pasiva y las medidas de seguridad en atención domiciliaria.
- B) Medidas de prevención secundaria: entre las que se enmarca el registro de incidentes de violencia (I) y la Comisión de Violencia en el trabajo sanitario y Mapa de Riesgos (II).
- C) Actuaciones concretas ante los episodios de violencia: diferenciando entre las actuaciones de los profesionales y otros trabajadores sanitarios (I) y las de la Administración y/o Dirección/Gerencias.
- D) Actuaciones dirigidas a los responsables de incidentes violentos.
- E) Plan de comunicación: interno (I); organismos colaboradores (II) y en relación con la población (III).

#### 5.16. PLAN GLOBAL DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE A AGRESIONES EXTERNAS EN EL LUGAR DE TRABAJO (OSASUNBIDEA-SERVICIO NAVARRO DE SALUD)<sup>164</sup>

En 2008, el Gobierno de Navarra aprobó el Plan global de prevención y actuaciones frente a agresiones externas en el lugar de trabajo, de aplicación a todo el personal al servicio de la Administración foral y sus organismos autónomos, que recoge las funciones que los servicios de prevención de riesgos laborales desarrollarán en el ámbito de las agresiones<sup>165</sup>. Estas

---

164. Información obtenida directamente de la página web institucional del Gobierno de Navarra, véase NAVARRA.ES, «Salud estudia un nuevo sistema de alarma en Atención Primaria, Salud Mental y Urgencias para evitar agresiones», 16 de marzo de 2017. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [[https://www.navarra.es/home\\_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2017/03/16/Medidas+ante+agresiones+en+ambito+sanitario.htm](https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2017/03/16/Medidas+ante+agresiones+en+ambito+sanitario.htm)]

165. GOBIERNO DE NAVARRA, *Plan global de prevención y actuaciones frente a agresiones externas en el lugar de trabajo* [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://www.afapna.es/web/Data/Salud%20Laboral/PlanAgresionesExternas.pdf>]

funciones consisten en el registro e investigación de episodios violentos, el asesoramiento para la resolución de conflictos entre pacientes y profesionales, y facilitar la implantación del Plan. Para ello, se creó un grupo de trabajo, formado por representantes de la administración, delegados de prevención y personal del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), quienes elaboraron un protocolo de actuación frente a agresiones externas en el Sistema Navarro de Salud-OSASUNBIDEA. Así, en caso de agresión, la persona afectada lo notificará a su superior inmediato, quien registrará en un formulario electrónico el suceso, con los datos de filiación personal y laboral de la persona agredida, lugar, fecha y descripción de la agresión, la existencia o no de lesiones y asistencia sanitaria, situación de alta o incapacidad temporal del trabajador, causas que han provocado el incidente (investigación básica) y acciones para evitar su repetición.

Además, mediante este formulario, se puede solicitar para el trabajador asistencia jurídica y/o ayuda psicológica. El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales gestiona ambas e, independientemente de si se solicitan, un técnico del SPRL se pone en contacto con todas las personas víctimas de un acto de agresión.

El análisis del formulario puede conllevar la propuesta por parte del SPRL de medidas preventivas de carácter estructural, organizativo o de tipo individual.

Además, el estudio global de los formularios recibidos permite establecer el mapa de riesgos. Anualmente, en el seno del comité de Seguridad y Salud del Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA se presentan los datos estadísticos referentes a sucesos violentos, que incluyen el área/centro de trabajo, categoría profesional, tipo de agresión, y actuaciones realizadas por el SPRL (asistencia jurídica, apoyo psicológico y seguimiento).

En cuanto a datos de prevalencia para el año 2016 en el Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA se habían notificado un total de 224 agresiones, de las que 158 fueron verbales y 66 físicas<sup>166</sup>.

#### 5.17. PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA (INSTITUT CATALÁ DE SALUT-GENCAT)

El procedimiento implantado en el año 2005 implica como cuatro grandes ejes el registro de las actuaciones violentas contra profesionales sanitarios, la información, el soporte al profesional y las medidas correctoras.

---

166. Véase NAVARRA.ES, «Salud estudia un nuevo sistema de alarma en Atención Primaria, Salud Mental y Urgencias para evitar agresiones», 16 de marzo de 2017. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [[https://www.navarra.es/home\\_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2017/03/16/Medidas+ante+agresiones+en+ambito+sanitario.htm](https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2017/03/16/Medidas+ante+agresiones+en+ambito+sanitario.htm)]

Existe un circuito de notificación de la situación agresiva adecuadamente protocolizado y se incluye el oportuno asesoramiento legal a la víctima.

De acuerdo con Meritxell HERREROS<sup>167</sup> cabe establecer los siguientes factores clave para la gestión de la situación de violencia en el marco del procedimiento del Institut Català de Salut.

I. Factores relativos al modelo de gestión:

- Implantación del procedimiento de prevención y actuación ante situaciones de violencia (desde 2005).
- Gestión de la situación de violencia en el contexto de accidente de trabajo.
- Creación e implantación de una herramienta informática web que facilita la notificación de los accidentes (agresiones).

II. Factores relativos a la implantación del modelo:

- Información a los trabajadores:
  - Tríptico divulgativo del procedimiento.
  - Sesiones informativas realizadas por el SPPM
- Formación:
  - Incorporación a los planes formativos de cursos de contención en situación de crisis (prácticos y participativos). Casi 3000 profesionales formados.

III. Factores relativos a la aplicación del modelo:

- Soporte médico, psicológico y legal a los afectados.
- Relación directa del Servicio de Prevención con los afectados.
- Contacto con agresores: cartas a usuarios agresores, cambio de centro, entrevistas personales.
- Ejecución de medidas de protección pasiva: instalación de cámaras, pulsadores, aumento de vigilancia de seguridad.

---

167. Véase ESADE LAW SCHOOL, «La atención al público supone un riesgo laboral para el trabajador», 25 de noviembre de 2009. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://www.esade.edu/masters-derecho/esp/noticias/viewelement/134582/221/la-atencion-al-publico-supone-un-riesgo-laboral-para-el-trabajador>]

Para una ampliación sobre la presentación véase Meritxell HERREROS, «Experiencia práctica de l'Institut Català de la Salut: La importancia de la notificación de las situaciones de violencia», 25 de noviembre de 2009. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [[http://itemsweb.esade.edu/fu/PDF/Mastersderecho/Seminarios/meritxell\\_herrerros.pdf](http://itemsweb.esade.edu/fu/PDF/Mastersderecho/Seminarios/meritxell_herrerros.pdf)]

5.18. VALORACIÓN GLOBAL DE LA SITUACIÓN CONCURRENTE EN ESPAÑA:  
MESA TÉCNICA II GRUPO DE AGRESIONES A PROFESIONALES DEL  
SISTEMA NACIONAL DE SALUD (MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS  
SOCIALES E IGUALDAD)

En el marco del Grupo de Agresiones a Profesionales del SNS cuyo informe fue culminado el 14 de febrero de 2014<sup>168</sup> se constituyó una segunda Mesa Técnica dedicada al análisis de medidas adoptadas frente al referido fenómeno de las agresiones y a la evaluación de su eficacia. Dicha Mesa Técnica partió del establecimiento de una taxonomía de las medidas implementadas en las diferentes CC.AA. (Medidas normativas, Medidas organizativas, Medidas de seguridad, Medidas formativas, Medidas informativas) procediendo a elaborar un cuestionario dirigido a conocer la eficacia de la implantación de las medidas adoptadas frente a las agresiones, objetivando los datos y estableciendo una escala de valores<sup>169</sup>.

En relación con el particular la Mesa Técnica referida destaca la enorme eficacia de las medidas consistentes en el registro sistemático de las agresiones, la elaboración de informes de seguimiento y la investigación de las agresiones producidas, pues a través de las mismas se han podido diseñar mapas de riesgo en los que se identifican los centros, servicios o unidades de mayor conflictividad así como las causas o circunstancias que más frecuentemente se relacionan con las conductas violentas permitiendo la configuración a futuro de medidas preventivas más eficaces<sup>170</sup>.

Por otro lado, se destaca igualmente que las medidas de seguridad implementadas por las CC.AA. a nivel de centro sanitario y en la atención domiciliaria, los protocolos de actuación frente a agresiones y los mecanismos de coordinación y colaboración con los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado se erigen en las medidas más demandadas por parte de los profesionales de la esfera sanitaria. En el marco de la Mesa Técnica II los referidos mecanismos merecieron una valoración medio-alta, por lo que la imple-

---

168. Para una ampliación acerca de la génesis y el proceso de trabajo del referido grupo véase *supra* Capítulo I.

169. Para una ampliación acerca de la metodología de trabajo de dicha mesa y de las conclusiones alcanzadas, véase GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, cit., pp. 30 y ss. Respecto de los datos suministrados a lo largo del presente epígrafe, procede destacar oportunamente que los cuestionarios citados fueron respondidos por las CC.AA. de Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, La Rioja, Murcia y Valencia, por lo que los datos suministrados y las conclusiones alcanzadas se contraen a dichas CC.AA.

170. Véase GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, cit., pp. 41 y ss. Asimismo, otras medidas relevantes en esta esfera vienen constituidas por la identificación de los agresores, la reasignación de usuarios con antecedentes violentos y los intentos de mejora de los circuitos asistenciales para prevenir las agresiones.

mentación de determinadas medidas de seguridad en el diseño de nuevos centros resulta especialmente recomendable.

Con respecto a las medidas formativas se consideró que la formación tanto presencial como online (por la que apuestan de manera más decidida en los últimos tiempos las CC.AA. pues permite una difusión a un mayor número de trabajadores) resulta particularmente eficaz si bien la asistencia a las referidas acciones formativas desciende cuando la formación no tiene carácter obligatorio. Sin embargo, el desarrollo de dichas acciones formativas en la esfera de los planes de formación anuales de los Servicios de Salud de las CC.AA. constituye una demanda constante por parte de los representantes de los trabajadores.

Por último, la Mesa Técnica II del Grupo de Agresiones a Profesionales del SNS consideró como de gran utilidad la difusión de campañas informativas y de sensibilización a través de trípticos informativos, portales y páginas web de los Servicios de Salud de las CC.AA., si bien su eficacia se encuentra altamente condicionada a la voluntad mostrada por el trabajador para acceder a dichos recursos<sup>171</sup>.

---

171. Para una ampliación sobre el particular, véase GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, cit., pp. 34 y ss.

## **CAPÍTULO IV**

### **LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES SANITARIOS DESDE LA PERSPECTIVA LEGAL**

#### **I. CONSIDERACIONES PRELIMINARES**

Resulta evidente que una toma en consideración integral del fenómeno de la violencia sufrida por los profesionales sanitarios, en particular aquella proveniente de los pacientes y del entorno próximo de éstos, exige un análisis específico de las cuestiones legales implicadas. En este sentido, conviene comenzar por poner de manifiesto que las agresiones a profesionales sanitarios constituyen una problemática que presenta una multiplicidad de implicaciones jurídicas que afectan a sectores como el Derecho Penal, el Derecho Administrativo (fundamentalmente, aunque no exclusivamente el sancionatorio) e incluso a la esfera del Derecho Laboral. A lo largo del presente capítulo vamos a centrar nuestras reflexiones en los dos primeros ámbitos jurídicos citados: el del Derecho Penal como rama llamada a intervenir para lograr la salvaguarda de los bienes jurídicos fundamentales frente a los ataques más graves que los mismos puedan sufrir, y el Derecho Administrativo en cuyo marco se integran las regulaciones básicas en la esfera sanitaria.

#### **II. EL DERECHO PENAL ANTE EL FENÓMENO DE LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS. PARTICULAR CONSIDERACIÓN DE LA FIGURA DE ATENTADO (ART. 550 CP)**

El acaecimiento de una agresión física o verbal a un profesional sanitario conllevará en numerosas ocasiones la comisión de un ilícito penal, pudiendo entrar en juego diferentes tipos penales en función de la modalidad comisiva concreta utilizada. Con carácter previo al estudio de las diferentes figuras de delito que, de ordinario, concurren en el marco de dichos episo-

dios de violencia contra sanitarios por parte de los pacientes y su entorno, procede evidenciar el fuerte esfuerzo institucional realizado en España con la finalidad de lograr que las agresiones en este ámbito tengan una respuesta penal «contundente». Ello se ha materializado en una fuerte presión ejercida por parte de la OMC y del propio sindicato SATSE orientada a lograr un tratamiento sancionatorio agravado en los supuestos de violencia contra los profesionales de la sanidad.

Desde la perspectiva del Derecho Penal el fenómeno de las agresiones a los profesionales sanitarios puede dar lugar a la aplicación de una multiplicidad de figuras delictivas<sup>172</sup>. En este punto, en función de la naturaleza y del tipo de agresión llevada a cabo por el sujeto activo queda en principio abierta la aplicación de los tipos comunes de lesiones (arts. 147 y ss. CP), de homicidio o asesinato (arts. 138 y ss.)<sup>173</sup>, amenazas (arts. 169 y ss. CP), coacciones (art. 172 CP) e injurias (arts. 208 y ss. CP), resultando excepcional en este ámbito la comisión de un delito de calumnias (arts. 205 y ss.) consistente en la imputación de un delito realizada con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad.

No obstante lo anterior, el eje de la protección penal de los profesionales sanitarios frente al fenómeno de las agresiones sufridas por parte de los pacientes y su entorno cercano se sitúa en torno a la aplicabilidad del delito de atentado (normalmente en concurso ideal con la figura común de lesiones en su caso concurrente), vía privilegiada de intervención que ha sido demandada desde hace años por parte de la Organización Médica Colegial (en adelante, OMC) y el Sindicato de Enfermería SATSE lo cual, sin lugar a dudas, ha ostentado una decisiva incidencia en la opción legislativa adopta-

---

172. Una de las cuestiones que no se plantean de manera habitual en el estudio de los supuestos de agresiones a profesionales sanitarios es la posible incidencia en los autores de las mismas de cuadros (permanentes o transitorios) que inciden en la imputabilidad del sujeto activo. No obstante, no se trata de una cuestión menor, lo cual resulta avalado por dos rangos de consideraciones: 1) Numerosas agresiones se perpetran en servicios psiquiátricos o incluso en salas de urgencias por parte de sujetos en estado de intoxicación por consumo de sustancias o bajo un síndrome de abstinencia, lo que debe conducir a analizar la posible concurrencia de una causa de inimputabilidad o imputabilidad disminuida. 2) No cabe descartar que en determinados episodios agresivos producidos por familiares o personas del entorno más cercano del paciente no incidan cuadros de trastorno mental transitorio producidos por la angustia de la espera unida al hecho de que normalmente el acceso a determinados servicios sanitarios (destacadamente, en el caso del acompañamiento a un familiar a las urgencias hospitalarias, máxime si el paciente es menor de edad) se hace en contextos personales de máximo stress.

173. En nuestro país particular impacto causó el asesinato de la inspectora médica Dra. Elena Ginel en 2001 en Salamanca por parte de un individuo al que aquella había negado una baja laboral y tras numerosos episodios de amenazas oportunamente denunciados por la víctima. Posteriormente, en 2009 la doctora María Eugenia Moreno Martínez fue asesinada por un jubilado cuando se encontraba de guardia en el Centro de Salud de Moratalla (Murcia). Este último suceso constituyó la punta de lanza para la creación del Observatorio de Agresiones de la OMC. Un ulterior episodio trágico fue el asesinato de Violeta Guarido Rivera, psicóloga clínica del centro psiquiátrico San Juan de Dios de Palencia, que fue apuñalada por una interna de dicho centro en 2014.

da en el marco de la reforma del CP en virtud de la LO 1/2015 que ha procedido a su inclusión expresa en la esfera del art. 550 CP cuando el sujeto pasivo de determinadas conductas violentas ostenta la condición de profesional sanitario del sector público.

Cabe considerar que la vía penal resulta satisfactoria para los representantes del colectivo médico y enfermero al estimar que, dado que el Derecho Penal permite imponer las sanciones más graves del ordenamiento jurídico (fundamentalmente penas privativas de libertad), ello ostentará un efecto disuasorio para potenciales agresores futuros (con base en una concepción preventivo-general negativa o intimidatoria). No obstante, ello se consigue a juicio de los responsables de la OMC y del Sindicato SATSE en la medida en que la tipificación de las agresiones a profesionales sanitarios se realiza en virtud del delito de atentado (que, en el caso de que el sujeto pasivo sea funcionario público tiene prevista una pena de prisión de 6 meses a 3 años) y no si se limita a calificar los hechos como delito (en la mayor parte de los casos leves) de lesiones, coacciones, etc. cuyas penas son en todo caso más benignas y se limitan en numerosas ocasiones a exiguas multas penales. Cabe ir más allá y poner de manifiesto que para el profesional sanitario tomar parte activa en un proceso penal en el que concurre como víctima, para comprobar ulteriormente que una vez probada la agresión (con la gravedad subjetiva que la misma implica para el/la médico/a o enfermero/a) la Sentencia condenatoria se limita a imponer al reo una pena de multa de escasa cuantía, no satisface las expectativas creadas e incluso crea un sentimiento de indefensión y desamparo por parte del sistema de justicia llamado a protegerlo<sup>174</sup>.

## 2.1. TOMA EN CONSIDERACIÓN DEL DELITO DE ATENTADO (ART. 550 CP). LA INCLUSIÓN EXPRESA DE LOS FUNCIONARIOS SANITARIOS EN LA ESFERA DEL ART. 550 CP

La reforma del CP de 2015 ha supuesto en relación con los casos de agresiones a profesionales sanitarios la consagración definitiva con arreglo al texto de la norma (lo cual no quiere decir que ello no resultase predicable con base en la redacción del art. 550 CP anterior a la citada reforma de 2015) de la inclusión de los profesionales sanitarios en la esfera de los suje-

---

174. Con independencia de la opinión personal (en todo caso negativa) de la argumentación anterior como fundamentación para la inclusión expresa de los profesionales sanitarios del sector público (así como de los docentes) en la esfera de los sujetos pasivos idóneos del delito de atentado, conviene no desconocer dicho argumentario como eje de las motivaciones del legislador español de 2015 en este punto. Muestran igualmente sus reservas acerca de la idoneidad de la lógica fundada en maximizar la intervención penal como vía para la prevención de conflictos sociales (en este caso, mediante la tipificación como delito de atentado de las agresiones a profesionales sanitarios) Rebeca MARINAS-SANZ, Begoña MARTÍNEZ-JARRETA, Yolanda CASALOD, Miguel BOLEA, «Aggressions towards healthcare workers in Spain: status after the recent modification of the Spanish Penal Code», *Medicina Clínica*, 147, 2016, p. 41.

tos pasivos idóneos del delito de atentado del art. 550 CP. Ello es debido a que la mencionada reforma de 2015 incorporó un párrafo 2.º al apartado 1.º art. 550 CP quedando el precepto redactado de la siguiente manera: «1. Son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas. En todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas. 2. Los atentados serán castigados con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de tres a seis meses si el atentado fuera contra autoridad y de prisión de seis meses a tres años en los demás casos (...)»<sup>175</sup>.

De acuerdo con el art. 550 CP en su redacción vigente hasta el 1 de julio de 2015 eran reos de atentado los que acometiesen a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o empleasen fuerza contras ellos, los intimidasen gravemente o les hiciesen resistencia activa también grave, cuando se hallasen ejecutando las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas. Posteriormente y a nivel de pena, el art. 551 Código Penal establecía en el supuesto de que el atentado se llevase a cabo contra funcionario público (que sería el caso de producirse una agresión contra un profesional sanitario que ostentase dicha condición) una pena de prisión de uno a tres años.

La introducción en el marco del art. 550 CP del párrafo 2.º apartado 1.º («En todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas») en virtud de la reforma CP de 2015, supone la consolidación legislativa de un criterio que ya se venía manteniendo jurisprudencialmente y cuya razón de ser es garantizar que las agresiones contra funcionarios docentes y sanitarios que revistan el resto de

---

175. Al hilo de los preceptos anteriores cabe poner de manifiesto que en virtud del art. 556 CP serán castigados con la pena de prisión de tres meses a un año o multa de seis a dieciocho meses, los que, sin estar comprendidos en el artículo 550, resistieren o desobedecieren gravemente a la autoridad o sus agentes en el ejercicio de sus funciones, o al personal de seguridad privada, debidamente identificado, que desarrolle actividades de seguridad privada en cooperación y bajo el mando de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Asimismo, los que faltaren al respeto y consideración debida a la autoridad, en el ejercicio de sus funciones, serán castigados con la pena de multa de uno a tres meses. En todo caso, corresponde poner de manifiesto desde un primer momento que el delito del art. 556 CP (como ocurría igualmente con la antigua falta del art. 634 CP hoy derogada por la LO 1/2015) no resulta en principio aplicable a los supuestos de agresiones a personal sanitario, pues los/as médicos/as, enfermeros/as y el resto del personal al servicio de la Administración sanitaria ostentará, en su caso, la condición de funcionario pero no la de autoridad o agente de la misma (salvo en los concretos supuestos en que ostentan la condición de agentes de la autoridad sanitaria). Por ello resulta particularmente criticable la Sentencia núm. 185/2008, de 3 de abril, de la Audiencia Provincial de Sevilla (Sección 1ª) (JUR 2008/369199) que aplica la antigua falta del art. 634 CP en un supuesto (a mi juicio constitutivo de atentado del art. 550 CP) en el que los acusados insultaron, amenazaron y acometieron a la doctora ascrita al Servicio Público de Salud.

las características típicas del art. 550.1 CP constituirán atentado con las consecuencias penológicas que ello implica (en el supuesto de atentado contra funcionario sanitario la pena base pasa a ser de 6 meses a 3 años de prisión). La previsión expresa de que los funcionarios docentes y sanitarios constituyen sujetos pasivos idóneos del delito de atentado del art. 550 CP –cuestión que ya resultaba asumible de *lege lata* bajo la redacción anterior del CP que no contenía dicha especificación– fue objeto de introducción en el curso del proceso parlamentario que condujo a la aprobación definitiva de la LO 1/2015, más concretamente en el trámite de introducción de enmiendas en el Senado. La justificación de dicha decisión legislativa es la siguiente: «(Doscientos treinta y ocho) Se añade un párrafo segundo al apartado 1 del artículo 550 del Código Penal, en el que se refleja lo que la jurisprudencia ha venido recogiendo en los últimos años sobre cuándo se considera que hay actos de atentado contra los funcionarios docentes o sanitarios»<sup>176</sup>. Como queda de manifiesto en el propio argumentario del legislador los criterios jurisprudenciales constituyeron el referente fundamental para la introducción de dicho apartado segundo del art. 550.1 CP, siendo probablemente la *ratio legis* última de dicha opción normativa la de dar satisfacción a las crecientes demandas de penalización expresa por la vía del delito de atentado –manifestadas por organizaciones profesionales como la OMC o el sindicato enfermero SATSE– de los actos de agresiones sufridos por determinados colectivos profesionales (en este caso, funcionarios docentes y sanitarios).

No obstante, procede realizar una primera aclaración fundamental en relación con la aplicabilidad de la figura de atentado en los casos de agresiones a profesionales sanitarios. Y es que dado que la protección dispensada por el art. 550 CP se vincula a que el sujeto pasivo ostente la condición de autoridad, agente de la misma o funcionario público, cabe colegir sin mayor dificultad que los trabajadores o empleados de empresas o instituciones sanitarias privadas, aunque éstas participen en el ejercicio de funciones sociales, no ostentan la condición de funcionarios públicos a efectos penales por lo que las agresiones que se materialicen contra los mismos darán lugar, en su caso, a la aplicación de los tipos comunes de lesiones, amenazas, etc. pero no a la del tipo del art. 550 CP (atentado).

## 2.2. SITUACIÓN ANTERIOR A LA REFORMA PENAL DE 2015 EN MATERIA DE DELITO DE ATENTADO, EN RELACIÓN CON LOS SUJETOS PASIVOS IDÓNEOS (AUTORIDAD, AGENTE DE LA MISMA Y FUNCIONARIO PÚBLICO)

Con carácter anterior a la reforma CP de 2015 el tipo del delito de atentado (art. 550 CP) disponía expresamente «son reos de atentado los que acometan a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o empleen

---

176. BOCCG. Senado, apartado I, núm. 493-3341, de 23/03/2015.

fuerza contras ellos, los intimiden gravemente o les hagan resistencia activa también grave, cuando se hallen ejecutando las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas». Más allá del análisis de las conductas típicas (del que prescindiremos, pues la modificación de 2015 las ha alterado, por lo que procederemos a estudiar *infra* las actualmente incluidas en el art. 550.1 CP) lo relevante en este punto es determinar el círculo de sujetos pasivos idóneos al amparo de la fórmula del art. 550 CP anterior a la reforma 2015 al objeto de concretar si las agresiones a profesionales sanitarios (al menos, si aquellos ostentaban la condición de funcionarios) daban lugar a la aplicación del delito de atentado ya bajo la antigua redacción del precepto. El art. 550 CP en su versión anterior a la reforma introducida por la LO 1/2015 únicamente hacía referencia a tres categorías de sujetos pasivos idóneos del delito de atentado (autoridad, agente de la misma o funcionarios públicos) sin incluir la actual referencia a los funcionarios docentes y sanitarios en este ámbito, por lo que procede analizar en qué grado dicha adición ha supuesto un cambio de criterio legislativo.

A nivel normativo, el CP nos suministra únicamente criterios de delimitación adecuados en relación con dos de las tres categorías de sujetos pasivos citadas en el art. 550.1 apartado 1.º CP, pues el art. 24 CP define el concepto de autoridad (apartado 1.º), mientras el apartado 2.º del mencionado precepto establece quién debe conceptuarse como funcionario público.

1. CONCEPTO DE «AUTORIDAD». De acuerdo con el art. 24.1 CP «a los efectos penales se reputará autoridad al que por sí solo o como miembro de alguna corporación, tribunal u órgano colegiado tenga mando o ejerza jurisdicción propia. En todo caso, tendrán la consideración de autoridad los miembros del Congreso de los Diputados, del Senado, de las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas y del Parlamento Europeo. Se reputará también autoridad a los funcionarios del Ministerio Fiscal».

Una primera cuestión que procede poner de manifiesto es que el concepto de autoridad que establece el CP constituye una noción específicamente predicable en la esfera del Derecho Penal (como se analizará *infra*, el concepto de autoridad puede diverger en relación con otras ramas del Derecho, y en particular, en la esfera administrativa y por lo tanto, cabe sostener el carácter autónomo de dicho concepto penal). Ello resulta de interés a efectos de nuestro estudio, pues en los últimos años se han aprobado diversas legislaciones autonómicas sectoriales (tanto en el ámbito de la educación como en de la sanidad) que establecen la condición de autoridad pública en relación con sujetos que, en principio, carecen de la misma a efectos penales. En este sentido, resulta procedente citar la Ley 9/2013, de 28 de noviembre, de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón. El preámbulo de la norma citada establece que si bien no se dispone de estadísticas que reflejen que la dimensión real del problema de la violencia contra los profesionales sanitarios sea alarmante, las agresiones físicas o verbales a los profesionales sanitarios y sociales en el ejercicio de sus funciones por parte de pacientes, usuarios,

familiares o sus acompañantes representan un motivo de preocupación para dichos profesionales. Por otro lado, se insiste en que dichas conductas violentas no deben permitirse en ningún caso pues rompen el vínculo de confianza que debe existir en la relación de los profesionales con los pacientes, fundamental para la consecución de los objetivos de la relación clínica en la que queden garantizados los derechos de profesional y paciente.

De acuerdo con el artículo 1 de la Ley aragonesa 9/2013 –precepto que define el objeto de la norma– la citada ley tiene por objeto reconocer y apoyar a los profesionales del sistema público sanitario y social de Aragón incluidos en el anexo único<sup>177</sup>, reforzando su autoridad y procurando la protección y el respeto que les son debidos en el ejercicio de sus funciones y responsabilidades, con el fin de conseguir una adecuada convivencia en todos los centros del sistema, incrementar la sensibilización, prevención y resolución de conflictos y promover una atención sanitaria y social en los valores propios de una sociedad democráticamente avanzada a todos los pacientes y usuarios. En todo caso, el ámbito de aplicación de la misma de acuerdo con el artículo 2 queda restringido al sistema público sanitario y social de la Comunidad Autónoma de Aragón, de manera que la actividad quirúrgica y las pruebas diagnósticas realizadas mediante fórmulas de actividad concertada en empresas privadas por profesionales de éstas estarán excluidas del ámbito de aplicación de la ley.

Particular importancia en el marco de la Ley 9/2013 de Aragón ostenta su artículo 6 (Autoridad pública) que dispone que en el desempeño de las funciones que tengan asignadas, los profesionales que se detallan en el anexo único de la ley tendrán la consideración de autoridad pública y gozarán de la protección reconocida a tal condición por la legislación vigente. Por otro lado, la autoridad de tales profesionales se considera inherente al ejercicio de su función sanitaria y social y a su responsabilidad a la hora de desempeñar su profesión en todos aquellos aspectos recogidos en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, y en la Ley 5/2009, de 30 de

---

177. Anexo Único Ley 9/2013, de 28 de noviembre, de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón. *Grupos de profesionales incluidos en el ámbito de aplicación de la Ley de autoridad de profesionales del sistema sanitario y de servicios sociales públicos de Aragón*

En este anexo, se incluye a los siguientes grupos de profesionales que presten sus servicios en el sistema público sanitario o social de Aragón:

- Los profesionales determinados en los artículos 2, 3, 6 y 7 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Directores y subdirectores de centros y servicios del sistema público sanitario o social de Aragón.
- Trabajadores sociales.
- Pedagogos.
- Educadores.
- Personal de gestión y servicios.

junio, de Servicios Sociales de Aragón. Asimismo, el artículo 7 establece que en el ejercicio de sus funciones, los hechos constatados por los mencionados profesionales gozarán de la presunción de veracidad cuando se formalicen por escrito en documento que cuente con los requisitos establecidos según la normativa que resulte de aplicación en cada caso<sup>178</sup>.

A la luz de la Ley 9/2013, de 28 de noviembre, de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón cabe poner de manifiesto que resulta criticable el intento de establecimiento por la vía de una normativa administrativa del reconocimiento del carácter de autoridad a efectos penales a los profesionales establecidos en dicha norma, pues dicho concepto se encuentra absolutamente normativizado por la vía del art. 24.1 CP. Dato fundamental del análisis anterior es poner de manifiesto que el mecanismo a través del cual determinada normativa administrativa sectorial trató de canalizar las demandas de protección privilegiada provenientes de ciertos sectores profesionales (docentes y sanitarios, destacadamente) fue la del reconocimiento del carácter de autoridad de dichos profesionales en el marco de su desempeño. No obstante, resulta procedente destacar que dicha caracterización de los sujetos mencionados como «autoridad» en el marco de la legislación administrativa sectorial (normalmente autonómica) en modo alguno prejuzgaba su consideración como tal a efectos penales y, por lo tanto, no implicaba por sí misma la calificación de las agresiones a dichos profesionales como atentado a la autoridad con carácter previo al cambio normativo experimentado en virtud de la LO 1/2015.

2. CONCEPTO DE «AGENTE DE LA AUTORIDAD». La segunda figura susceptible de dar lugar a la aplicación del delito de atentado viene constituida por los agentes de la autoridad. En este sentido, los agentes de la autoridad son funcionarios públicos<sup>179</sup> encargados de la ejecución de las decisiones de la autoridad, por lo que no existe una relación de equivalencia entre las figuras de funcionario público y agente de la autoridad, pues siendo todos los agentes de la autoridad funcionarios a efectos penales, no todos los funcionarios públicos ostentan la condición de agentes de la autoridad. Dado que, a diferencia de los conceptos de «autoridad» y «funcionario público» nor-

---

178. Similar previsión se dispone en el art. 34.3 Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León en virtud del cual «los profesionales de los centros sanitarios incluidos en el anexo a la presente ley gozarán, en el ejercicio de sus funciones y responsabilidad, del derecho a ser respetados, recibir un trato adecuado y ser valorados por los usuarios del sistema sanitario, sus familiares y acompañantes y por la sociedad en general. A estos efectos, tendrán la consideración de autoridad pública y gozarán de la protección reconocida a tal condición por la legislación vigente. Los hechos constatados por los mencionados profesionales, gozarán de la presunción de veracidad cuando se formalicen por escrito en documento que cuente con los requisitos establecidos según la normativa aplicable en cada caso».

179. En este sentido, véase José CEREZO MIR, «Delitos de atentado, resistencia y desobediencia», *Problemas fundamentales del Derecho Penal*, Tecnos, Madrid, 1982, p. 209 (con referencia al art. 119 CP del antiguo CP equivalente, en este punto, al art. 24 CP 1995).

mativizados *ex art.* 24 CP, el CP no nos suministra una definición de qué se entiende por «agente de la autoridad» resulta decisivo el criterio suministrado por la jurisprudencia del TS que viene a establecer expresamente «los Agentes de la Autoridad son las personas que, por disposición legal o nombramiento de quien para ello es competente, se hallan encargados del mantenimiento del orden público y de la seguridad de las personas y de las cosas, cometido reservado fundamentalmente a los Cuerpos de Seguridad del Estado (en su caso también las Policías Municipales y Autonómicas)» (STS 2500/1992, de 18 de noviembre –RJ 1992\9605–). En definitiva, rige en este punto el principio de reserva de ley debiendo ser una disposición con dicho rango la que atribuya la condición de agente de la autoridad a determinados sujetos<sup>180, 181</sup>. En el ámbito del presente trabajo particular importancia ostenta el reconocimiento de la condición de agentes de la autoridad sanitaria estatal que realiza la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública al personal al servicio de la Administración General del Estado vinculado al ejercicio de competencias contempladas en dicha ley, facultándole para desarrollar labores de inspección. A tal efecto, podrá tomar muestras y practicar las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para la comprobación del cumplimiento de las normas sanitarias siguiendo los procedimientos establecidos<sup>182</sup>.

3. CONCEPTO DE FUNCIONARIO PÚBLICO. El concepto de mayor interés a efectos de nuestro estudio, pues constituye la vía a través de la cual la reforma del CP de 2015 ha integrado en la esfera del delito de atentado las agresiones a profesionales sanitarios, es el de funcionario público. De nuevo, nos encontramos ante un concepto normativizado a efectos penales (pues se encuentra definido en el art. 24.2 CP), sin que la definición imperante en la esfera penal coincida –por resultar mucho más amplia–, en modo alguno, con la noción de funcionario en el ámbito administrativo. Basta a dichos efectos, con com-

---

180. Véase Luis ROCA AGAPITO, «Concepto de autoridad y de funcionario público a efectos penales», *Revista Derecho y Proceso Penal*, 31, 2013, p. 180.

181. Norma de referencia en este sentido es la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad que en su art. 7 apartado 1º dispone que en el ejercicio de sus funciones, los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad tendrán a todos los efectos legales el carácter de agentes de la autoridad. Por lo tanto, procede considerar que ostentan dicha condición al menos, y en virtud de la Ley Orgánica 2/1986, los miembros de la Policía Nacional, de la Guardia Civil, de las policías autonómicas y de la policía local (véase asimismo el art. 53.3 de dicha LO 2/1986). Por otro lado, y a título ejemplificativo cabe mencionar el art. 142.4 Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria que asigna a los funcionarios que desempeñen funciones de inspección la condición de agentes de la autoridad, y el art. 58.3 Ley 43/2003, de 21 de noviembre, de Montes que prevé que los funcionarios que desempeñen funciones de policía administrativa forestal, por atribución legal o por delegación, tendrán la condición de agentes de la autoridad.

182. En relación con el establecimiento de competencias en la esfera de la salud pública junto con la referida Ley 33/2011, cabe citar por su relevancia en el marco de la adopción de medidas tales como reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control (incluso coactivos), el marco normativo establecido por la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.

parar la dimensión de la esfera funcional al amparo del art. 24.2 CP con la derivada de la normativa administrativa vigente.

De acuerdo con el mencionado art. 24.2 CP se considerará funcionario público a todo el que por disposición inmediata de la Ley o por elección o por nombramiento de autoridad competente participe en el ejercicio de funciones públicas. Del precepto referido se deriva que dos factores caracterizan al concepto de funcionario en el ámbito penal: por un lado, el cauce o modo de incorporación a la función desempeñada y, por otro, la propia participación o ejercicio de funciones públicas.

En definitiva, es a través del concepto de funcionario público (previsto como sujeto pasivo idóneo del delito del art. 550 CP antes de la reforma de 2015) cómo las agresiones contra los profesionales sanitarios del sector público en las que concurrieran el resto de las características típicas del mencionado art. 550 CP daban lugar ya con carácter previo a la citada reforma de 2015 a la aplicación del delito de atentado.

Por otro lado, y a la luz de la configuración que realiza el art. 24.2 CP del concepto de funcionario cabe colegir sin mayor dificultad que los trabajadores o empleados de empresas o instituciones sanitarias o educativas privadas, aunque éstas –en concierto o mediante cualquier otra fórmula de relación con la Administración<sup>183</sup>– participen en el ejercicio de funciones sociales, no ostentan la condición de funcionarios públicos a efectos penales, toda vez que su designación no se realiza por alguna de las tres formas expresadas en el art. 24.2 CP –disposición inmediata de la ley o por elección o por nombramiento de autoridad competente–, precisas para adquirir la condición de funcionario público a efectos penales.

### 2.3. GÉNESIS DE LA OPCIÓN LEGISLATIVA ADOPTADA POR LA LO 1/2015 MEDIANTE LA INCLUSIÓN EXPRESA DE LOS FUNCIONARIOS DOCENTES Y SANITARIOS COMO SUJETOS PASIVOS IDÓNEOS DEL ATENTADO

Cabe afirmar que si bien ya con carácter anterior al año 2007 distintas Sentencias de diferentes AP habían estimado la concurrencia de un delito de atentado en supuestos de agresión a profesionales sanitarios del sector público por parte de pacientes o personas del entorno de éstos, fue la STS de 4 de diciembre de 2007 la que marcó un hito jurisprudencial fundamental en la estimativa de las referidas conductas violentas contra funcionarios sanitarios. Resulta fundamental poner de manifiesto que tanto la menciona-

---

183. Para una ampliación acerca de las formas de gestión indirecta de los servicios sanitarios (colaboración de sujetos privados en la prestación de funciones públicas), con particular referencia a las fórmulas de concesión y concierto, véase MONICA DOMÍNGUEZ MARTÍN, «Formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: de la Ley General de Sanidad a las fórmulas de colaboración público-privada», en ALBERTO PALOMAR OLMEDA, JOSEFA CANTERO MARTÍNEZ (Dir.), *Tratado de Derecho Sanitario. Volumen I*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2013, pp. 420 y ss.

da STS de 4 de diciembre de 2007 como otras resoluciones de Tribunales inferiores fueron dictadas bajo la redacción del art. 550 CP anterior a la reforma de 2015 que únicamente establecía como sujetos pasivos idóneos del delito de atentado a la autoridad, agentes de la misma y funcionarios públicos (sin especificar, por lo tanto, que se considerarían actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios).

2.3.1. *Estimativa jurisprudencial en torno a la aplicación de la figura de atentado en los supuestos de agresiones a profesionales sanitarios en España*

A) Posición del Tribunal Supremo español en relación con las agresiones a profesionales sanitarios funcionarios públicos. En particular, análisis de la Sentencia del Tribunal Supremo núm. 1030/2007, de 4 de diciembre (Sala de lo Penal, Sección 1.<sup>a</sup>) (RJ 2008\648)

Una de las cuestiones fundamentales al objeto de determinar la aplicación del delito de atentado en los supuestos de agresiones a profesionales sanitarios incardinados en la esfera del sistema público de salud, es la relativa a cuál ha sido el criterio mantenido por la jurisprudencia en relación con el particular, lo cual ostenta pleno sentido en el momento actual (a pesar de que tras la reforma del CP introducida por LO 1/2015 resulta indiscutible la aplicación de la figura de atentado cuando el sujeto pasivo es un funcionario docente o sanitario) pues nos permite conocer la *ratio legis* de la reforma producida en relación con el particular. Hemos de poner de manifiesto, con carácter preliminar, que el conjunto de resoluciones jurisprudenciales que se citan en este punto fueron dictadas encontrándose en vigor la versión del art. 550 CP anterior a la LO 1/2015, es decir, cuando la única alusión a los sujetos pasivos idóneos que realizaba el tipo penal era la de que se tratase de autoridades, sus agentes o funcionarios públicos (no especificándose aún la integración en todo caso en dicha figura de las actuaciones contra funcionarios docentes y sanitarios).

En este sentido, ya desde la década de los noventa (SSTS núm. 1183/1993, de 20 de mayo –RJ 1993\4189–) del siglo pasado existe un precedente judicial en el que el TS confirmó una condena por atentado a funcionario público (además de un delito de lesiones y una falta de daños) en un caso en el que los procesados Manuel T.G. y Purificación T.G. tras espetar al médico (quien desarrollaba sus funciones en el Servicio de Urgencias de la Seguridad Social de Roquetas, y poseía el nombramiento de médico sustituto debidamente autorizado por la Dirección Provincial del Servicio Andaluz de Salud) que era «un mierda y un hijo de puta» procedieron a agredirle, primero Purificación y luego Manuel causándole lesiones que tardaron en curar 31 días. En este supuesto, el TS declaró que no había lugar al recurso de casación, por infracción de ley, interpuesto por los procesados Manuel T. G. y Purificación T. G. contra la sentencia de la Audiencia que les condenó como autores de un delito de atentado a funcionario público, por otro de lesiones y por una falta de daños. Concretamente, el razonamiento del

TS en dicho supuesto se fundó en el hecho de que el art. 119 del Código Penal 1944/1973 (actual art. 24.2 CP 1995) aludía a tres formas de acceder al funcionariado, bien por disposición inmediata de la Ley, por elección o por nombramiento de la autoridad competente<sup>184</sup>, siempre que se participe del ejercicio de las funciones públicas.

Si bien han existido sentencias contradictorias por parte de los Tribunales inferiores en relación con la respuesta penal a otorgar en los supuestos de agresiones a profesionales sanitarios integrados en la Administración Pública, considero que el hito fundamental en relación con el particular ha venido marcado por la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de diciembre de 2007 (RJ 2008\648) que acepta la tipificación en virtud del art. 550 Código Penal en un supuesto de agresión por parte de un paciente a un médico de la Seguridad Social<sup>185</sup>. Dado que se trata de una resolución controvertida en sus fundamentos mismos, respecto de la cual el Magistrado del Tribunal Supremo Martínez Arrieta formuló voto particular, procede analizar los criterios sostenidos en la sentencia y los argumentos mantenidos en el referido voto particular.

Los hechos motivadores de la controversia judicial, que reproducimos dado su interés, son los siguientes:

«Sobre las 17,30 horas de un día no determinado del mes de marzo de 2004, el acusado Lucas, nacido el día 19 de abril 1972, en Tánger (Marruecos), con NIE NUM000, sin antecedentes penales, que era el paciente de Luis Enrique, Médico Odontólogo del Centro de Asistencia Primaria de Can Gibert del Pla, de Girona, en el que prestaba sus servicios con carácter funcional, en el momento en que salía del referido Centro se dirigió al mismo recriminándole haberle

---

184. Esta última es la que, en opinión del TS, concurre en el médico de la Seguridad Social perjudicado por el delito, cuyo nombramiento había sido autorizado por la Dirección Provincial del Servicio Andaluz de Salud. Afirma el TS en su resolución que los funcionarios de empleo, en contraposición a los de carrera, tienen similar cuadro de derechos y obligaciones que los reconocidos a los funcionarios en propiedad. Y ello, no tanto por su estabilidad en el ejercicio del cargo, sino porque las funciones por ellos ejercidas son idénticas a las llevadas a cabo por titulares, por lo que su calificación como funcionarios públicos resulta indiscutible, ampliándose así los condicionamientos del art. 119 CP 1944/1973 (actual art. 24.2 CP 1995), porque dicha actividad funcional pública debe referirse a ejercitar alguna actividad que por su carácter social y trascendencia colectiva está encomendada al Estado, Provincia o Municipio, o Entes públicos dependientes más o menos directamente de los mismos, y no puede dudarse de tal cualidad de los Servicios de la Seguridad Social, Instituto Nacional de la Salud, o su correlativo si se halla transferido a una Comunidad Autónoma, vinculados a la Administración pública.

185. En el mismo sentido se pronuncia PINEDO GARCÍA quien califica esta resolución del TS como un «gran avance hacia la conciencia social de este tipo de incidentes», si bien pone de manifiesto que por sí sola no puede implicar la solución a la violencia contra los profesionales sanitarios siendo imperiosas medidas por parte de la Administración con el fin de instaurar todos aquellos medios para la educación social de los usuarios en el respeto al personal sanitario y el uso racional de los recursos en este ámbito. Véase IGOR PINEDO GARCÍA, «El deber de respeto a los profesionales sanitarios: uso responsable de las prestaciones sanitarias. Causas y consecuencias jurídicas», en ALBERTO PALOMAR OLMEDA, JOSEFA CANTERO MARTÍNEZ (Dir.), *Tratado de Derecho Sanitario*, Vol. I, cit., p. 934.

hecho daño al extraerle una pieza dentaria golpeándole con un paraguas sin causarle lesiones. Posteriormente, sobre las 17,30 horas del día 29 de marzo de 2004, el acusado Lucas, acudió de nuevo a las proximidades de dicho Centro sanitario y al salir de su trabajo el Sr. Luis Enrique, se aproximó al mismo iniciando una conversación acerca de que quería visitarse de nuevo, para a continuación de una forma sorpresiva, aprovechando que la víctima ya no se encontraba cara a cara, sin capacidad de reaccionar defensivamente, sacando del bolsillo un cuchillo o instrumento similar, que no ha sido hallado, se lo clavó en el brazo derecho con la intención de menoscabar su integridad física, atravesando el brazo y espacio intercostal con afectación del pulmón. Como consecuencia de lo anterior, el Sr. Luis Enrique sufrió dos heridas inciso contusas en cara postero-interna del tercio superior del brazo derecho y herida inciso en cara lateral del hemotórax derecho, con sección completa del nervio cubital y del nervio cutáneo-branquial interno que le provocó un neumotórax derecho con pérdida importante de sangre, habiendo curado en 75 días de carácter impeditivo de los que 17 fueron hospitalarios, precisando de tratamiento médico y quirúrgico, con antiinflamatorios, antibióticos y rehabilitación, quedándole como secuelas una parestesia del nervio músculo cutáneo; parálisis de nervio cubital a nivel palma de la mano y dedos; parestesia nervio cubital derecho y perjuicio estético moderado por cicatriz de 3 cm. cara posterior brazo derecho, de 3 x 3 x 10 cm. cara interna mismo brazo y de 3 cm. en hermitórax derecho. Las secuelas producen una pérdida moderada de la funcionalidad de la extremidad superior derecha y una incapacidad total y absoluta para su profesión de Médico Odontólogo, cargo que ejerció en el Centro de Asistencia Primaria dependiente del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña desde el 1 de junio de 1977 hasta el 30 de junio de 2004».

Respecto de los hechos enjuiciados la Audiencia Provincial de Gerona condenó al imputado por un delito de lesiones subtipo agravado de medio peligroso con la circunstancia agravante de alevosía, absolviéndole por el delito de atentado. Una vez interpuesto el oportuno Recurso de Casación corresponde al Tribunal Supremo el conocimiento de la causa, procediendo este último a estimar la concurrencia de un delito de atentado del art. 550 Código Penal con base en los siguientes argumentos:

- 1) Desde el punto de vista del bien jurídico protegido a través del delito de atentado, la Sentencia del Tribunal Supremo estima que abandonada la conceptualización del bien jurídico protegido por el delito de atentado con referencia al principio de autoridad, se identifica aquél con el orden público, entendido como aquella situación que permite el ejercicio pacífico de los derechos y libertades públicas y el correcto funcionamiento de las instituciones y organismos públicos, y consiguientemente, el cumplimiento libre y adecuado de las funciones públicas, en beneficio de intereses que superan los meramente individuales. En definitiva, se sancionan a través de los preceptos mencionados los hechos que atacan al normal funcionamiento de las prestaciones relativas al interés general que la Administración debe ofrecer a los ciudadanos. Por otro lado, el TS considera que aun cuando la mención a las Autoridades y a sus agentes como sujetos

pasivos pudiera dar a entender que el delito de atentado se refiere exclusivamente a actos dirigidos contra quienes se caracterizan por tener mando o ejercer jurisdicción o contra quienes actúan a sus órdenes o bajo sus indicaciones (artículo 24 del Código Penal), la consideración de los funcionarios públicos como tales sujetos pasivos, amplía necesariamente al ámbito de estos últimos. En definitiva, una limitación en atención al cumplimiento de funciones derivadas de resoluciones en las que se actúe con tal mando o jurisdicción, no encontraría precedentes definitivos en la jurisprudencia, que, por el contrario, se ha orientado a considerar como sujetos pasivos a los funcionarios públicos en cuanto vinculados al cumplimiento o ejecución de las funciones públicas antes referidas. En consecuencia, la configuración del bien jurídico señalada abona una extensión de la aplicación del delito de atentado a los supuestos de agresiones a profesionales sanitarios integrados en el sistema público de salud.

- 2) El Tribunal Supremo considera que no resulta controvertida la consideración como funcionario público del sujeto pasivo en este caso, lo cual le integra en la esfera de sujetos pasivos idóneos trazada por el art. 550 Código Penal.
- 3) Por otro lado, se estima positivamente que la prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud, constituye una función pública (y no un mero servicio público), lo cual resulta deducible de lo dispuesto en el art. 43.1 Constitución española (derecho a la protección de la salud) objeto de desarrollo en virtud de la Ley Orgánica 14/1986, General de Sanidad. En este sentido la jurisprudencia mantiene una conceptualización amplia de la noción de función pública, entendiendo por tal la realizada por entes públicos, con sometimiento al Derecho Público y desarrolladas con la pretensión de satisfacer intereses públicos (generales). A dichos efectos, el TS estima que resulta igualmente relevante lo dispuesto en el art. 9.2 de la 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 que habilita a los facultativos a llevar a cabo intervenciones clínicas sin el consentimiento del paciente (lo que implica el ejercicio de coerción por su parte) en una serie de supuestos (riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas en la ley y existencia de riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del enfermo, no siendo posible la obtención de su autorización, consultando cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él).
- 4) No obstante, la propia Sentencia acepta que una concepción tan amplia de función pública y, por consiguiente, de funcionario público, unida al incremento de la presencia de la Administración, directa o indirectamente, en la vida social, puede conducir a un aumento excesivo de la reacción penal basada en la aplicación del delito de aten-

tado. Por ello, se plantea el propio Tribunal Supremo si el delito de atentado no debería quedar reducido a aquellas situaciones en las que la autoridad o el funcionario desempeñan funciones caracterizadas por la coerción, en el sentido de capacidad de imponer legalmente el cumplimiento de la determinación o resolución adoptada, bajo la amenaza de sanción, lo cual ordinariamente será atribuible a la autoridad o a sus agentes en cuanto actúan bajo las órdenes o indicaciones de aquella, y solo excepcionalmente a los funcionarios públicos. No obstante, entiende el Tribunal Supremo que sería deseable que esa restricción encontrara un apoyo expreso en una Ley Orgánica, si ese fuera finalmente el designio del legislador.

- 5) Por último, resulta de particular interés destacar el voto particular emitido por el magistrado Martínez Arrieta pues el mismo se centra especialmente en la cuestión de la aplicación de la figura de atentado en el supuesto de agresiones a profesionales sanitarios del sistema público de salud. El fundamento de la discrepancia del referido magistrado se centra en la ampliación del concepto de orden público que proporciona la Sentencia: se ha pasado de conceptuar como bien jurídico del delito de atentado al principio de autoridad, abandonado por su conexión con el régimen anterior, a configurar otro, más amplio y ambiguo, relacionado con la actividad prestacional que desarrolla el Estado. Desde esa concepción tan abierta, basta con que una acción agresiva se realice contra un funcionario público, o una autoridad o sus agentes en el ejercicio de sus funciones, para integrarla en el delito de atentado, lo que supone un incremento en la reacción penal que, a juicio de Martínez Arrieta, puede ser restringida desde una interpretación actualizada del bien jurídico, el orden público conforme al Título XXII, Libro II del Código Penal, que contempla diversas conductas contrarias al mismo, una de ellas el acometimiento a los funcionarios públicos. Es preciso para el referido Magistrado delimitar los funcionarios a los que se refiere, es decir, si es susceptible de aplicación a todos los que prestan un servicio público o, por el contrario, el ámbito de la norma se restringe a los encargados del mantenimiento del orden público. Por lo tanto, es el orden público el elemento esencial sobre el que debe indagarse para dar un contenido al tipo penal del atentado y desde ese entendimiento determinar el ámbito de lo prohibido en el tipo penal del atentado.

El razonamiento de Martínez Arrieta se vincula con la consideración de que el orden público, en la medida en que su mantenimiento puede suponer una restricción a los derechos y al ámbito de libertad de los ciudadanos, es un concepto de interpretación restrictiva y excepcional, de donde ha de deducirse que no se configura a partir de toda la actividad prestacional que desarrolla el Estado, sino exclusivamente respecto de aquellos actos de ordenación y control de la convivencia social. La eficacia del concepto de orden público así elaborado representa un mecanismo de articulación en

el proceso dialéctico entre la libertad y la pacífica convivencia social. De todo ello, se deduce por el magistrado discrepante que «los ataques objeto de la protección penal en el delito de atentado son los que puedan recibir los funcionarios que actúan en la actividad administrativa dirigida a ordenar y controlar el orden público, en los términos señalados, para garantizar el ejercicio de los derechos constitucionales de los ciudadanos. La actividad protegida por el tipo penal no comprende, desde la perspectiva expuesta, toda la actividad prestacional del Estado, sino aquellas funciones, desarrolladas por funcionarios que inciden en la libertad de los ciudadanos, asegurando el normal funcionamiento de los valores democráticos y el correcto ejercicio, por todos, de los derechos fundamentales. Entre esas funciones han de incluirse las desarrolladas por funcionarios de policía, los integrantes del poder judicial, los que ejercen funciones de inspección y control en distintas áreas, etc., entre los que cabe integrar a los funcionarios de la Seguridad Social en cuanto impongan restricciones u ordenen la observancia de normas de seguridad o de sanidad. Quedarían excluidas de la tipificación en el delito de atentado, y su punición correspondería, en su caso, a los tipos penales de lesiones o contra la libertad, aquellas conductas de acometimiento al funcionario por actos, propios de la función pública, pero desconectados del orden público, como la respuesta agresiva a un funcionario público por un acto médico». Desde la perspectiva expuesta entiende Martínez Arrieta que la agresión al médico de la Seguridad Social producida en respuesta a un acto médico no debió ser tipificada en el atentado, y sí en las lesiones.

Como queda de manifiesto la propia Sentencia del Tribunal Supremo, si era analizada en su integridad incluyendo el voto particular del magistrado Martínez Arrieta, evidenciaba la existencia de visiones contrapuestas a la hora de aplicar el tipo del art. 550 Código Penal en los supuestos de agresiones a profesionales sanitarios integrados en el sistema público de salud (polémica reproducible con respecto a las que sufrían los funcionarios docentes) cuando el tipo penal del art. 550 CP no disponía aún la necesaria consideración como actos de atentado de aquellos cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargos, o con ocasión de ellas. De cualquier manera, se podía afirmar la existencia de una serie de resoluciones jurisprudenciales a nivel del TS favorables a la aplicación del delito de atentado cuando el sujeto pasivo ostentaba la condición de funcionario sanitario incluso antes de la reforma CP 2015.

2.3.2. *El criterio de la Fiscalía General del Estado. Consulta núm. 2/2008, de 25 de noviembre*<sup>186</sup>

Dada la relevancia de las funciones del Ministerio Fiscal cuya misión es, entre otras, la de promover la acción de la justicia en defensa de la legali-

---

186. JUR\2009\24419

dad, de los derechos de los ciudadanos y del interés público tutelado por la ley<sup>187</sup>, resulta fundamental poner de manifiesto los criterios manejados por la Fiscalía en relación con asuntos en los que los sujetos pasivos de agresiones ostenten la condición de profesionales sanitarios. Para ello, cabe atender a los argumentos sostenidos en el marco de la Consulta núm. 2/2008, de 25 de noviembre, en la que se viene a mantener que el delito de atentado presenta un bien jurídico vinculado al orden público en sentido amplio, en cuanto que las conductas a las que se asocia dicho delito están dirigidas a menoscabar la actuación de sujetos recogidos en la norma penal en el ejercicio regular de prestaciones relativas al interés general. La importancia de la referida Consulta en el marco del tema abordado a lo largo del presente trabajo resulta máxima, ya que anticipó los criterios sostenidos posteriormente por el legislador penal para la inclusión expresa de los funcionarios sanitarios (y docentes) en la esfera de los sujetos pasivos idóneos del delito de atentado.

Con respecto a la cuestión de la delimitación de los sujetos pasivos del delito de atentado, la Fiscalía General del Estado destaca la reiterada jurisprudencia que sostiene que el concepto de funcionario público contenido en el art. 24.2 CP es más amplio que el que se deriva del Derecho administrativo. En este sentido, la Consulta núm. 2/2008 destaca que son numerosas las resoluciones de las Audiencia Provinciales que consideran sujetos pasivos idóneos del delito de atentado a docentes y sanitarios habiéndose pronunciado de manera análoga el Tribunal Supremo, en aquellas causas que han sido objeto de recurso de casación<sup>188</sup>. En todo caso, y a la luz del precepto (art. 24.2 CP) procede destacar que la limitación del círculo de sujetos pasivos tutelados por el delito de atentado se encuentra en la designación pública del nombramiento mediante alguna de las formas previstas en el mencionado artículo.

De acuerdo con la Fiscalía General del Estado tanto el derecho a la educación como el derecho a la salud se han ido configurando progresivamente como derechos básicos, habiendo asumido el Estado su provisión

---

187. Véase art. 1 Ley 50/1981, de 30 de diciembre, por la que se regula el Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal que textualmente dispone «el Ministerio Fiscal tiene por misión promover la acción de la justicia en defensa de la legalidad, de los derechos de los ciudadanos y del interés público tutelado por la ley, de oficio o a petición de los interesados, así como velar por la independencia de los Tribunales, y procurar ante éstos la satisfacción del interés social».

188. Cabría citar en relación con el particular, entre otras, las STS 26 febrero de 1991 (RJ 1991\1547) en la que se analiza la agresión a un catedrático de anatomía de una Facultad de Medicina, que ostentaba la condición de funcionario público, por parte de un estudiante. Asimismo, y en la esfera de la sanidad pública y en relación con profesionales sanitarios, cabría referirse a las SSTS núm. 1183/1993, de 20 de mayo (RJ 1993\4189) que cita, a los efectos de establecer el carácter de funcionario público de los médicos adscritos al Servicio Público de Salud, las SSTS de 15 de noviembre de 1973 (RJ 1973\4318), 15 de junio de 1979 (RJ 1979\2673) y 7 de abril de 1981 (RJ 1981\1605). Contrarias a la aceptación del médico como sujeto pasivo idóneo del delito de atentado se muestran otras resoluciones como el Auto de la Audiencia Provincial de Sevilla de 2 de diciembre de 2005 y el voto particular a la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de diciembre de 2007 (Martínez Arrieta).

como servicios públicos esenciales. Por ello, sin perjuicio de las consideraciones que correspondan a otras profesiones, se entiende que las actividades realizadas por funcionarios públicos en el ámbito del derecho a la educación reconocido en el art. 27 Constitución española y del derecho a la salud regulado en el art. 43 Constitución española, están referidos a materias que afectan a principios básicos de convivencia en una sociedad democrática. En consecuencia, lo que resulta realmente relevante de la Consulta 2/2008 es que la misma viene a establecer (7 años antes de que en virtud de la reforma CP por LO 1/2015 el art. 550 CP consagre legislativamente dicho criterio) que en los supuestos en los que los sujetos pasivos de las conductas agresivas ostentan la condición de funcionarios docentes o sanitarios queda plenamente abierta la posibilidad de aplicación de la figura del atentado del art. 550 CP a juicio de la Fiscalía General del Estado. Por el contrario, en opinión de la propia Fiscalía no quedarían amparados por la protección penal que otorga el delito de atentado los profesionales de la salud o la educación que, aún prestando servicios públicos o sociales, los realicen como empleados de empresas o instituciones privadas relacionadas con la Administración en régimen de concierto o mediante cualquier otra fórmula de relación jurídica similar, toda vez que los mismos no ostentan la calidad de funcionarios públicos en los términos expresados en el art. 24.2 CP.

#### 2.4. SITUACIÓN TRAS LA ENTRADA EN VIGOR DE LA LO 1/2015

Como ha quedado puesto de manifiesto a lo largo del presente trabajo, al hilo del delito del art. 550 CP se ha planteado tradicionalmente la cuestión de la posible inclusión de determinadas categorías de sujetos (así, por ejemplo, los profesionales sanitarios o incluso los profesores de los distintos niveles del sistema educativo) en la esfera del círculo de sujetos pasivos del mencionado precepto. En este sentido, procede comenzar por destacar que dicho debate adquiriría sentido con anterioridad a la reforma operada por la LO 1/2015, pues al establecerse como uno de los sujetos pasivos idóneos del atentado el «funcionario público» sin más especificación, se planteaba la adecuación de la inclusión de los funcionarios sanitarios (así como de los docentes) en dicha esfera. Tras la entrada en vigor de la LO 1/2015 (1 de julio de 2015) la cuestión anterior queda sustancialmente resuelta, pues se dispone expresamente en el art. 550.1 apartado 2.º CP que «en todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas».

La opción adoptada por el legislador en el marco de la reforma CP 2015 ha sido la de resolver expresamente (en virtud del texto de la norma) la cuestión acerca de la adecuación del recurso al delito de atentado para la protección de los referidos funcionarios docentes y sanitarios. Dado que se trataba de una problemática que había generado posiciones encontradas en doctrina y jurisprudencia, se puede estimar que, desde el punto de vista de

la seguridad jurídica –no así, en mi opinión, en su fundamentación material–, se ha mejorado en relación con la situación anterior.

El concepto de *sanitario* que maneja en la actualidad el art. 550.1.2.º CP («en todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o *sanitarios*...») obliga a remitirse a la normativa administrativa de referencia, constituida por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. La determinación de cuáles son las profesiones sanitarias tituladas viene establecida en el art. 2 de la referida norma, mientras que su art. 3 define a los profesionales del área sanitaria de formación profesional.

En el marco de los sujetos pasivos idóneos al amparo de la fórmula «funcionarios sanitarios» del mencionado art. 550.1.2.º CP se integrarían el conjunto de los profesionales sanitarios de los arts. 2 y 3 de la Ley 44/2003 y disposición adicional séptima de la Ley 33/2011<sup>189</sup> siempre que posean la cualidad de funcionarios públicos conforme a los criterios definidos *supra* y que el perfil de la plaza que ocupan en el seno de la Administración Sanitaria requiera la posesión de la titulación arriba referida.

De acuerdo con el art. 2 Ley 44/2003:

- «1. De conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta Ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.
2. Las profesiones sanitarias se estructuran en los siguientes grupos:
  - a) De nivel Licenciado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el título II de esta Ley.
  - b) De nivel Diplomado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta Ley.
3. Cuando así resulte necesario, por las características de la actividad, para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios o para adecuar la estructura preventiva o asistencial al progreso científico y tecnológico, se podrá declarar formalmente el carácter de profesión sanitaria, titulada y regulada,

---

189. Ello resulta plenamente coherente con lo dispuesto en el 4 (*Profesionales cuyos datos están sujetos a incorporación*) del Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

de una determinada actividad no prevista en el apartado anterior, mediante norma con rango de Ley.

Conforme a lo establecido en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre Odontólogos y otros Profesionales relacionados con la Salud Dental, tienen carácter de profesión sanitaria la de protésico dental y la de higienista dental.

4. En las normas a que se refiere el apartado 3, se establecerán los procedimientos para que el Ministerio de Sanidad y Consumo expida, cuando ello resulte necesario, una certificación acreditativa que habilite para el ejercicio profesional de los interesados».

#### Art. 3 Ley 44/2003:

- «1. De conformidad con el artículo 35.1 de la Constitución, son profesionales del área sanitaria de formación profesional quienes ostentan los títulos de formación profesional de la familia profesional sanidad, o los títulos o certificados equivalentes a los mismos.
2. Los profesionales del área sanitaria de formación profesional se estructuran en los siguientes grupos<sup>190</sup>:
  - a) De grado superior: quienes ostentan los títulos de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología, en Dietética, en Documentación Sanitaria, en Higiene Bucodental, en Imagen para el Diagnóstico, en Laboratorio de Diagnóstico Clínico, en Ortoprotésica, en Prótesis Dentales, en Radioterapia, en Salud Ambiental y en Audioprótesis.
  - b) De grado medio: quienes ostentan los títulos de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y en Farmacia.
3. Tendrán, asimismo, la consideración de profesionales del área sanitaria de formación profesional los que estén en posesión de los títulos de formación profesional que, en la familia profesional sanidad, establezca la Administración General del Estado conforme a lo previsto en el artículo 10.1 de la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio (RCL 2002, 1550), de las Cualificaciones y de la Formación Profesional.
4. Los técnicos superiores y técnicos a los que se refiere este artículo ejercerán su actividad profesional sanitaria de acuerdo con las normas reguladoras de la formación profesional, de sus distintos niveles formativos y de

---

190. Los títulos de Formación Profesional de la familia profesional Sanidad al amparo de la LO 2/2006, de 3 de mayo de Educación (LOE) son los siguientes:

De grado superior: Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citodiagnóstico, Técnico Superior en Audiología Protésica, Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias, Técnico Superior en Higiene Bucodental, Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, Técnico Superior en Laboratorio Clínico y Biomédico, Técnico Superior en Ortoprótisis y Productos de Apoyo, Técnico Superior en Prótesis Dentales, Técnico Superior en Radioterapia y Dosimetría.

De grado medio: Técnico en Emergencias Sanitarias, Técnico en Farmacia y Parafarmacia.

su concreta titulación, en el marco del respeto a la competencia profesional, responsabilidad y autonomía propias de las profesiones sanitarias contempladas en los artículos 6 y 7 de esta Ley.

5. Las Administraciones sanitarias establecerán, en los casos en que resulte procedente, los modelos para la integración e incorporación de los técnicos superiores y técnicos a que se refiere este artículo y de sus actividades profesionales sanitarias a los centros y establecimientos dependientes o adscritos a tales Administraciones, y regularán los sistemas de formación continuada y de desarrollo de éstos».

Quedarían excluidos del ámbito del art. 550.1 párrafo 2.º CP (funcionarios *sanitarios*) aun a pesar, en su caso, de ostentar la condición de funcionarios a efectos penales al amparo del art. 24.2 CP, los directores gerentes o el conjunto del personal auxiliar administrativo que desarrolla sus funciones en los centros de salud o consultorios locales como integrantes de los equipos de atención primaria (normalmente integran las llamadas «Unidades administrativas», «Unidades de atención al usuario» u otras denominaciones similares), que habitualmente desarrollan funciones tanto de atención directa a las personas como de apoyo administrativo al conjunto de profesionales del Equipo de Atención Primaria. También queda fuera de dicha esfera otro personal no sanitario que lleva a cabo tareas complementarias a las descritas o que desarrollan aspectos parciales de entre los señalados para el caso del auxiliar administrativo tales como celadores, telefonistas, personal de limpieza, personal polivalente u otros (referido a personas que realizan labores de información, funciones de tipo call-center, etc).

No obstante, y en relación con el personal no sanitario que desarrolla sus funciones profesionales en centros de salud y ostenta la condición de funcionario a efectos penales al amparo del art. 24.2 CP queda abierta la posibilidad de invocar la aplicación del delito de atentado por la vía del art. 550.1 párrafo 1.º CP en la medida en que los sujetos pasivos idóneos de dicho tipo vienen constituidos por la autoridad, sus agentes o *funcionarios públicos*.

En este sentido, una serie de resoluciones de diversas Audiencias Provinciales reconocen el carácter de sujeto pasivo idóneo del delito de atentado a los celadores (véanse Sentencia Audiencia Provincial Cádiz núm. 344/2009, de 21 de septiembre (Sección 1ª) (JUR\2010\188317) y Sentencia Audiencia Provincial Badajoz núm. 74/2010, de 15 de junio (Sección 1ª) (JUR\2010\266966).

#### 2.4.1. *El tipo objetivo del art. 550 CP. Particularidades en relación con el fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios*

Entre las modalidades de conducta que tipifica el art. 550 CP cabe distinguir la agresión, el acometimiento y la resistencia grave con intimidación o violencia al sujeto pasivo en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ellas.

Nos encontramos ante un tipo mixto alternativo, pues basta la realización de cualquiera de las modalidades de conducta descritas en el precepto para entender realizado el delito. En todo caso, y dado que nuestro estudio se centra fundamentalmente en las agresiones a profesionales sanitarios en el ejercicio de su actividad, las conductas que ostentarán una particular relevancia para el objeto de análisis referido son las de agresión y acometimiento pues la resistencia grave con violencia o intimidación grave como base de la aplicación del art. 550 CP difícilmente puede ser predicada frente a la actuación de un profesional sanitario en relación con su paciente (salvo en determinadas situaciones excepcionales en las que el mismo actuará normalmente en condición de agente de la autoridad sanitaria<sup>191</sup> o al amparo de las facultades conferidas por el art. 9.2 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).

En este sentido, existen dos modalidades de conducta incluidas en la esfera del art. 550 CP que resultan materialmente análogas: la agresión y el acometimiento. De hecho, en la versión del art. 550 CP previa a la reforma por LO 1/2015 de las dos anteriores únicamente se tipificaba el mencionado acometimiento, pero de acuerdo con los criterios jurisprudenciales el acometimiento equivalía a la agresión, ataque físico, o embestida, arrojamiento con ímpetu sobre una persona, concurriendo en supuestos como puñetazos o bofetadas, lucha abierta contra el sujeto pasivo, disparar con arma de fuego, lanzamiento de cócteles molotov<sup>192</sup>. Como puede comprobarse agresión y acometimiento resultan a dichos efectos conceptos equivalentes, tal como venía siendo entendido en nuestra jurisprudencia, y de hecho considero que no existe un campo de diferenciación entre ambas modalidades de conducta que permita singularizar la una frente a la otra<sup>193</sup> (personalmente, no concibo una agresión en esta esfera sin acometimiento o, a la inversa, un acometimiento que no implique agresión). Las modalidades anteriores de conducta implican indefectiblemente el empleo de *vis absoluta o física* y excluyen el mero recurso a la *vis compulsiva*.

---

191. Véase, en relación con el marco normativo estatal, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública y la LO 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.

192. Véase Carlos SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, en Carlos SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ (Coord.), *Manual de Derecho Penal. Tomo II. Parte Especial*, 6ª edición, Aranzadi, Cizur Menor, 2011, p. 648. Dicho autor pone de manifiesto que quedan excluidas del tipo las agresiones de bagatela, aquellas conductas de menor entidad que ni gramatical ni racionalmente pueden ser calificadas de atentado, sin forzar exageradamente el sentido del término, en razón de la interpretación del tipo de acuerdo con el principio de proporcionalidad.

193. Cuestión distinta es que bajo las modalidades de conducta del art. 550 CP de «agresión» y «acometimiento» se engloban ahora los supuestos que un sector de la doctrina incluía en la cláusula «empleo de fuerza» del art. 550 CP en su versión anterior a la reforma por LO 1/2015.

Una de las grandes novedades introducidas por la reforma de 2015 en el tipo del art. 550 CP consiste en el hecho de que la intimidación grave deja de constituir una modalidad autónoma de conducta típica alternativa castigada en virtud de dicho precepto<sup>194</sup>, procediéndose en la actualidad a castigar la resistencia grave con intimidación grave o violencia («son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los acometieren (...)»). Así interpretado, y en el ámbito de las modalidades típicas, nos encontraríamos con que se ha producido una restricción de las conductas punibles en virtud del art. 550 CP, castigándose respecto de los sujetos pasivos señalados la agresión, el acometimiento y la resistencia grave con violencia o intimidación grave. En definitiva, la intimidación grave no se castigaría de manera autónoma, sino únicamente en el marco de la resistencia grave<sup>195</sup>.

De mantenerse la tesis aquí sostenida, ello tendría consecuencias importantes en relación con las agresiones a funcionarios sanitarios pues si la intimidación grave únicamente se castiga como atentado en el marco de un contexto de resistencia grave, ello reduce radicalmente la posible tipificación en relación con las situaciones de intimidación grave con respecto a dicho colectivo, pues los profesionales sanitarios con carácter general no están habilitados para llevar a cabo intervenciones coactivas (salvo, en aquellos supuestos en los que, por ejemplo, determinados profesionales actúan en su condición de agentes de la autoridad sanitaria estatal al amparo del art. 53 Ley 33/2011 General de Salud Pública –o en el ámbito autonómico su normativa correlativa– o los casos en los que el facultativo actúa amparado por la cláusula del art. 9.2 Ley 41/2002), y por lo tanto, y con las excepciones citadas difícilmente puede hablarse habitualmente de resistencia grave ante su actuación.

En definitiva, la modalidad de resistencia grave (con violencia o intimidación grave) es la que ostenta menor relevancia en el marco de nuestro

---

194. En el mismo sentido expresado en el texto se pronuncia la Consulta 1/2017 de la Fiscalía General del Estado. Véase FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO, *Consulta 1/2017, de 14 de junio de 2017, sobre las acciones típicas en el delito de atentado*, 2017, p. 15 [en línea], [última consulta el 10 de octubre de 2018], disponible en Internet: [<http://www.fiscal.es>]

195. No obstante, y como acertadamente señala la Consulta 1/2017 de la Fiscalía General del Estado, el acometimiento recogido como conducta típica en el art. 550.1 CP puede abarcar los supuestos de grave intimidación cuando suponga un acto formal de iniciación del ataque o un movimiento revelador del propósito agresivo, mientras que en el resto de supuestos para que la intimidación grave pueda subsumirse en el tipo del art. 550.1 CP debe orientarse a oponer resistencia grave a la autoridad, sus agentes o funcionarios públicos, por lo que cuando no sea un modo de resistencia no será constitutiva de delito de atentado. Véase FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO, *Consulta 1/2017, de 14 de junio de 2017, sobre las acciones típicas en el delito de atentado*, 2017, p. 15 [en línea], [última consulta el 10 de octubre de 2018], disponible en Internet: [<http://www.fiscal.es>]

estudio, dirigido a una eventual aplicación del delito de atentado en relación con actos cometidos contra profesionales sanitarios.

Finalmente, en el marco de los elementos objetivos del injusto en la esfera del art. 550 CP, cabe destacar que el propio precepto delimita las conductas constitutivas de atentado en relación con aquellas cometidas cuando los sujetos pasivos *se hallen ejecutando las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas*. La tutela penal no se limitaría aquí a las conductas de agresión, resistencia grave con intimidación grave o violencia o acometimiento llevadas a cabo contra autoridad, agentes de la misma o funcionarios públicos en el ejercicio de las funciones de sus cargos sino que también se extiende a comportamientos realizados con ocasión de ellas (*in contemplatione officii*).

Se pone de manifiesto que la agresión puede producirse en el momento de ejercicio de las funciones respectivas por parte de la autoridad, agente de la misma o funcionario público (criterio temporal), o en un momento distinto (por lo tanto, fuera del desempeño de las referidas funciones), si la misma se encuentra motivada u ocasionada por el propio desarrollo –pasado o futuro– de las funciones citadas por parte del sujeto activo (por ejemplo, venganza o represalia fuera de los horarios de trabajo o incluso una vez el sujeto pasivo ha cesado en el desempeño de la función, siempre que la actuación agresiva se encuentre motivada por el desempeño de las labores inherentes a sus cargos)<sup>196</sup>.

La cláusula «con ocasión de ellas» (*sic*. las funciones desempeñadas por la autoridad, agente de la misma o funcionario público, sujeto pasivo de la acción) contenida en el art. 550 CP, se interpreta jurisprudencialmente (véase STS núm. 57/2010, de 10 de febrero –RJ 2010\557–), como inclusiva de las siguientes modalidades<sup>197</sup>: 1) cuando el acto violento dirigido a la autoridad tiene por causa, motivo o referencia no sólo las actividades que a la sazón realiza, sino las que ejerció o ejercerá en lo sucesivo; 2) equivale a sufrir las consecuencias de haberlas ejercido; 3) también significa «en directa contemplación a la actividad funcionarial realizada»; 4) alcanza así mismo, a la protección *post officium*, siempre que el atentado se haya producido *in contemplatione officii*, es decir, por venganza o resentimiento por los actos realizados, aún cuando hubiese cesado en el desempeño de la función pública.

#### 2.4.2. Tipo subjetivo

En la esfera subjetiva, el tipo del art. 550 CP constituye un delito de exclusiva realización dolosa, no existiendo la correlativa figura imprudente.

---

196. Véase Carlos SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, en Carlos SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ (Coord.), *Manual de Derecho Penal. Tomo II. Parte Especial*, cit., p. 650.

197. En este sentido, véase D. CARPIO BRIZ, O. ARTAZA, M. BESIO, EN MIRENTXU CORCOY BIDASOLO, SANTIAGO MIR PUIG (Directores), *Comentarios al Código Penal. Reforma LO 5/2010*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2011, p. 1092.

En todo caso, cabe respecto del delito de atentado tanto el dolo directo (de primer o segundo grado) como la comisión concurriendo dolo eventual, posición mantenida por reiterada jurisprudencia.

2.4.3. *Extensión de la protección cualificada a las personas previstas en el art. 554 CP*

Por otro lado, particular relevancia en nuestro objeto de estudio ostenta lo dispuesto en el art. 554.3.a) CP introducido por la reforma CP 2015. De acuerdo con dicho precepto también se impondrán las penas de los artículos 550 y 551 a quienes acometan, empleen violencia o intimiden gravemente a los bomberos o miembros del personal sanitario o equipos de socorro que estuvieran interviniendo con ocasión de un siniestro, calamidad pública o situación de emergencia, con la finalidad de impedirles el ejercicio de sus funciones<sup>198</sup>.

Dicha previsión plantea una serie de cuestiones problemáticas necesitadas de una toma en consideración específica. En primer lugar, del referido art. 554.3.a) CP cabe destacar su innecesariedad en relación con la mayor parte de las categorías de sujetos pasivos que, en principio, parece querer abarcar. En este sentido, los bomberos en cualquier caso, así como los miembros del personal sanitario o equipos de socorro adscritos al sector público ostentan la condición de funcionarios públicos<sup>199</sup> por lo que serían objeto de protección en virtud del delito de atentado por la vía del art. 550 CP (en el supuesto de los funcionarios sanitarios el art. 550.1.2 CP establece

---

198. En todo caso, procede poner de manifiesto que la protección dispensada al amparo del art. 554.3.a) CP se limita a actuaciones agresivas concurriendo algunas de las modalidades alternativas de conducta previstas en el tipo contra los sujetos citados en el precepto pero únicamente cuando aquellos estuvieran interviniendo con ocasión de un siniestro, calamidad pública o situación de emergencia (quedando excluidos del ámbito del mencionado art. 554.3.a) CP los comportamientos violentos fuera de dicho contexto temporal). Por otro lado, el citado tipo contiene un elemento subjetivo de lo injusto específico («con la finalidad de impedirles el ejercicio de sus funciones») compatible con otras motivaciones y que habitualmente concurrirá en los que atacan a los referidos bomberos, miembros del personal sanitario o equipos de socorro conociendo su condición y siendo conscientes de que la intervención de aquellos se produce en el marco de un siniestro, calamidad pública o situación de emergencia. No obstante, cabría pensar en supuestos donde dicha finalidad no concorra en absoluto a pesar de producirse una actuación agresiva de terceros frente a los servicios de socorro en el curso de una situación de emergencia, como por ejemplo, en los casos en los que los terceros ante una inacción manifiesta de los referidos equipos de socorro en el contexto de un siniestro proceden a compelerles de forma agresiva o mediando intimidación a que procedan a llevar a cabo su actuación salvadora.

199. Criterio ya plasmado con anterioridad a la reforma CP 2015 en la STS 1125/2011, de 2 de noviembre (RJ 2012\1380) así como en la Sentencia AP Zamora (Sección 1ª) núm. 101/2011, de 19 de diciembre (ARP 2012\304) –en un caso en el que autor empuja y agarra fuertemente del brazo a un médico de guardia del servicio 112–, en la Sentencia AP Madrid (Sección 30ª) núm. 341/2014, de 13 de mayo (ARP 2014\1094) –reconoce la condición de funcionarios a efectos del delito de atentado al personal del Servicio de Emergencias del SAMUR– y en la Sentencia AP Sevilla (Sección 3ª) núm. 401/2014, de 11 de septiembre (JUR 2015\46904).

expresamente su inclusión en el ámbito de dicho precepto tal como ha quedado reiteradamente expuesto a lo largo de la presente obra). Con ello, el referido art. 554.3.a) CP únicamente implica una extensión de la protección en relación con los miembros del personal sanitario o equipos de socorro no pertenecientes al sector público tales como los miembros de una ONG o los empleados de servicios privados de ambulancias<sup>200</sup>. No obstante, no parece que una extensión de la protección a dichos colectivos (justificable en atención a la función desarrollada) resulte coherente con la exclusión del ámbito de protección dispensado por el tipo básico de atentado de los profesionales sanitarios o docentes pertenecientes al sector privado (incluso concertado, es decir, funcionando en régimen de convenio con la Administración), siendo que la relevancia social de las funciones desempeñadas es la misma<sup>201</sup>.

Por otro lado, procede poner de manifiesto que, por un evidente defecto de coordinación en la redacción del art. 554.3 CP en relación con el art. 550 CP (precepto que, por constituir el tipo básico de atentado debiera haber servido de tipo de referencia en este punto) el círculo de conductas típicas al amparo del art. 554.3 CP es más amplio que el que se deriva del citado art. 550 CP. De esta manera, el art. 554.3.a) CP castiga los supuestos de acometimiento, empleo de violencia o intimidación grave respecto del círculo de sujetos previstos en el mismo (bomberos, miembros del personal sanitario o equipos de socorro) cuando el art. 550 CP no prevé la incriminación de la intimidación grave más que en un contexto de resistencia grave. De ello se deriva que desde el punto de vista expuesto la protección que dispensa el art. 554.3 CP resulta mayor pues en dicho tipo la intimidación grave adquiere sustantividad como modalidad típica<sup>202</sup>.

Finalmente, cabe destacar que en la esfera del art. 554 CP ostenta igualmente relevancia lo dispuesto por el apartado 2.º de dicho precepto en virtud del cual las mismas penas se impondrán a quienes acometan, empleen violencia o intimiden a las personas que acudan en auxilio de la autoridad, sus agentes o funcionarios.

---

200. En este sentido, véase Antonio María JAVATO MARTÍN, «Artículo 554», en Manuel GÓMEZ TOMILLO, Antonio María JAVATO MARTÍN (Directores), *Comentarios Prácticos al Código Penal. Tomo VI*, Thomson-Reuters, Cizur Menor, 2015, pp. 452 y ss.

201. En el mismo sentido, Antonio María JAVATO MARTÍN, «Artículo 554», *cit.*, p. 453.

202. De acuerdo con la interpretación sostenida por la Consulta 1/2017 de la Fiscalía General del Estado la protección dispensada a los sujetos pasivos comprendidos en el art. 554 CP no puede resultar superior a la de los del art. 550 CP, por lo que, en todo caso, para calificar de atentado, será preciso que concurran las conductas previstas en dicho último precepto. Véase FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO, *Consulta 1/2017, de 14 de junio de 2017, sobre las acciones típicas en el delito de atentado*, 2017, p. 15 [en línea], [última consulta el 10 de octubre de 2018], disponible en Internet: [<http://www.fiscal.es>]

2.4.4. *La reforma del CP 2015 (LO 1/2015) y la incidencia de los actos de atentado en la esfera del delito de homicidio*

La reforma del CP 2015 ha introducido una previsión relevante en la esfera del delito de homicidio doloso (art. 138 CP) en los supuestos en que los hechos sean constitutivos de un delito de atentado del art. 550 CP. En este caso, y de acuerdo con el art. 138.2.b) CP se establece una agravación obligatoria a la pena del delito de homicidio (pena superior en grado a la del tipo básico).

Dado que a lo largo del presente trabajo se ha puesto de manifiesto la indiscutible inclusión de los funcionarios docentes y sanitarios en la esfera de sujetos pasivos idóneos del art. 550 CP (cuestión exenta de debate a partir de la reforma por LO 1/2015) en el caso de que el acto de atentado acabe dando lugar a un homicidio doloso procederá la aplicación de la presente agravación, lo cual contribuye a reforzar la protección de los sujetos incluidos en la esfera del mencionado art. 550 CP. No obstante, si la agresión al profesional sanitario del sector público constituye un asesinato<sup>203</sup> (y no un homicidio) no procederá la aplicación de esta agravación sino de un concurso ideal entre el referido atentado del art. 550 CP y el asesinato.

### III. INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA SANCIONADORA EN LA ESFERA DE LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS

Para culminar esta reflexión acerca de la protección jurídica dispensada a los profesionales sanitarios con respecto a las conductas agresivas provenientes de pacientes o su entorno cercano procede analizar, siquiera someramente, la posible intervención administrativa sancionatoria en esta esfera.

Debemos partir del hecho de que la legislación sectorial sanitaria a nivel estatal contempla la represión de determinadas conductas amenazantes o agresivas contra la autoridad sanitaria o sus agentes, pues ya la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece como infracción muy grave en su art. 35.C).6.<sup>a</sup> «la resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes»<sup>204</sup> para la que se prevé una multa que puede oscilar entre 15 025,31

---

203. De acuerdo con el art. 139 CP constituye asesinato el matar a otro concurriendo alguna de las circunstancias siguientes: 1) alevosía; 2) precio, recompensa o promesa; 3) ensañamiento, aumentando deliberada e inhumanamente el dolor del ofendido; 4) para facilitar la comisión de otro delito o para evitar que se descubra.

204. Similar tipificación como infracción administrativa de dicha conducta o de comportamientos análogos se incluye igualmente en la legislación sectorial sanitaria de la mayor parte de la CC.AA.. En concreto, cabe citar los casos de Aragón (Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud

a 601 012,10 euros (art. 36.1.c). En todo caso, procede poner de manifiesto que el referido art. 35.C).6.<sup>a</sup> Ley 14/1986 se refiere exclusivamente a la comisión de las conductas citadas cuando el sujeto pasivo ostenta la condición de autoridad sanitaria o agente de la misma, calificación que no resulta predicable del conjunto de los profesionales sanitarios del sector público en el ejercicio de sus funciones sino, en principio, únicamente del personal al servicio de las Administraciones Sanitarias vinculado al ejercicio de competencias en materia de Salud Pública o, en su caso, de las propias autoridades sanitarias.

En materia de consagración de específicas obligaciones de respeto por parte de los ciudadanos tanto a los centros sanitarios como a los profesionales que desempeñan funciones en los mismos, particular relevancia cabe otorgar a la legislación sectorial autonómica aprobada por determinadas CC.AA. que han legislado positivamente en este sentido estableciendo ciertos deberes genéricos de respeto –más pormenorizados en las leyes de determinadas autonomías– a las normas de los centros de salud y a la dignidad personal y profesional de los trabajadores de los mismos y del resto de los ciudadanos, y en algunos casos, las correlativas infracciones y sanciones administrativas<sup>205</sup>. Sirva a modo de ejemplo de lo anterior la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León que recoge en su art. 72.5 –infracciones leves– la falta de respeto debido al personal de los centros dependientes del Servicio de Salud de Castilla y León, mientras el art. 73.6 tipifica como infracción grave la coacción, amenaza o represalia dirigida a los profesionales de las instituciones sanitarias y centros

---

Pública de Aragón, art. 87.3.d), Baleares (Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Islas Baleares, art. 57.d), Canarias (Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, art. 38.f), Cantabria (Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, art. 79.4.g), Cataluña (Ley 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública de Cataluña, art. 69.h), Extremadura (Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, art. 52.3 letra c.<sup>7a</sup>), Galicia (Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia, art. 43), La Rioja (Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud, art. 111.4.d), Madrid (Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, art. 144.4.b), País Vasco (Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, art. 36.2.c.2<sup>a</sup>) y Castilla y León (Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, art. 74.4).

205. No obstante, procede poner de manifiesto que, así como el establecimiento de obligaciones para el facultativo frente al paciente resulta normativamente prolija (siendo ejemplo paradigmático la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), apenas se configuran deberes para el paciente en el marco de la relación clínica, más allá de las genéricas vinculadas con el cumplimiento de las prescripciones sanitarias, etc. Coincide con la posición mantenida en este punto en el trabajo Igor PINEDO GARCÍA, «El deber de respeto a los profesionales sanitarios: uso responsable de las prestaciones sanitarias. Causas y consecuencias jurídicas», *cit.*, pp. 921 y ss. En el mismo sentido, véase Antonio HIDALGO CARBALLAL, Julia GONZÁLEZ PERNÍA, Antonio José RUIZ MORUNO, José Francisco DÍAZ RUÍZ, Ana DE SANTIAGO NOCITO, «El médico. Formación Práctica en Bioética en Atención Primaria» (Tema 7. Agresiones al Médico y Derecho a la Protección de la Salud), en Sergio GIMÉNEZ BASALLOTE (coord.), *El médico. Formación práctica en Bioética en Atención Primaria*, SEMERGEN, 2007, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://2011.elmedicointeractivo.com/cclinicasn/pdf/7.pdf>], pp. 48 y ss.

dependientes del Servicio de Salud de Castilla y León en el ejercicio de sus funciones, y en el art. 74 recoge entre las infracciones muy graves las agresiones a los profesionales de las instituciones sanitarias y centros dependientes del Servicio de Salud de Castilla y León<sup>206</sup>.

A la luz de la normativa administrativa citada, una de las cuestiones que se plantea es la aplicabilidad de la misma una vez que tras la reforma del art. 550.1 CP determinadas conductas agresivas contra profesionales sanitarios han quedado expresamente incluidas en la esfera del mencionado precepto (incluso ello resultaba predicable con carácter anterior cuando se integraba a los profesionales del sector público en el ámbito de sujetos pasivos idóneos del atentado por la vía del concepto de «funcionario público»). En este sentido, procede poner de manifiesto la incidencia del principio *non bis in idem* en esta esfera, el cual desplegará plenamente sus efectos en los supuestos en los que resulte de aplicación el art. 550.1 CP, pues en la medida en que la incriminación en virtud de dicho tipo responde a la protección del principio de autoridad entendido en sentido funcional (es decir, en tanto en cuanto sirve al buen funcionamiento de los poderes públicos puestos al servicio de la colectividad<sup>207</sup>), de aplicarse el mismo existirá identidad de sujetos, hecho y fundamento con los respectivos ilícitos administrativos destinados a proteger a los profesionales sanitarios previstos en la normativa administrativa sectorial. Ello ocurrirá en los casos en los que la conducta agresiva contra los referidos profesionales sanitarios del sector público consista en una agresión, acometimiento o resistencia grave con violencia o intimidación que constituyen las modalidades típicas del mencionado art. 550.1 CP. En estos supuestos, la apli-

---

206. Destacan, por su nivel de concreción en el establecimiento de infracciones administrativas en este ámbito, la ya citada legislación de Castilla y León así como las normativas de Castilla-La Mancha (Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha que prevé en su art. 53.3.g una infracción grave consistente en «la resistencia, falta de respeto, amenazas, insultos, represalias o cualquier otra forma de presión ejercida contra los profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, los pacientes o sus acompañantes siempre que no sean constitutivas de ilícito penal» y en el art. 53.4.b. una infracción muy grave fundada en «la agresión física a profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, a pacientes o a sus acompañantes siempre que no sea constitutiva de ilícito penal» –normativa que prevé la subsidiariedad expresa de dichos ilícitos administrativos frente a cualquier infracción penal–) y Navarra (Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra en el art. 80 prevé como infracción leve la realización de actos que alteren o perturben el normal funcionamiento del centro, servicio o establecimiento sanitario o sus condiciones de habitabilidad –apart. 1, letra f–, como infracción grave la resistencia, falta de respeto, amenazas, insultos, represalias o cualquier otra forma de presión ejercida contra los profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, los pacientes o sus acompañantes –apart. 2, letra f–, y como infracción muy grave la agresión física a profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, a pacientes o a sus acompañantes –apart. 3, letra b–).

207. Véase Miguel DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, «Atentado, resistencia y desobediencia», en Diego-Manuel LUZÓN PEÑA (Dir.), *Enciclopedia penal básica*, Comares, Granada, 2002, p. 116. Por lo tanto, y de acuerdo con el autor referido, el bien jurídico del delito de atentado vendría constituido por el correcto ejercicio de sus específicas funciones por las autoridades, agentes de la misma y funcionarios públicos (poderes públicos) en beneficio de los ciudadanos.

cación del referido tipo de atentado veda la posible entrada en juego de los respectivos ilícitos administrativos previstos en la legislación sectorial como consecuencia del *non bis in idem* procesal o procedimental.

Por el contrario, de no encajar la conducta agresiva contra profesional sanitario en el tipo penal del art. 550.1 CP y a pesar de que pueda ser susceptible de persecución penal en virtud otros tipos penales comunes tales como amenazas, coacciones o injurias fundamentalmente, la falta de identidad de fundamento<sup>208</sup> entre los ilícitos penales y administrativos (en este último caso, sectoriales sanitarios) respectivos abrirá el paso a la aplicación de ambos (salvo que el ilícito administrativo correspondiente declare su subsidiariedad expresa frente a cualquier infracción penal).

#### IV. MEDIDAS ORGANIZATIVAS DE NATURALEZA JURÍDICA COMO RESPUESTA A LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANTARIOS. LA LIMITACIÓN AL DERECHO A LA LIBRE ELECCIÓN DE FACULTATIVO

La libre elección de facultativo constituye un derecho<sup>209</sup> de gran tradición en nuestro ordenamiento jurídico<sup>210</sup> consagrado en una multiplicidad de normas jurídicas tanto de carácter estatal como autonómico. En primer lugar, el art. 10.13 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad dispone que «Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: (...) 13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud». En la misma línea ar-

---

208. En esto supuesto, los tipos penales *comunes* respectivos (amenazas, coacciones, injurias) no tienen en cuenta la alteración de la función pública sanitaria producida como consecuencia del comportamiento agresivo respectivo, circunstancia que fundamenta de manera específica los correspondientes ilícitos administrativos sectoriales de la esfera sanitaria consagrados por la normativa autonómica por lo que faltaría la triple identidad de sujeto, hecho y fundamento que exige el principio *non bis in idem*.

209. No obstante, VILLAR ROJAS modula la afirmación anterior y considera que «la libre elección de profesional, como de centro en el que recibir la atención sanitaria pública, es un derecho subjetivo debilitado o condicionado en la medida que su efectividad se remite, también de forma repetida, a lo que dispongan las normas que se dicten para su desarrollo». Véase Francisco José VILLAR ROJAS, «Garantías de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (II): libre elección de médico y centro, segunda opinión facultativa y tiempo máximo de respuesta», en Alberto PALOMAR OLMEDA, Josefa CANTERO MARTÍNEZ (Dir.), *Tratado de Derecho Sanitario. Volumen I*, cit., p. 721.

210. Véase María AHIJADO PÉREZ, «Libre elección de facultativo como garantía de calidad de la prestación sanitaria», *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, 2013, 8, p. 81. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<https://www.revista.uclm.es/index.php/cesco/article/view/407>]

gumental, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica concreta en su artículo 13 el derecho a la información para la elección de médico y centro, y en este sentido, se afirma que los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico, e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes. Resulta igualmente reseñable lo dispuesto en el art. 5.1.d) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Principios generales de las relaciones entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos) en virtud del cual «los pacientes tienen derecho a la libre elección del médico que debe atenderles. Tanto si el ejercicio profesional se desarrolla en el sistema público como en el ámbito privado por cuenta ajena, este derecho se ejercitará de acuerdo con una normativa explícita que debe ser públicamente conocida y accesible. En esta situación el profesional puede ejercer el derecho de renunciar a prestar atenciones sanitarias a dicha persona sólo si ello no conlleva desatención. En el ejercicio en el sistema público o privado, dicha renuncia se ejercerá de acuerdo con procedimientos regulares, establecidos y explícitos, y de ella deberá quedar constancia formal».

Por otro lado, el art. 28 (Garantías de calidad y servicios de referencia) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece expresamente que «las instituciones asistenciales velarán por la adecuación de su organización para facilitar la libre elección de facultativo y una segunda opinión en los términos que reglamentariamente se establezcan», vinculando expresamente la libre elección de facultativo con las garantías legales de las prestaciones sanitarias<sup>211</sup>.

La libre elección de facultativo, en atención primaria y especializada, cuenta tanto con una regulación estatal como autonómica en algunas de nuestras CC.AA.. Procede en todo caso poner de manifiesto que la regulación estatal solo resulta aplicable en defecto de regulación autonómica en la CC.AA. de referencia, pues al amparo del modelo constitucional español y tratándose de una materia transferida a las CC.AA., la normativa autonómica prima sobre la estatal<sup>212</sup>. A nivel estatal en atención primaria la regulación vigente se encuentra en el RD 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de Salud, mientras que diferentes CC.AA. han regula-

---

211. Véase Francisco José VILLAR ROJAS, «Garantías de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (II): libre elección de médico y centro, segunda opinión facultativa y tiempo máximo de respuesta», *cit.*, p. 717.

212. Véase María AHIJADO PÉREZ, «Libre elección de facultativo como garantía de calidad de la prestación sanitaria», *cit.*, pp. 85 y ss. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<https://www.revista.uclm.es/index.php/cesco/article/view/407>]

do la materia<sup>213</sup>. En la esfera de la atención especializada rige a nivel estatal el RD 8/1996, de 15 de enero, sobre la libre elección de médico en los servicios de atención especializada del Instituto Nacional de Salud (aplicable a las CC.AA. que no hayan dispuesto por vía normativa ninguna regulación sobre el particular), existiendo igualmente diferentes CC.AA. que han abordado el establecimiento de normas sobre la materia<sup>214</sup>.

El aspecto fundamental relacionado con la normativa anterior vinculado a la problemática de las agresiones a profesionales sanitarios viene constituido por el hecho de que una de las medidas organizativas que se pueden derivar de un episodio de agresión es la de la adopción de las medidas necesarias para que el profesional víctima del incidente violento no se vea obligado a prestar nuevamente asistencia al paciente/usuario agresor. Dicha actuación se prevé efectivamente en el marco de diferentes Protocolos o Planes de Prevención y Atención ante incidentes violentos de distintas CC.AA.. No obstante, resulta fundamental con el fin de articular adecuadamente dicha medida desde el punto de vista jurídico, integrarla en la esfera

---

213. Véase Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la CC.AA. de Andalucía; Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; Decreto 15/2006, de 24 de enero, por el que se regula la libre elección de médico, servicio y centro en Atención Primaria de Salud del Sistema Sanitario Público de Extremadura; Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid y Decreto 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en atención primaria, y de hospital y médico en atención especializada en el sistema sanitario público de la comunidad de Madrid; Decreto Foral 244/1994, de 28 de noviembre, por el que se regula el derecho a la libre elección de médico general y médico pediatra en Atención Primaria (Navarra) y Decreto Foral 122/2002, de 10 de junio, por el que se amplía el derecho a la libre elección de médico general y pediatra en Atención Primaria en determinadas zonas básicas de Salud y se desarrolla el derecho a la libre elección de especialista en Obstetricia y Ginecología en los Centros de Atención a la Mujer; Decreto 74/2015, de 15 de mayo, del Consell, por el que se regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su registro autonómico.

214. Decreto 128/1997, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de Médico Especialista y de Hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía; Decreto 57/2007, de 17 de abril, por el que se regula el procedimiento para la libre elección de Médico Especialista y de Hospital en el Sistema Sanitario Público de Aragón; Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; Decreto Foral 122/2002, de 10 de junio, por el que por el que se amplía el derecho a la libre elección de médico general y pediatra en atención primaria en determinadas zonas básicas de salud, y se desarrolla el derecho a la libre elección de especialista en obstetricia y ginecología en los Centros de Atención a la Mujer; Orden de 18 de enero de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la incorporación de los Centros de Atención Especializada a la oferta de libre elección de médico especialista y de hospital (Navarra); Decreto 74/2015, de 15 de mayo, del Consell, por el que se regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su registro autonómico; Orden de 25 de Enero de 1990, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula la elección de Hospital y de Servicio Especializado en el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.

del derecho a la libre elección de facultativo y concretamente, estructurarla como una de las causas normativamente previstas de limitación del referido derecho<sup>215</sup>. En este sentido, el art. 5.1.d) Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, tras consagrar el derecho de los pacientes a la libre elección de médico y vincular el ejercicio de dicho derecho con la existencia de una normativa explícita que debe ser públicamente conocida y accesible, reconoce que el profesional puede ejercer el derecho de renunciar a prestar atenciones sanitarias a una determinada persona sólo si ello no conlleva desatención. En todo caso, en el ejercicio en el sistema público o privado, dicha renuncia se ejercerá de acuerdo con procedimientos regulares, establecidos y explícitos, y de ella deberá quedar constancia formal. Por otro lado, y si tomamos como referencia el RD 1575/1993, uno de los motivos por los cuales los profesionales de medicina general y pediatría pueden rechazar asignaciones de nuevos usuarios o pacientes concurrirá cuando el médico alegue alguna razón que por la Inspección de Servicios Sanitarios se considere justificada (art. 8.b) RD 1575/1993). Similares previsiones se establecen en la mayor parte de las normativas autonómicas existentes sobre el particular. En atención especializada y tomando como referencia el marco estatal, una de las limitaciones al derecho de libre elección consignada en el art. 7 RD 8/1996 es que «los facultativos podrán rechazar la adscripción de pacientes, siempre que, en cada caso concreto, exista, a juicio del Instituto Nacional de la Salud, causa que justifique dicha determinación».

En definitiva, la regulación del derecho a la libre elección de facultativo en el actual marco normativo español permite de manera indubitada que, producido un fenómeno de agresión al profesional sanitario, y ante la total ruptura de la necesaria relación de confianza médico-paciente y del adecuado clima terapéutico que lo anterior implica, se procedan a adoptar las medidas organizativas destinadas a que el profesional sanitario víctima del incidente violento no deba prestar nuevamente asistencia al paciente/usuario agresor.

En este sentido, algunos protocolos y planes de actuación autonómicos ante agresiones a profesionales sanitarios tienen específicamente prevista la adopción de medidas del tenor anterior, con la finalidad de apartar al paciente agresor del profesional víctima del ataque: en este sentido, cabe citar

---

215. Evidentemente, al amparo de una Sentencia penal y en virtud del contenido del fallo de resultar la misma condenatoria, cabría –atendiendo al delito de referencia que debe estar incluido en el catálogo del art. 57 CP, si bien en el caso de agresiones a profesionales sanitarios resulta habitual la concurrencia de lesiones– la imposición como accesoria de alguna de las prohibiciones del art. 48 (en particular, la prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez o tribunal del art. 48.2 CP). No obstante, y en virtud de los arts. 57.1 y 57.3 CP, de ser por ejemplo el delito de referencia uno de lesiones de los arts. 147.2 o 147.3 CP –pues habitualmente en el supuesto de agresiones a profesionales sanitarios nos hallamos ante un delito leve de lesiones encuadrable en el art. 147.2 o 147.3 CP– la imposición de las prohibiciones establecidas en el art. 48 CP se realizará por un tiempo que no excederá de seis meses.

el Plan de Prevención y Actuación ante incidentes violentos en el ámbito sanitario público de Cantabria (p. 67), el Plan de Prevención de las Agresiones a los profesionales de la Sanidad de la región de Murcia (p. 23), el Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias (p. 23), la Estrategia para paliar las agresiones a todos los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura (p. 30) y el Protocolo de actuación frente a las agresiones para los responsables del SACYL (Castilla y León). De cualquier manera, la adopción de una medida organizativa del tenor anterior debe llevarse a cabo garantizando la prestación sanitaria al paciente/usuario agresor, lo cual implicará la adscripción a otro profesional que asumirá su asistencia sanitaria.

## **CAPÍTULO V**

### **VISIÓN DE CONJUNTO Y CONSIDERACIONES FINALES**

El estudio monográfico abordado relativo a las agresiones a profesionales sanitarios en el contexto clínico asistencial pretende analizar de manera integral la referida temática incluyendo su fenomenología, los estudios de prevalencia existentes tanto a nivel nacional español como intencional, las medidas preventivas de naturaleza técnico-organizativa y el tratamiento legal dispensado a dicha cuestión. Al hilo de lo anterior cabe formular una serie de reflexiones en relación con diferentes aspectos vinculados al estudio de la violencia contra los profesionales sanitarios a modo de conclusiones del trabajo realizado.

#### **DE CARÁCTER GENERAL:**

- 1) El fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios por parte de los usuarios de los servicios de salud constituye un problema de salud pública de importancia primordial como demuestran los estudios cuantitativos y los muy nocivos efectos que las mencionadas agresiones ostentan sobre el conjunto del personal afectado. La violencia en el trabajo en el sector salud se erige en un fenómeno de alcance universal, dato avalado por estudios de la OMS, la OIT, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Internacional de Servicios Públicos, y por su frecuencia puede llegar a ser considerada como una auténtica epidemia que produce efectos indeseados, tanto a los trabajadores de la salud (víctimas de las agresiones), como a los propios sistemas sanitarios, que se ven lastrados como consecuencia de un mal ambiente de trabajo que condiciona negativamente al servicio de salud.
- 2) Desde el punto de vista clasificatorio (fenomenología) las agresiones referidas afectan tanto a la integridad física (lesiones eventualmente homicidios o asesinatos) como a la integridad moral (vejaciones, etc.) de los profesionales sanitarios. En lo relativo a la etiología de las agresiones a profesionales sanitarios nos hallamos ante una problemática

plurifactorial en la que inciden causas muy heterogéneas. En este sentido, cabría agrupar las mismas en torno a tres ejes principales:

- Factores vinculados con el paciente y su entorno: en este apartado se incluirían factores eminentemente subjetivos asociados normalmente a circunstancias tales como la tensión por ser objeto de atención sanitaria, la vulnerabilidad subjetiva en que la relación clínica sitúa al individuo, el temor a las consecuencias del proceso patológico padecido, etc. También se integran factores asociados a una errónea comprensión por parte de muchos sectores de la población del sentido que el derecho a la protección de la salud (constitucionalmente consagrado en virtud del art. 43.1 Constitución española) ostenta, pues no implica en modo alguno que el paciente pueda imponer sus criterios en relación con aspectos tales como la concesión de una baja laboral o el tratamiento a prescribir ante una determinada patología.
  - Factores vinculados con el sistema sanitario: la configuración de la salud como un derecho universal constituye uno de los grandes logros de nuestras sociedades del bienestar pero a la vez impone ciertas servidumbres en la prestación del servicio (listas de espera, atención cada vez menos personalizada y más estandarizada, escaso tiempo susceptible de ser dedicado a cada paciente, etc.). Por otro lado, resulta innegable que, en ocasiones, la actitud de determinados profesionales sanitarios o la prestación ofrecida, distan mucho de cumplir con los estándares mínimamente exigibles, lo que de ninguna manera justifica una respuesta agresiva pero puede ser un factor coadyuvante a la misma.
  - Factores asociados con los cambios en la relación profesional sanitario-paciente: la relación clínica ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas pasando de asociarse al ejercicio de una medicina fundamentalmente paternalista en la que el criterio médico era asumido de un modo absolutamente acrítico, a configurarse como una relación clientelar (se habla frecuentemente para hacer referencia al paciente del sistema de salud de «usuario») en la que el sujeto pasivo de la prestación erigido prácticamente en «cliente» de una relación pseudomercantil, aspira a que se satisfagan sus demandas de servicios como lo impondría ante una institución bancaria o un establecimiento comercial.
- 3) Estudios internacionales han evidenciado las graves consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud incluyendo el deterioro de la calidad de los cuidados dispensados, el deterioro del entorno laboral, consecuencias destructoras de la salud del personal, abandono de la profesión, efectos negativos en la contratación para las profesiones de salud, aumento de los costos de salud (del 0,5 al 3,5% del PIB), continuación de comportamientos sociales inaceptables.

- 4) En nuestra opinión, la base teórica más idónea para abordar el fenómeno de las agresiones en el sector salud es la suministrada por la teoría del reconocimiento formulada por el filósofo alemán Axel HONNETH. Siguiendo a HONNETH cabría afirmar que la búsqueda de reconocimiento supone un principio activo que persigue que se reconozca la actividad profesional que realizan las personas individuales, particularmente el valor del trabajo que efectúan así como sus méritos y cualidades. De acuerdo con lo anterior, la lucha por el reconocimiento se genera por sí misma y engloba el conjunto de actitudes de las personas derivadas tanto de la esfera del derecho como de las identidades profesionales. Partiendo de la concepción de HONNETH cabe afirmar que la violencia implica una forma de reificación del personal sanitario, es decir, implica tratarlo como a una cosa, como un mero objeto, como un ser despojado de cualidades y capacidades humanas características. La violencia conduce a una denegación de reconocimiento ya que la persona no es reconocida según la moral inter-subjetiva de las relaciones recíprocas. En este contexto se produce la emergencia de una ideología de la desinstitucionalización y la aparición de una multitud de síntomas de vida interior, un sentimiento de inutilidad y de desapego. La referida teoría del reconocimiento ostenta una aplicación directa a los supuestos de agresiones a profesionales sanitarios: los agentes y particularmente los profesionales de la salud esperan de la institución un verdadero apoyo moral que va más allá de la sola gestión jurídica y técnica de la agresividad de los pacientes. Se ha puesto de manifiesto una necesidad de reconocimiento individual: algunos agentes sanitarios han destacado el tratamiento diferencial del que han sido objeto en caso de agresión física, y ello si tomamos como referencia el apoyo con el que cuentan otros agentes públicos, víctimas de agresión en el ejercicio de su función (policías, por ejemplo).
- 5) Resulta imprescindible suministrar una respuesta contundente y coordinada por parte de los distintos agentes afectados por las referidas agresiones; en concreto, nos referimos a los propios profesionales (que, de ordinario, actuarán asumiendo cierta iniciativa en los procesos abiertos en torno a dichas agresiones, si bien como colectivo se encuentran representados a través de sus colegios profesionales) y a las Administraciones Públicas (básicamente mediante las iniciativas de las Consejerías competentes en la esfera de las Comunidades Autónomas –dada la descentralización producida en estos ámbitos– y de la propia Fiscalía General del Estado, que debe actuar en defensa de la legalidad y del interés público). La adecuada protección de los profesionales sanitarios exige la adopción de medidas de una doble naturaleza: por un lado, en la esfera jurídica y, por otro, en el ámbito de la protección fáctica de los servidores públicos. Este último apartado integra los planes y protocolos de prevención elaborados por las diferentes Consejerías de Sanidad, integrando aspectos

tales como las medidas de seguridad a implementar en el sistema sanitario o la formación específica necesaria con el fin de transmitir a los profesionales sanitarios cómo reaccionar ante una potencial agresión, la adopción de las medidas coétaneas (parte de lesiones inmediato para facilitar el control judicial *ex post* del suceso acaecido) y posteriores al evento agresivo (tratamiento rehabilitador tanto en el plano físico como psicológico del profesional sanitario afectado, etc.).

- 6) Una de las claves para tratar de erradicar en la medida de lo posible las agresiones a profesionales sanitarios consiste en generar en las organizaciones que actúan en la esfera de la salud un clima de tolerancia cero hacia dicho fenómeno que fomente la notificación de cualquier incidente violento producido con independencia de la gravedad objetiva del mismo, pues ello coadyuva a evitar la proliferación de los mencionados episodios. En este sentido, resulta fundamental que el propio colectivo sanitario interiorice la gravedad de toda forma de violencia contra los profesionales de la salud y no asuma una concepción (por desgracia, muy extendida hasta fechas relativamente recientes entre los miembros del propio colectivo referido) consistente en considerar que la tolerancia de ciertos niveles de violencia resulta inherente al desarrollo de la función sanitaria, admitiendo determinadas agresiones como algo normal en el desempeño profesional.

EN RELACIÓN CON LOS ESTUDIOS CUANTITATIVOS NACIONALES E INTERNACIONALES RELATIVOS A AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS:

- 7) A nivel internacional diferentes estudios ponen de manifiesto que las mayores tasas de agresión a profesionales sanitarios se producen en centros psiquiátricos, así como al personal de departamentos de urgencias-emergencias. No obstante, se puede observar la concurrencia de incidentes en todos los sectores del mundo de la salud, incluyendo centros pediátricos y personal de ambulancias. Por otro lado, se detecta un incremento relativo de la violencia en el sector de la salud en los distintos países. Los datos anteriores resultan homogéneos a nivel de los diferentes estados, tanto europeos (Francia, Alemania, Reino Unido, Grecia), como americanos (Estados Unidos, países sudamericanos) en los que se han llevado a cabo estudios de prevalencia en relación con el fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios.
- 8) En España, contamos con los datos suministrados por el Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial (OMC) que recoge los actos violentos que los/as médicos/as sufren en el ejercicio de su profesión en toda España, recopilados a través de los 52 Colegios Oficiales de Médicos que representan a un colectivo de 225.000 profesionales. El Observatorio citado contabiliza tanto las co-

municaciones de agresiones como las denuncias por vía judicial de las mismas. De acuerdo con los datos suministrados por el citado organismo la cifra agregada de agresiones en el periodo 2010-2016 ascendió a 2914 casos. Asimismo, resultó fundamental el Informe del Grupo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud realizado en 2014 al amparo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pues no se contrae a suministrar cifras actualizadas del fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios en España, sino que desarrolla un análisis de dicha realidad en torno a 3 ejes temáticos (1. Causas, evolución y dimensiones del problema; 2. Análisis de las medidas adoptadas y su eficacia; 3. Recomendaciones y propuestas de solución).

- 9) A partir de los datos suministrados por organismos como el referido Observatorio de Agresiones de la OMC, el Servicio Andaluz de Salud, el Consejo Internacional de Enfermeras, el Institut Català de Salut, el Observatorio de Agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León o el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad cabe establecer una serie de pautas relativas a la tipología del agresor, causas de la agresión, lesiones producidas, porcentajes de agresiones verbales frente a las físicas, lugar de producción de las mismas, servicios implicados, etc.

Los anteriores datos resultan fundamentales con la finalidad de diseñar planes efectivos de protección del personal sanitario frente al fenómeno de las agresiones y de suministrar criterios de la intervención institucional en relación con los hechos referidos.

EN RELACIÓN CON LOS MECANISMOS TÉCNICOS PARA LA EVITACIÓN DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS Y MEDIDAS A ADOPTAR ANTE EL ACAECIMIENTO DE UN INCIDENTE:

- 10) El acaecimiento de una agresión a un profesional sanitario constituye, como ha quedado adecuadamente de manifiesto, una circunstancia con un fuerte impacto en el entorno laboral en el que se produce, amén de en el sujeto afectado. Con el fin de evitar en lo posible la proliferación de dichas situaciones violentas las autoridades sanitarias han adoptado medidas aseguratorias de naturaleza técnica y tecnológica, incluyendo la vigilancia de los centros sanitarios (particularmente aquellos dónde el número de agresiones ha resultado tradicionalmente mayor) por parte de efectivos de seguridad privada. Asimismo, se ha previsto la existencia de botones de alarma conectados telemáticamente con centros de seguridad. Todo ello se enmarca en una cultura de la seguridad en la que ocupa un papel preponderante la formación a los profesionales en materia de evitación de agresiones. Si bien tradicionalmente sólo se consideraba que debía hacerse frente a las formas extremas de comportamiento agre-

sivo (homicidio, agresión física grave, etc.) –y ello puede estar en el origen del escaso número de denuncias por parte de profesionales frente a conductas más leves–, se ha desarrollado un nuevo perfil en relación con el trabajo (en especial, en el sector salud) que trata de atajar cualquier manifestación agresiva frente a los profesionales actuantes.

En este sentido, resulta oportuno poner de manifiesto que el esfuerzo realizado en España por dotar al entorno laboral de las medidas de seguridad óptimas con el fin de evitar el acaecimiento de cualquier acto violento, ha constituido una apuesta decidida tanto por parte de las Administraciones públicas competentes, como de organismos creados *ad hoc* con el fin de hacer frente a las agresiones a profesionales sanitarios.

- 11) La emergencia del problema de las agresiones a profesionales sanitarios ha planteado la absoluta necesidad de adaptar el medio laboral a las necesidades de seguridad de los/as médicos/as y enfermeros/as. En este sentido, resulta evidente que para que el medio de trabajo se convierta en un lugar menos violento los empleadores deben asegurarse de que la forma en la que se encuentra diseñado el trabajo y el propio medio laboral, no genera un ambiente que promueva (más que reducir) agresiones y métodos violentos de resolución de conflictos.

En la mayor parte de los lugares de trabajo en la esfera de la salud en los que concurren situaciones de agresión cabe introducir mejoras sustanciales en este sentido. El impacto mayor debe otorgarse al diseño del propio entorno, y de lo anterior se deduce que si en la configuración inicial de los espacios referidos no se ha tomado en cuenta este aspecto, se está haciendo caso omiso de numerosas recomendaciones generadoras de un lugar de trabajo seguro. La literatura científica en este sentido es clara acerca del hecho de que los factores que inciden en la agresión y la violencia pueden ser clasificados en medio ambientales (ligados al entorno) e interpersonales. Sobre la base anterior, y además de los aspectos vinculados al entorno citados *supra*, el *staff* resulta crucial, así como su habilidad a través del conocimiento profesional, la experiencia y unas amplias habilidades sociales para evitar potenciales crisis e inminentes situaciones agresivas. El impacto de los horarios, rutinas y restricciones ostentará habitualmente un efecto psicológico notable que puede dar lugar a nuevos episodios agresivos. Por ello, es primordial tomar conciencia de aspectos tales como los vinculados con regímenes horarios y tratar de centrar el sistema en las necesidades del paciente más que en las meramente organizativas.

- 12) Resulta fundamental tratar adecuadamente *ex post* los episodios de violencia en el trabajo, debiéndose comenzar por la creación de una cultura en las organizaciones sanitarias que admita la posible existencia de un episodio de violencia no culpabilizando en ningún caso

a los profesionales implicados. Se exige, en consecuencia, que la organización cree una cultura, lo que implica que incorpore políticas basadas en procedimientos siendo conscientes de la importancia de la seguridad. En este sentido, una respuesta apropiada de la organización en los días y semanas posteriores al incidente y la asistencia de especialistas resultan vitales. A la hora de monitorizar los eventos violentos contra profesionales sanitarios es esencial la implementación de los oportunos sistemas de notificación de incidentes a partir de los cuales las Administraciones competentes podrán diseñar los mapas de riesgos (sobre cuya base se pueda incidir ulteriormente en la adopción de medidas específicas).

**EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO JURÍDICO-SANCIONATORIO DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO:**

- 13) Desde el punto de vista legal el acaecimiento de un episodio de agresiones a un profesional sanitario (tanto físicas como psíquicas) abre la vía normalmente del Derecho Penal. Aquí en función de la naturaleza y gravedad de la conducta llevada a cabo entran en juego los delitos comunes de lesiones, amenazas, coacciones, injurias (incluso, en casos harto excepcionales pero que desgraciadamente se producen en la realidad social, figuras como el delito de homicidio o un asesinato). No obstante, en numerosas ocasiones la calificación de la conducta agresiva como una mero delito leve (cuya pena normalmente es de multa) produce insatisfacción en el profesional sanitario, que se siente desprotegido por parte del sistema de justicia penal ante su agresor. Una de las posibilidades existentes al objeto de reprimir de manera más rigurosa dichas agresiones a profesionales sanitarios es la consistente en calificar dichos hechos como atentados (art. 550 Código Penal) lo que implicaría una pena de prisión de seis meses a tres años (encontrándose dicho delito de atentado normalmente en concurso ideal con la figura común, normalmente de lesiones, concurrente).
- 14) Dicha vía privilegiada de protección de los profesionales sanitarios en la esfera penal plantea una serie de interrogantes. En este sentido y a nivel aplicativo cabe destacar que el delito de atentado únicamente resulta aplicable cuando el profesional sanitario ostenta la condición de funcionario público, y por lo tanto, no resulta extensible al ejercicio privado de la sanidad.
- 15) Históricamente y con base en la redacción del delito de atentado anterior a la reforma CP 2015, no ha resultado unánime (ni en la doctrina penal, ni en la jurisprudencia) la posición favorable a la calificación de las agresiones a los profesionales sanitarios del sector público en los que concurra el resto de los elementos típicos el art. 550 CP como delito de atentado. No obstante, un hito fundamental a la hora de calificar las agresiones a profesionales sanitarios del sis-

tema público de salud como atentado del art. 550 Código Penal (bajo la redacción del precepto anterior a la mencionada reforma CP 2015) lo constituye la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de diciembre de 2007. Sin embargo, respecto de la argumentación sostenida en la misma el magistrado Martínez Arrieta formuló voto particular, crítico con la aplicación de dicha figura penal en los casos de agresión a los funcionarios docentes y sanitarios, lo que refleja la falta de unanimidad por parte de los diferentes operadores jurídicos en relación con este punto. De cualquier manera, procede destacar que la jurisprudencia menor (Juzgados de lo Penal y Audiencias Provinciales) calificaba en numerosas ocasiones como delito de atentado los casos de agresiones a profesionales sanitarios del sector público ya con anterioridad al año 2015. La propia Fiscalía General del Estado a través de su consulta núm. 2/2008 expresó igualmente una posición favorable a la tipificación de las agresiones a profesionales sanitarios (y docentes) del sector público como atentado del art. 550 CP.

Cabe considerar que la vía penal resulta satisfactoria para los representantes del colectivo médico y enfermero al estimar que, dado que el Derecho Penal permite imponer las sanciones más graves del ordenamiento jurídico (fundamentalmente penas privativas de libertad), ello ostentará un efecto disuasorio para potenciales agresores futuros (con base en una concepción preventivo-general negativa o intimidatoria). No obstante, ello se consigue a juicio de los responsables de la OMC y del Sindicato SATSE en la medida en que la tipificación de las agresiones a profesionales sanitarios se realiza en virtud del delito de atentado (que tiene prevista una pena de prisión de 6 meses a 3 años) y no si se limita a calificar los hechos como delito (normalmente leve) de lesiones, amenazas, etc. cuyas penas son en todo caso más benignas y se limitan en muchos casos a exiguas multas penales. Cabe ir más allá y poner de manifiesto que para el profesional sanitario tomar parte activa en un proceso penal en el que concurre como víctima, para comprobar ulteriormente que una vez probada la agresión (con la gravedad subjetiva que la misma implica para el/la médico/a o enfermero/a) la Sentencia condenatoria se limita a imponer al reo una pena de multa de escasa cuantía, no satisface las expectativas creadas e incluso crea un sentimiento de indefensión y desamparo por parte del sistema de justicia llamado a protegerlo.

- 16) La reforma CP 2015 ha acabado con cualquier posibilidad de duda en torno a la calificación como delito de atentado de las agresiones contra sanitarios (así como docentes) del sector público que reúnan el resto de los requisitos típicos del art. 550 CP, al añadir un segundo párrafo al art. 550.1 CP que dispone «en todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas». Tal como ha quedado de manifiesto *supra* la reforma CP de 2015 en este punto únicamente supone la

consolidación legislativa de un criterio que ya se venía manteniendo jurisprudencialmente. Amén de lo anterior, la reforma CP 2015 ha incorporado igualmente el art. 554.3.a) CP, de acuerdo con el cual también se impondrán las penas de los artículos 550 y 551 a quienes acometan, empleen violencia o intimiden gravemente a los bomberos o miembros del personal sanitario o equipos de socorro que estuvieran interviniendo con ocasión de un siniestro, calamidad pública o situación de emergencia, con la finalidad de impedirles el ejercicio de sus funciones.

- 17) Las posibilidades de intervención de naturaleza jurídico-sancionatoria al hilo de un episodio de violencia contra profesionales sanitarios no se limitan a la esfera penal, sino que cabe la aplicación de los correspondientes ilícitos administrativos consagrados en la esfera sectorial sanitaria (tanto en el marco legislativo estatal como autonómico). En todo caso, resulta necesario en este punto atender a la incidencia del principio *ne bis in idem* con la finalidad de evitar la duplicidad de sanciones concurriendo identidad de sujeto, hecho y fundamento.
- 18) Desde el punto de vista jurídico, el acaecimiento de un episodio de violencia contra los profesionales sanitarios no se agota en la aplicación del correspondiente ilícito penal y/o administrativo en función de la conducta agresiva concurrente, sino que abre la puerta a la aplicación de otras medidas, tales como apartar al paciente agresor del profesional víctima del ataque. Si bien ello implica una restricción del derecho a la libre elección de facultativo consagrado en España normativamente tanto a nivel estatal como autonómico, la regulación del mencionado derecho en el actual marco legislativo español permite de manera indubitada que, producido un fenómeno de agresión al profesional sanitario, y ante la total ruptura de la necesaria relación de confianza médico-paciente y del adecuado clima terapéutico que lo anterior implica, se procedan a adoptar las medidas organizativas destinadas a que el profesional sanitario víctima del incidente violento no deba prestar nuevamente asistencia al paciente/usuario agresor.
- 19) A nivel institucional únicamente un abordaje integral del fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios permitirá una reducción significativa a medio y largo plazo de las mismas. En relación con el particular resulta fundamental la articulación y adecuada ejecución de planes o protocolos de actuación en los que se vertebran el conjunto de medidas técnicas, organizativas y jurídicas vinculadas a la erradicación de los episodios de violencia, el aseguramiento de los profesionales y la asistencia *ex post* a las víctimas de dichos ataques. Todo ello, debe configurarse en el marco de una lógica de *feedback* constante que permita reorientar en todo momento los mencionados planes y/o protocolos a la evolución de las circunstancias (detec-

ción de nuevas posibilidades de intervención, mejora en los procesos de formación, etc.). En todo caso, procede poner de manifiesto que en España el engranaje institucional configurado por los distintos Servicios de Salud autonómicos (y al que ha coadyuvado decisivamente la apuesta decidida por la segurización de los profesionales sanitarios asumida desde los sindicatos y organizaciones colegiales) asume este planteamiento y trata en lo fundamental de dar una respuesta ajustada al problema de las agresiones a profesionales sanitarios.

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Tipología de la violencia.....	25
Tabla 2.	Frecuencia de la conducta agresiva. Fracción de empleados que sufrieron conductas agresivas físicas o verbales en los últimos 12 meses (Alemania) .....	34
Tabla 3.	Número de declaraciones de incidentes por año (Francia)...	38
Tabla 4.	Víctimas de violencia no mortal en el sistema sanitario (EEUU) .....	42
Tabla 5.	Participación por países (encuesta agresiones Sudamérica y Centroamérica).....	44
Tabla 6.	Tipo de agresión (países sudamericanos) .....	45
Tabla 7.	Frecuencias absolutas de agresiones a profesionales sanitarios y desglose por ítems de referencia .....	50
Tabla 8.	Causas de agresiones en porcentaje.....	51
Tabla 9.	Distribución porcentual de causas derivadas de la organización del centro (2008-2012).....	51
Tabla 10.	Indicadores de agresiones a profesionales sanitarios .....	52
Tabla 11.	Tasa de incidencia por grupos profesionales y porcentaje agredidos por grupos profesionales.....	53
Tabla 12.	Indicadores .....	54
Tabla 13.	Distribución por CC.AA. en cifras absolutas (España 2010-2016).....	55
Tabla 14.	Agresiones por 1 000 colegiados por CC.AA. (España 2010-2016).....	56

Tabla 15.	Agresiones a médicos/as según sexo del agredido (España, 2016).....	57
Tabla 16.	Número de agresiones a médicos por millón de consultas..	59
Tabla 17.	Antecedentes del agresor (España, 2014) .....	59
Tabla 18.	Tipología del agresor (España, 2016).....	60
Tabla 19.	Causa de la agresión (España, 2016) .....	61
Tabla 20.	Estudio de las agresiones desde el punto de vista jurídico-penal .....	63
Tabla 21.	Agresiones a profesionales Servicio Andaluz de Salud. Registro Informatizado de Agresiones (2007/2013) .....	64
Tabla 22.	Incidentes registrados y trabajadores agredidos (Observatorio de Agresiones, Castilla y León, Evolución 2012-2016) .....	70
Tabla 23.	Lugar de producción de los incidentes (Observatorio de Agresiones, Castilla y León, Evolución 2012-2016).....	71
Tabla 24.	Agresiones registradas por tipo en porcentaje (Observatorio de Agresiones, Castilla y León, Evolución 2012-2016) .....	71
Tabla 25.	Agresiones físicas por ámbitos asistenciales (Observatorio de Agresiones, Castilla y León, Evolución 2012-2016).....	72
Tabla 26.	Registro de agresiones físicas por categorías profesionales (Observatorio de Agresiones, Castilla y León, Evolución 2012-2016) .....	72
Tabla 27.	Agresiones físicas. Producción de lesiones e incapacidad temporal (Observatorio de Agresiones, Castilla y León, Evolución 2012-2016).....	73
Tabla 28.	Índice de incidencias por ámbitos asistenciales (Observatorio de Agresiones, Castilla y León, Evolución 2012-2016) .....	73
Tabla 29.	Datos del autor (Observatorio de Agresiones, Castilla y León, Evolución 2012-2016) .....	74
Tabla 30.	Distribución de los accidentes por áreas de trabajo (Osakidetza, año 2015) .....	76

Tabla 31.	Distribución de notificaciones por grupo profesional (Osakidetza, año 2015) .....	76
Tabla 32.	Distribución de notificaciones por sexo (Osakidetza, año 2015) .....	77
Tabla 33.	Distribución de los accidentes por áreas de trabajo (Osakidetza, año 2016) .....	77
Tabla 34.	Distribución de notificaciones por grupo profesional (Osakidetza, año 2016) .....	78
Tabla 35.	Distribución de notificaciones por sexo (Osakidetza, año 2016) .....	78
Tabla 36.	Matriz de <i>Haddon</i> para la prevención de la violencia en los centros sanitarios .....	87

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ANSICH: Asociación Nacional por la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios.

AP: Audiencia Provincial.

ATS: Auto Tribunal Supremo.

C.A.: Comunidad Autónoma (España).

CC.AA.: Comunidades Autónomas (España).

CC.OO.: Comisiones Obreras.

CE: Constitución Española de 1978.

CFSMS: *Counter Fraud and Security Management Service* del NHS (Reino Unido).

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras (en inglés, ICN).

COMB: Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

CP: Código Penal.

CPC: Cuadernos de Política Criminal.

C.S.: Centros Sanitarios.

DCCU: Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias.

EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria.

ICN: *International Council of Nurses*.

ILO: *International Labour Office*.

ISP: Internacional de Servicios Públicos (en inglés, PSI).

NHS: *National Health Service* (Reino Unido).

- NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence (Reino Unido)*.
- OIT: Organización Internacional del Trabajo (en inglés, ILO).
- OMC: Organización Médica Colegial.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- OSAKIDETZA: Servicio Vasco de Salud.
- OSASUNBIDEA: Servicio Navarro de Salud.
- PERSEO: Plan de seguridad corporativa y de protección del Patrimonio del SESCAM.
- PSI: *Public Services International*.
- REC: Registro de Evaluación de Conflictos (SESCAM).
- SACYL: Sanidad de Castilla y León.
- SAS: Servicio Andaluz de Salud.
- SATSE: Sindicato de Enfermería (España).
- SEGM: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
- SERGAS: Servicio Gallego de Salud.
- SERIS: Servicio Riojano de Salud.
- SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- SMS: *NHS Special Management Service (Reino Unido)*.
- SPRL: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- STC/SSTC: Sentencia/Sentencias del Tribunal Constitucional.
- STS/SSTS: Sentencia/Sentencias del Tribunal Supremo.
- TC: Tribunal Constitucional.
- TS: Tribunal Supremo.
- VMT: *Violence Management Team*.

## BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV., *Convenio de colaboración entre la Fiscalía de la Comunitat Valenciana y el Colegio Oficial de Médicos de Valencia en materia de agresiones a médicos*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [https://www.fiscal.es/fiscal/PA\_WebApp\_SGNTJ\_NFIS/descarga/175.-%20Convenio%20F.CC.AA.Valencia%20y%20Colegio%20Médicos%20Valencia%20materia%20agresiones%20a%20médicos..pdf?idFile=d85053c9-ff8d-4e2f-af21-60be56c154e3]
- AHIJADO PÉREZ, María, «Libre elección de facultativo como garantía de calidad de la prestación sanitaria», *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, 2013, 8. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [https://www.revista.uclm.es/index.php/cesco/article/view/407]
- ALMANZOR ELHADAD, Federico Ismael, MARTÍN GALÁN, Ángel María, «Agresiones a profesionales de la Salud: la verdadera dimensión del problema», *Hygia*, 88, 2015.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, *Violence in the medical workplace: prevention strategies*, Chicago, 1995.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION, *Preventing workplace violence*, Washington DC, 2002, [en línea], [última consulta el 30 de junio de 2013], disponible en Internet: [http://www.nursingworld.org/osh/violence.pdf]
- ANSICH, *Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Sanitarios* [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [http://seguridadesanitaria.com]
- ARIMANY-MASÓ, Josep, CLOS MANSÓ, Dolors, GÓMEZ-DURÁN, E. L., «Sobre las agresiones a profesionales sanitarios», *Atención Primaria*, 48(3), 2016.
- ARNETZ, J. E., ARNETZ, B. B., SODERMAN, E., «Violence towards health care workers: Prevalence and incidence at a large, regional hospital in Sweden», *AAOHN Journal*, 46(3), 1998.
- ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, *49.ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet:[http://www.

who.int/violence\_injury\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\_spa.pdf]

- BEALE, D., «Monitoring violent incidents», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assesment and intervention*, Routledge, London-New York, 1999.
- BEALE, Diane, LAWRENCE, Claire, BRADY, Carol, COX, Tom, «Violence and work. Introduction and overview», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assesment and intervention*, Routledge, London-New York, 1999.
- BRADY, C., DICKSON, R., «Violence in health care settings», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assesment and intervention*, Routledge, London-New York, 1999.
- BRADY, C., «Surviving the incident», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assesment and intervention*, Routledge, London-New York, 1999.
- BRAGA, F., PRATS, M., LUNA, D., MELAMUD, A., FLICHTENDREI, D., «Agresiones contra médicos», *Intramed.net*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.intramed.net/UserFiles/pdf/36397.pdf>].
- BRAYLEY, R., LANGE, J., BAGGOLEY, C., BOND, M., HARVEY, P., «Violence Management team. An approach to aggressive behaviour in a general hospital», *Med J Aust.*, 15 Aug 1994.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. HEALTH POLICY & ECONOMIC RESEARCH UNIT, *Violence in the workplace: the experience of doctors in Great Britain*, British Medical Association, London, 2008.
- CAILLE, A., «Introduction», en Alain CAILLE (Dir.), *La quête de reconnaissance*, Éditions La Découverte, Paris, 2007.
- CALIFORNIA OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY, *Cal, OSHA guidelines for workplace security*, 1995, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[www.dir.ca.gov/dosh/dosh%5Fpublications/worksecurity.html](http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh%5Fpublications/worksecurity.html)]
- CANTERA, LEONOR M., CERVANTES, Genís, BLANCH, Josep M., «Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios», *Papeles del Psicólogo*, 2008, Vol. 29 (1).
- CÁRCOBA RUBIO, N., AIZPURU MARTÍNEZ, A., ARANCÓN VAQUERO, J. A., ESTEBAN MATA, A., GONZÁLEZ MATA, S., ZULUETA GOROSABEL, M., «Agresiones a profesionales del Servicio de Urgencias del Hospital de Cruces», *Ciber Revista SEEUE (Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias)*, Segunda Época, N° 1, Enero-Febrero 2010, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en in-

ternet: [<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina5.html>]

CARPIO BRIZ, O. ARTAZA, M. BESIO, en Mirentxu CORCOY BIDASOLO, Santiago MIR PUIG (Directores), *Comentarios al Código Penal. Reforma LO 5/2010*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2011.

CC.OO. FEDERACIÓN DE SANIDAD Y SECTORES SOCIOSANITARIOS DE ANDALUCÍA, *Evolución de las agresiones al personal del SAS durante el período 2007-2013*, Mayo 2014, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2014/05/evolucion-agresiones-en-el-sas-2007-2013.pdf>]

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, NIOSH, *The changing organization of work and the safety and health of working people - Knowledge gaps and research directions*, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, 2002.

CEREZO MIR, José, «Los delitos de atentado propio, resistencia y desobediencia», *Problemas fundamentales del Derecho Penal*, Tecnos, Madrid, 1982 (también publicado en *Revista de Estudios Penitenciarios*, 173, abril-junio 1996).

CERVANTES, Genís, BLANCH, Josep María, HERMOSO, Diana, «Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009)», *Arch. Prev. Riesgos Laborales*, 2010, 13 (3).

COLLEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA, *La violència en el lloc de treball. L' experiència dels metges de Barcelona*, Barcelona, 2004.

COMITÉ EDITORIAL, «Las agresiones al personal de enfermería en el puesto de trabajo», *Enferm.*, 2005, 2(11), [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?cid=1072793423689&pagename=ExcelenciaEnfermera%2FPa ge%2Fplantilla\\_Editorial\\_EE&numRevista=11](http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?cid=1072793423689&pagename=ExcelenciaEnfermera%2FPa ge%2Fplantilla_Editorial_EE&numRevista=11)]

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, *Observatoire pour la sécurité des Médecins*, 2013, [en línea], [última consulta el 22 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>]

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA, *Radiografía de las agresiones en el ámbito sanitario*, 2015.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, *Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo*, Ginebra, 2007, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/internacional/cie/download/25-cie/362-18-directrices-para-hacer-frente-a-la-violencia-en-el-lugar-de-trabajo>]

- CUERDA ARNAU, M. L., *Los delitos de atentado y resistencia*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2003.
- CHAPPELL, D., DI MARTINO, V., *Violence at work*, 3rd Edition, ILO, Ginebra, 2006.
- CHULIÁ FERNÁNDEZ, Filiberto, «El paciente como enemigo», en Fernando BANDRÉS MOYA, Santiago DELGADO BUENO (editores), *Biomedicina y Derecho Sanitario*, Editorial Ademas, Madrid, 2010.
- DE LORA, Pablo, GASCÓN, Marina, *Bioética. Principios, desafíos, debates*, Alianza Editorial, Madrid, 2008.
- DEFENSOR DEL PUEBLO DE NAVARRA, *Informe Especial sobre la violencia en el ámbito de la Administración Sanitaria elaborado por el Defensor del Pueblo de Navarra*, B. O. del Parlamento de Navarra, VII Legislatura, Núm. 24, Pamplona, 11 de marzo 2008 [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.actasanitaria.com/file-set/doc\\_43605\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_20420.pdf](http://www.actasanitaria.com/file-set/doc_43605_FICHERO_NOTICIA_20420.pdf)]
- DEJOURS, C., «Psychoanalyse et psychodynamique du travail: ambiguïtés de la reconnaissance», Alain CAILLE (Dir.), *La quête de reconnaissance*, Éditions La Découverte, Paris, 2007.
- *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Éditions du Seuil, Paris, 1998.
- DI MARTINO, V., *Workplace violence in the Health Sector. Country cases studies. Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Synthesis report*, Programa conjunto OIT-CIE-OMS-ISP sobre la violencia laboral en el sector salud, Ginebra, 2002. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf)]
- *Workplace violence in the Health Sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*, ILO-ICN-WHO-PSI, Ginebra, 2003 [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet: [[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf)]
- DIARIOMEDICO.COM, «Los insultos a un médico son desobediencia a una autoridad», 26 de febrero de 2008, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.diariomedico.com/2008/02/26/area-profesional/normativa/los-insultos-a-un-medico-son-desobediencia-a-una-autoridad>]
- DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M., «Autoridad y funcionario a efectos penales», en Diego-Manuel LUZÓN PEÑA (Dir.), *Enciclopedia penal básica*, Comares, Granada, 2002.

- DOMÍNGUEZ MARTÍN, Monica, «Formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: de la Ley General de Sanidad a las fórmulas de colaboración público-privada», en Alberto PALOMAR OLMEDA, Josefa CANTERO MARTÍNEZ (Dir.), *Tratado de Derecho Sanitario. Volumen I*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2013.
- DOTTE, P., *Violences et agressions physiques. Méthode de self-sauvegarde compatible en milieu soignant*, Sauramps médical, 2<sup>ème</sup> édition, Montpellier, 2010.
- DUCLOS, R. et al., *La violence envers les personnels hospitaliers au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse*, informe inédito, Toulouse, Octubre 2008.
- EL DÍA TENERIFE, «Dos de cada tres agresiones a médicos se producen en atención primaria», 19/1/2011, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.eldia.es/2011-01-19/sociedad/11-Dos-cada-tres-agresiones-medicos-producen-Atencion-Primaria.htm>]
- EL PERIÓDICO DE ARAGÓN, *El registro de agresiones será secreto*, 19/11/2006, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/imprimir.php?id=283411>]
- ESADE LAW SCHOOL, «La atención al público supone un riesgo laboral para el trabajador», 25 de noviembre de 2009. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://www.esade.edu/masters-derecho/esp/noticias/viewelement/134582/221/la-atencion-al-publico-supone-un-riesgo-laboral-para-el-trabajador>]
- ESMAEILPOUR, M., SALSALI, M., AHMADI, F., «Violencia laboral contra enfermeras iraníes que trabajan en departamentos de urgencias», *Revista Internacional de Enfermería*, 58, 2011.
- EUSKADIEUS, «Las agresiones denunciadas por los y las profesionales de Osakidetza descendieron en 2016 un 9% respecto al año anterior, según el informe anual», 15 de marzo de 2017. [en línea], [última consulta el 25 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/noticia/2017/las-agresiones-denunciadas-por-los-y-las-profesionales-de-osakidetza-descendieron-en-2016-un-9-respecto-al-ano-anterior-segun-el-informe-anual/>]
- FIGARO DIGITAL, «Les violences contre les médecins se multiplient», 17 de abril de 2008, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.lefigaro.fr/actualites/2008/04/18/01001-20080418ARTFIG00111-les-violences-contreles-medecins-se-multiplient.php?page=&pagination=6>]
- FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO, *Consulta 2/2008, de 25 de noviembre de 2008, sobre la calificación jurídico-penal de las agresiones a funcionarios públicos en los ámbitos sanitario y educativo*, 2008 [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet: [<http://www.fiscal.es>]

- FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO, *Consulta 1/2017, de 14 de junio de 2017, sobre las acciones típicas en el delito de atentado*, 2017 [en línea], [última consulta el 10 de octubre de 2018], disponible en Internet: [<http://www.fiscal.es>]
- FRANZ, S., ZEH, A., SCHABLON, A., KUHNERT, S., NIENHAUS, A., «Aggression and violence against health care workers in Germany –a cross sectional retrospective survey», *BMC Health Services Research*, 2010, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/51>]
- GARCÍA, C., «Agresiones a médicos», *Elpais.com*, 28/03/2011, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/03/28/actualidad/1301263206\\_850215.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/03/28/actualidad/1301263206_850215.html)]
- GARCÍA, C., «Un manual para paliar las agresiones a médicos», *Elpais.com*, 31 de marzo de 2011, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/03/31/actualidad/1301522405\\_850215.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/03/31/actualidad/1301522405_850215.html)]
- GASCÓN SANTOS, Santiago, *Análisis médico-legal de la violencia en centros asistenciales: agresiones a profesionales*, Tesis doctoral disponible en el repositorio de la Universidad de Zaragoza, Zaragoza, 2006, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet: [<http://zaguan.unizar.es/record/5746?ln=es>].
- GASCÓN, S., CASALOD, Y., MARTÍNEZ-JARRETA, B., ABECIA, E., LUNA, A., PÉREZ CÁRCELES, M. D., SANTED, M. A., GONZÁLEZ-ANDRADE, F., BOLEA, M., «Aggressions against healthcare workers: an approach to the situation in Spain and the victims psychological effects», *Legal Medicine*, Volume 11, Suppl. 1, 4/2009.
- GASCÓN, S., MARTÍNEZ-JARRETA, B., GONZÁLEZ-ANDRADE, F., ÁNGEL SANTED, M., CASALOD, Y., RUEDA, M. A. «Aggression towards health care workers in Spain. A multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments», *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2009, vol. 15, Issue 1.
- GÓMEZ QUIRÓS, P., *Manual de prevención ante las agresiones al personal sanitario*, ANSICH, 2011.
- GOBIERNO DE ARAGÓN-DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO, *Plan de prevención contra la violencia en el lugar de trabajo*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ConsortioSalud/Documentos/docs/Areas/RecursosHumanos/PLANPREVENCIONVIOLENCIA.pdf>]

- GOBIERNO DE CANARIAS, CONSEJERÍA DE SANIDAD, SERVICIO CANARIO DE SALUD, *Plan de prevención de las agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de la Salud*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?id Document=811945cb-d645-11e1-adc8-491cdb-90fd3e& id Carpeta=c32fdf85fc15-11dd-a72f-93771b0e33f6>]
- GOBIERNO DE NAVARRA, *Plan global de prevención y actuaciones frente a agresiones externas en el lugar de trabajo* [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://www.afapna.es/web/Data/Salud%20Laboral/PlanAgresionesExternas.pdf>]
- GOVERN DE LES ILLES BALEARS-SERVEI DE SALUT, *Plan para prevenir la violencia en los centros del Ib-Salut*, Palma de Mallorca, 2006, [en línea], [última consulta el 10 de enero de 2015], disponible en internet: [<http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=91902>]
- GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS-MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD), *Informe*, 14 de febrero de 2014. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.senado.es/web/expedientappendixblobservelet?legis=10&id1=136341&id2=1>]
- HERMOSO LLORET, D., CERVANTES ORTEGA, G., BLANCH, J. M., OCHOA PACHECO, P., «Escenoterapia para la prevención de la violencia ocupacional», *Arch Prev Riesgos Labor*, 2012, 15 (2).
- HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, Roberto, en Candido CONDE-PUMPIDO FERREIRO (Director), *Código Penal. Doctrina y Jurisprudencia, Tomo III (Art. 386 a disposiciones finales)*, Trivium, Madrid, 1997.
- HERREROS, Meritxell, «Experiencia práctica de l'Institut Català de la Salut: La importancia de la notificación de las situaciones de violencia», 25 de noviembre de 2009. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [[http://itemsweb.esade.edu/fu/PDF/Mastersderecho/Seminarios/meritxell\\_herrerros.pdf](http://itemsweb.esade.edu/fu/PDF/Mastersderecho/Seminarios/meritxell_herrerros.pdf)]
- HIDALGO CARBALLAL, A., GONZÁLEZ PERNÍA, J., RUIZ MORUNO, A. J., DÍAZ RUÍZ, J., DE SANTIAGO NOCITO, A., «El médico. Formación Práctica en Bioética en Atención Primaria» (Tema 7. Agresiones al Médico y Derecho a la Protección de la Salud), en Sergio GIMÉNEZ BASALLOTE (coord.), *El médico. Formación práctica en Bioética en Atención Primaria, SEMERGEN*, 2007, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://2011.elmedicointeractivo.com/cclinicosn/pdf/7.pdf>]
- HONNETH, A., *La lucha por el reconocimiento*, Crítica, Barcelona, 1997.
- , *La sociedad del desprecio*, Trotta, Madrid, 2011.

- IREKIA, «El observatorio sobre agresiones a profesionales de Osakidetza estudiará nuevas medidas para reforzar su protección personal y jurídica», 15 de marzo de 2016. [en línea], [última consulta el 25 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://www.irekia.euskadi.eus/es/news/31533-observatorio-sobre-agresiones-profesionales-osakidetza-estudiara-nuevas-medidas-para-reforzar-proteccion-personal-juridica>].
- JAVATO MARTÍN, A. M., *El delito de atentado. Modelos legislativos. Estudio histórico-dogmático y de Derecho comparado*, Comares, Granada, 2005.
- , «El concepto de funcionario o autoridad a efectos penales», *Revista jurídica de Castilla y León*, núm. 23, 2011.
- , «El delito de desobediencia del funcionario», *Revista General de Derecho Penal*, 21, 2014.
- , Artículo 554», en Manuel GÓMEZ TOMILLO, Antonio María JAVATO MARTÍN (Directores), *Comentarios Prácticos al Código Penal. Tomo VI*, Thomson-Reuters/Aranzadi, Cizur Menor, 2015.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. GERENCIA REGIONAL DE SALUD, *Plan Integral de Seguridad de la Gerencia Regional de Salud*, 2009. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?idContent=750653&locale=es\\_ES&textOnly=false](http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?idContent=750653&locale=es_ES&textOnly=false)]
- JUNTA DE EXTREMADURA, CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO, *Estrategias para paliar las agresiones a todos los profesionales del sistema sanitario público de Extremadura*, 2006. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<https://www.combadajoz.com/pdfs/LIBROAGRESIONESExtremadura.pdf>]
- KRUG, Etienne G., DAHLBERG, Linda L., MERCY, James A., ZWI, Anthony B., LOZANO, Rafael (Comité de redacción), *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Publicación científica y técnica n.º. 588, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, 2003 [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet: [[http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.htm)]
- L'EXPRESS.FR, «Violence contre les médecins: émoi grandissant et mesures attendues», 4 de marzo 2011, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.lexpress.fr/actualites/1/societe/violence-contre-les-medecins-emoi-grandissant-et-mesures-attendues\\_968703.html](http://www.lexpress.fr/actualites/1/societe/violence-contre-les-medecins-emoi-grandissant-et-mesures-attendues_968703.html)]
- LA VANGUARDIA, «España el país de Europa en el que se registran más agresiones a personal sanitario», 16 de marzo de 2009, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.lavanguardia.com/vida/20090316/53660674129/espana-el-pais-de-europa-en-el-que-se-registran-mas-agresiones-al-personal-sanitario.html>]

- LAMAS MEILÁN, M., «Agresiones a los médicos en el ejercicio de las funciones de su cargo o con ocasión de ellas», *Cad. Aten. Primaria*, Volumen 13, Madrid, 2006.
- LAWRENCE, C., LEATHER, P., «The social psychology of violence and aggression», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assesment and intervention*, Routledge, London-New York, 1999.
- LEATHER, P., LAWRENCE, C., BEALE, D., COX, T., BRADY, C., «Managing work-related violence. The way forward», en Phil LEATHER, Carol BRADY, Claire LAWRENCE, Diane BEALE, Tom COX (editores), *Work related violence. Assesment and intervention*, Routledge, London-New York, 1999.
- LINSLEY, Paul, *Violence and Aggression in the Workplace*, Radcliffe Publishing, Oxford-Seattle, 2006.
- MADRID, P. J., LUNA, E., ROMERO, M., SALAS, M. J., MADRID, M., «Percepción y utilización de un plan de seguridad corporativa por el colectivo enfermero de un área de salud», *Enfermería del Trabajo*, 2011, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3868082.pdf]
- MARINAS-SANZ, Rebeca, MARTÍNEZ-JARRETA, Begoña, CASALOD, Yolanda, BOLEA, Miguel, «Aggressions towards healthcare workers in Spain: status after the recent modification of the Spanish Penal Code», *Medicina Clínica*, 147, 2016.
- MARTÍNEZ DE LEÓN, M., «The emerging risk that constitute aggressions and violence that physicians suffer performing their profession: the case of Spain», *Revista Bioética*, 2010, 18 (2), [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\_bioetica/article/viewFile/563/571]
- MARTÍNEZ DE LEÓN, M., QUEIPO BURÓN, D., MARTÍNEZ LEÓN, C., TORRES MARTÍN, H., «Aspectos médico-legales de las agresiones al personal sanitario y su consideración como delito de atentado», *Revista Sideme*, núm. 5, Julio-Septiembre 2010.
- MARTÍNEZ-JARRETA, Begoña, «Los derechos del ciudadano como paciente en el escenario de la Sanidad Española. La salud como bien de consumo», *Cuadernos de Consumo*, 2003.
- , «Las agresiones en el ámbito sanitario», en Marina GASCÓN ABELLÁN, María del Carmen GONZÁLEZ CARRASCO, Josefa CANTERO MARTÍNEZ (coord.), *Derecho sanitario y Bioética. Cuestiones actuales*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2011.
- MARTÍNEZ-ZAPORTA, E., FERNÁNDEZ-DELGADO, R., «Las agresiones a personal sanitario: propuesta para una reforma penal», *Derecho y Salud*, Vol. 16, Número 2, Julio-Diciembre 2008, [en línea], [última consulta el 10

de junio de 2017], disponible en internet: [<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2749947.pdf>]

- MASON, T., CHANDLEY, M., *Violence and Aggression*, Churchill Livingstone, Edinburgh-London-New York-Philadelphia-Sydney-Toronto, 1999.
- MATEY, P., «Agresiones contra médicos», *Intramed*, 19 de marzo de 2005, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=33147>]
- MAYORCA YANCÁN, Iván Arturo, LUCENA GARCÍA, Silvia, CORTÉS MARTÍNEZ, María Elena, LUCERNA MÉNDEZ, M. A., «Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas?», *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 2013, 59.
- McPHAUl, Kathleen, M., LIPSCOMB, Hane A., «Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated», *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 9, 2004, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.nursingworld.org/Main-MenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/ViolenceinHealthCare.aspx%23Lipscomb%23Lipscomb>]
- MUÑOZ PASCUAL, J. C., DELGADO DE MENDOZA RUIZ, B., ROMERO RUIZ, A., BERMÚDEZ LUQUE, J. C., CABRERA COBOS, F., «Agresiones al personal de los servicios de salud», *Enfermería docente*, 2008.
- NAVARRA.ES, «Salud estudia un nuevo sistema de alarma en Atención Primaria, Salud Mental y Urgencias para evitar agresiones», 16 de marzo de 2017. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [[https://www.navarra.es/home\\_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2017/03/16/Medidas+ante+agresiones+en+ambito+sanitario.htm](https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2017/03/16/Medidas+ante+agresiones+en+ambito+sanitario.htm)]
- NORDIN, H., *Falta om vaold och hot I arbetet. Sistema de información sobre las lesiones en el trabajo*, Consejo Sueco de salud y seguridad en el trabajo, Solna, 1995.
- OBSERVATORIO DE AGRESIONES (ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL), *Estudio de Agresiones 2012*, 2013, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en Internet: [<https://www.cgcom.es/node/3418>]
- , *Estudio de Agresiones 2013*, 2014 [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.cgcom.es/documentacion\\_agresiones](http://www.cgcom.es/documentacion_agresiones)]
- , *Estudio de Agresiones 2014*, 2015, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.cgcom.es/documentacion\\_agresiones](http://www.cgcom.es/documentacion_agresiones)]

- , *Estudio de Agresiones 2015, 2016*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://medicosypacientes.com/sites/default/files/agresiones\\_a\\_medicos\\_2015.pdf](http://medicosypacientes.com/sites/default/files/agresiones_a_medicos_2015.pdf)]
- , *Estudio de Agresiones 2016, 2017*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/presentacion\\_estudio\\_agresiones\\_2016\\_nacional.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/presentacion_estudio_agresiones_2016_nacional.pdf)]
- OBSERVATORIO DE AGRESIONES AL PERSONAL DE LA GERENCIA DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/recursos-humanos/observatorio-agresiones>]
- OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION (OSHA), *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers*, Washington, DC: U.S. Department of Labor, OSHA, 2004, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.osha.gov/Publications>]
- OMS, *Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen*, OMS, Washington D.C., 2002, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)]
- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD), *Informe mundial sobre la violencia y salud*, Washington D.C., 2002.
- ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS, «L'observatoire pour la sécurité des médecins», 14/10/2002 (mise à jour, mars 2017), [en línea], [última consulta el 22 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>]
- ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS-CONSEIL DE L'ORDRE, *Guide Pratique pour la sécurité des professionnels de santé*, Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer, des Collectivités Territoriales et de L'immigration, 2011, [en línea], [última consulta el 22 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>]
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla (MEVSW/2003/11)*, Oficina Internacional del trabajo, Ginebra, 2003, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed\\_protect/-protrav/-safework/documents/normativeinstrument/wcms\\_112578.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/-protrav/-safework/documents/normativeinstrument/wcms_112578.pdf)]
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, INTERNACIONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS, *Directrices marco para afrontar La Violencia Labo-*

ral en el Sector de la Salud, Ginebra, 2002, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/workplace/es/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/es/)]

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA, (CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DE ESPAÑA), «En 2011, las agresiones a médicos se incrementaron un 9,2%», *Página web de la OMC*, 23/03/2012, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[https://www.cgcom.es/noticias/2012/03/12\\_03\\_23\\_estudio\\_agresiones](https://www.cgcom.es/noticias/2012/03/12_03_23_estudio_agresiones)]

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA, *Manifiesto Día nacional contra las agresiones en el ámbito sanitario*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[https://www.cgcom.es/sites/default/files/manifiesto\\_agresiones\\_20\\_3\\_2013.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/manifiesto_agresiones_20_3_2013.pdf)]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen*, OMS, Washington D.C., 2002.

ODU CONSULTANCY, «Introduction», [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.oduconsultancy.nl>]

PALOMAR OLMEDA, Alberto, «Desarrollo profesional y carrera sanitaria», en Marina GASCÓN ABELLÁN, M.<sup>a</sup> del Carmen GONZÁLEZ CARRASCO, Josefa CANTERO MARTÍNEZ (coords), *Derecho sanitario y Bioética*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2011.

PERELLÓ JORQUERA, Antonia, «El marco jurídico de las profesiones sanitarias en la LOPS. Régimen de las titulaciones sanitarias. La formación de los profesionales sanitarios», en Alberto PALOMAR OLMEDA, Josefa CANTERO MARTÍNEZ (Dir.), *Tratado de Derecho Sanitario. Volumen I*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2013.

PINEDO GARCÍA, Igor, «El deber de respeto a los profesionales sanitarios: uso responsable de las prestaciones sanitarias. Causas y consecuencias jurídicas», en Alberto PALOMAR OLMEDA, Josefa CANTERO MARTÍNEZ (Dir.), *Tratado de Derecho Sanitario, Vol. I, Tratado de Derecho Sanitario. Volumen I*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2013.

POBLETE TRONCOSO. M., VALENZUELA SUAZO, S., «Enfermeras en riesgo. Violencia laboral con enfoque de género», *Index Enferm.*, Vol. 14, n° 51, marzo 2005.

PORTAL DE SALUD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, «Observatorio de Agresiones» [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/prevencion-riesgos-laborales/plan-integral-frente-agresiones/observatorio-agresiones>]

PORTAL DE SALUD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, «Plan Integral frente a las agresiones» [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017],

disponible en internet: [<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/prevencion-riesgos-laborales/plan-integral-frente-agresiones>]

PRESLEY, D., ROBINSON, G., «Violence in the emergency department: Nurses contend with prevention in the healthcare arena», *Nursing Clinics of North America*, 2002.

ROCA AGAPITO, Luis, «Concepto de autoridad y de funcionario público a efectos penales», *Revista Derecho y Proceso Penal*, 31, 2013.

ROIG TORRES, M., *El delito de atentado*, Thomson-Aranzadi, Elcano, 2004.

ROMEO CASABONA, Carlos María, *El médico ante el Derecho*, Ministerio de Sanidad y Consumo-Secretaría General Técnica-Servicio de Publicaciones, Madrid, 1985.

SALUDCANTABRIA.ES, «Plan de Prevención y Atención ante incidentes violentos en el ámbito sanitario público de Cantabria», 26 marzo 2014. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<http://saludcantabria.es/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=494&cntnt01returnid=58>]

SCHULTE, J., NOLT, B., WILLIAMS, R. L., SPINKS, C. L., HELLSTEN, J. J., «Violence and threats of violence experienced by public health field-workers», *JAMA: Journal of the American Medical Association*, Texas, 1998, 280(5).

SECRETARÍA GENERAL DEL SESCAM, *Circular 1/2007. Instrucciones sobre procedimientos ante situaciones de violencia*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20141215/circular\\_1-2007\\_instrucciones\\_sobre\\_procedimiento\\_actuacion\\_ante\\_situaciones\\_violentas.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20141215/circular_1-2007_instrucciones_sobre_procedimiento_actuacion_ante_situaciones_violentas.pdf)]

SECRETARÍA GENERAL DEL SESCAM, *Circular 4/2006, sobre asistencia jurídica a trabajadores del SESCAM* [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/circular\\_4-2006\\_asistencia\\_letrada.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/circular_4-2006_asistencia_letrada.pdf)]

SECRETARÍA GENERAL DEL SESCAM, *Circular 4/2007, sobre Instrucciones sobre Planes de Autoprotección* [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20150219/circular\\_4-2007\\_instrucciones\\_sobre\\_planos\\_de\\_autoproteccion.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20150219/circular_4-2007_instrucciones_sobre_planos_de_autoproteccion.pdf)]

SENUZUN ERGÜN, F., KARADAKOVAN, A., «Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city», *International Nursing Review*, 52(2), 2005.

SERGAS (Servicio central de prevención de riesgos laborales, Subdirección General de Políticas de Personal, División de Recursos Humanos y De-

sarrollo Profesional), *Plan para la prevención de la violencia laboral en el Servicio Gallego de Salud*, 2006. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<https://www.sergas.es/cas/EnPortada/PrevViolenLaboral/Campana/plan.pdf>]

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, «Las condenas por delito de atentado a agresores de los profesionales del SAS se triplican en el último año», *Interes@s Boletín 11*, 04/11/2009, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr-actualidad1\\_b11](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr-actualidad1_b11)]

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL. JUNTA DE ANDALUCÍA, *Plan de prevención y atención de agresiones para profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_guia\\_atagresiones](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_guia_atagresiones)]

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, *Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios*, 2007. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [[https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_SESPA/gu%C3%ADa%20de%20prevenci%C3%B3n%20situaciones%20conflictivas.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/gu%C3%ADa%20de%20prevenci%C3%B3n%20situaciones%20conflictivas.pdf)]

SERVICIO MURCIANO DE SALUD, *Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia*, 2005. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://www.ffis.es/ups/prl/plan\\_agresiones.pdf](http://www.ffis.es/ups/prl/plan_agresiones.pdf)]

SERVICIO RIOJANO DE SALUD, *Plan de Prevención y Atención al Profesional del Servicio Riojano de Salud (SERIS) víctima de agresión en el desempeño de sus funciones*, 2008. [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [<https://www.riojasalud.es/noticias/1146-plan-de-prevencion-y-atencion-al-profesional-victima-de-agresiones-en-el-trabajo?showall=1>]

SERVICIO VASCO DE SALUD-OSAKIDETZA, «Salud Laboral: un objetivo compartido» [en línea], [última consulta el 26 de mayo de 2017], disponible en internet: [[http://www.satse.es/media/pais\\_vasco/documentos/legislacion/acuerdos-y-convenios/osakidetza.protocolo-de-actuacion-violencia-en-el-trabajo](http://www.satse.es/media/pais_vasco/documentos/legislacion/acuerdos-y-convenios/osakidetza.protocolo-de-actuacion-violencia-en-el-trabajo)]

SESCAM, *PLAN PERSEO, Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio del SESCOAM-PERSEO*. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/>]

pdf/20131015/plan\_director\_seguridad\_corporativa\_y\_proteccion\_patrimonio.pdf]

SESCAM, *PLAN PERSEO, Procedimiento de identificación de necesidades formativas*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento\\_de\\_identificacion\\_de\\_necesidades\\_formativas\\_0.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento_de_identificacion_de_necesidades_formativas_0.pdf)]

SESCAM, *PLAN PERSEO, Procedimiento de Mediación con Usuarios*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento\\_mediacion\\_con\\_usuarios.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento_mediacion_con_usuarios.pdf)]

SESCAM, *PLAN PERSEO, Procedimiento de Resolución de conflictos*, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento\\_de\\_resolucion\\_de\\_conflictos\\_0.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/procedimiento_de_resolucion_de_conflictos_0.pdf)]

SIMON, R. I., «Patient violence against health care professionals», *Psychiatric Times*, Vol. 28, n° 2, 2011. [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/content/article/10168/1813471>]

SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA, *Informe al Parlamento 2007*, 2007, [en línea], [última consulta el 10 de junio de 2017], disponible en internet: [<http://www.sindic.cat/site/unitFiles/2284/INFORME%20AL%20PARLAMENT%20CASTELLANO.pdf>]

STATHOPOULOU, H. G., «Violence and aggression towards health care professionals», *Health Science Journal*, Volume 1, Issue 2, 2003, [en línea], [última consulta el 30 de mayo de 2013], disponible en internet: [[http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02\\_rev03.pdf](http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02_rev03.pdf)]

SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C., en SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C. (Coord.), *Manual de Derecho Penal. Tomo II (Parte Especial)*, 6ª edición, Aranzadi, Cizur Menor, 2011.

VACAS, F. OBSERVATOIRE POUR LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS, *Recensement National des incidents par la section EP du CNOM. Fiches 2016*, Ordre National des Médecins-Conseil de L'Ordre, 2017, [en línea], [última consulta el 22 de junio de 2017], disponible en internet: [[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_medecins\\_2016\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2016_0.pdf)]

VILLAR ROJAS, Francisco José, «Garantías de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (II): libre elección de médico y centro, segunda opinión facultativa y tiempo máximo de respuesta», en Alberto PALOMAR

- OLMEDA, Josefa, CANTERO MARTÍNEZ (Dir.), *Tratado de Derecho Sanitario. Volumen I*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2013.
- WEIL, S., *L'enracinement*, Collection Espoir, dirigée par Albert Camus, Gallimard, 1949.
- WILDER, S., SORENSEN, C., *The essentials of aggression management in Health Care*, Prentice Hall, New Jersey, 2001.
- WYNNE, R., CLARKIN, N., COX, T., GRIFFITHS, A., *Guidance on the prevention of violence at work*, Luxembourg, European Commission, DG-V, 1997, Ref. CE/V-4/97-014-EN-C.
- YELA, C., *La violencia en el sector sanitario*, Unión Sindical de Madrid Región, CCOO, Madrid, 2006.

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. La revista *Ciencia Forense* considera para su publicación aquellos trabajos relacionados con la Medicina Forense en sus distintas áreas (Derecho Médico y Deontología, Tanatología, Patología Forense, Sexología Forense, Medicina Legal en la Infancia, Psiquiatría Forense, Genética Forense, Odontología Forense, Medicina Legal Laboral y Toxicología Forense).

2. La revista se dividirá en las siguientes secciones:

- REVISIONES. Artículos en los que se realice una puesta al día sobre temas de actualidad o de gran interés para la comunidad forense. Serán trabajos encargados por el Comité de Redacción. Los autores que espontáneamente deseen colaborar en esta sección pueden solicitarlo al director de la revista.
- ORIGINALES. Trabajos de investigación sobre cualquier tema de interés médico-legal.
- ORIGINALES BREVES. Trabajos de investigación o bien exposición de casos, que por sus características puedan ser publicados de forma abreviada. Deberán tener una extensión máxima de hasta 8 páginas DIN A-4, incluidas las tablas, figuras y referencias bibliográficas.
- OPINIÓN Y CUESTIONES A DEBATE. La revista brinda una oportunidad en esta sección al intercambio y a la discusión de ideas y opiniones sobre cuestiones polémicas o que necesiten de una reflexión profunda. Cualquier autor que espontáneamente desee colaborar en esta sección puede solicitarlo al director de la revista. La estructura del trabajo no ha de seguir el esquema que se exige en el caso de un artículo original de investigación.
- Otras secciones (NOTICIAS, CALENDARIO DE ACTIVIDADES, NOVEDADES EDITORIALES, etc.).

3. Los trabajos que se envíen para su publicación en la revista, habrán de ser inéditos y no estar pendientes de publicación en otra revista.

4. Se remitirán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel DIN A-4, con 30 a 35 líneas de entre 60 y 70 espacios en cada página.

5. Se presentarán por triplicado, incluyendo tres copias de la iconografía y una copia en disquete indicando el nombre del primer autor, inicio

del título y programa utilizado. Serán precedidos de una hoja en la que se haga constar: título del trabajo, nombre del autor (o autores), dirección, número de teléfono y de fax; así como dirección de correo electrónico, si procede, situación académica o profesional y nombre de la institución académica a la que pertenece. Se acompañará de una carta de presentación en la que se solicita el examen de los mismos y la sección de la revista donde desearía que se publicase; en ella debe exponerse claramente que el trabajo no ha sido publicado previamente, que todos los autores están de acuerdo en su contenido y que ceden los derechos de publicación a la revista *Ciencia Forense*, de la Institución «Fernando el Católico».

## TEXTO

Se recomienda la redacción de texto en estilo impersonal. Se estructurará el trabajo en los siguientes apartados: Resumen, Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión y Bibliografía.

## RESUMEN

Debe adjuntarse en español y en inglés. La extensión del resumen no ha de superar las 250 palabras, ni ser inferior a 150. El contenido del resumen estructurado para los originales se divide en cuatro apartados. Introducción, Material y Métodos, Resultados, y Conclusiones. En cada uno de ellos se ha de escribir, respectivamente, el problema motivo de investigación, la manera de llevar a cabo la misma, los resultados más destacados y las conclusiones que se derivan de estos resultados. Al final del resumen deben figurar hasta 6 palabras clave de acuerdo con Medical Subject Headings de Index Medicus.

## INTRODUCCIÓN

Será breve y debe proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. No debe contener tablas ni figuras. Debe incluir un último párrafo en el que se expongan de forma clara el o los objetivos del trabajo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En este apartado se indica el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección, las técnicas utilizadas, proporcionando detalles suficientes para que el estudio pudiera repetirse sobre la base de esta información. Se han de escribir con detalle los métodos estadísticos.

## RESULTADOS

Relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el método empleado. Estos datos se complementan con tablas y figuras, considerando que no ha de repetirse en el texto la misma información.

## DISCUSIÓN

Los autores tienen que exponer sus propias opiniones sobre el tema. Destacan el significado y aplicación práctica de los resultados; las consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología y las razones por las cuales pueden ser válidos los resultados, la relación con publicaciones similares y comparación entre áreas de acuerdo y desacuerdo y las indicaciones y directrices para futuras investigaciones. Por otra parte debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema y se repitan los conceptos que han aparecido en la introducción. Tampoco deben repetirse los resultados del trabajo.

## AGRADECIMIENTOS

Cuando se considere necesario se citarán personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Si existen implicaciones comerciales, también deben figurar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se presentarán según orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita entre paréntesis, vaya o no vaya acompañado del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos y si se trata de varios se citará el primero seguido por la expresión *et al.*

En lo posible se evitarán las frases imprecisas como citas bibliográficas. No pueden emplearse como tales «observaciones no publicadas» ni «comunicación personal», aunque sí se pueden incluir así en el texto.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre las páginas inicial y final. A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas:

Artículos de revista:

- CAPLAN RM. A fresh look at some lab ideas in counting medical education. *Möbius* 1983, 3 (1): 55-61.

Libros:

- CAMPBELL DT, STANLEY JC. *Experimental and quasi experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally and Company, 1963.

6. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Se aceptarán diapositivas o fotografías en blanco y negro, en casos especiales y previo acuerdo con los autores, se aceptarán diapositivas en color. El tamaño será 9x12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor; con una flecha se señalará la parte superior; debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Las ilustraciones se presentarán por separado, dentro de un sobre; los pies de las mismas deben ir mecanografiados en hoja aparte. Siempre que se considere necesario se utilizarán recursos gráficos para destacar la parte esencial.

7. Las gráficas (hasta un máximo de seis) se obtendrán a partir del ordenador con impresión de alta calidad. Se tendrá en cuenta las mismas normas del apartado anterior. Las fotografías y gráficas irán numeradas de manera correlativa y conjunta como figuras.

8. Las tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: la numeración de la tabla con caracteres arábigos, enunciado correspondiente; una tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones, las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente. La revista admitirá tablas que ocupen como máximo una página impresa de la misma. Cuando se haya efectuado un estudio estadístico se indicará al pie de la tabla las técnicas empleadas y el nivel de significación, si no se hubiera incluido en el texto de la tabla.

9. El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Siempre que el Comité sugiera modificaciones, los autores deberán remitir, junto con la nueva versión del artículo y tres copias, una carta que se expongan de forma detallada las modificaciones efectuadas, tanto las sugeridas por el propio Comité como las que figuran en los informes de los expertos consultados.

**REVISTA CIENCIA FORENSE**

NÚMEROS PUBLICADOS:

Volumen 1 (1998):  
MONOGRÁFICO «MUERTE SÚBITA»

Volumen 2 (1999):  
MONOGRÁFICO «MALOS TRATOS EN LA INFANCIA»

Volumen 3 (2001):  
MONOGRÁFICO «MEDICINA LEGAL Y GERIATRÍA»

Volumen 4 (2002):  
MONOGRÁFICO «DELITOS SEXUALES»  
SECCIÓN ESPECIAL: AVANCES EN GENÉTICA FORENSE I

Volumen 5-6 (2003-2004):  
MONOGRÁFICO «DROGODEPENDENCIAS Y MEDICINA LEGAL»  
SECCIÓN ESPECIAL:  
AVANCES EN GENÉTICA FORENSE I (cont.)

Volumen 7 (2005):  
MONOGRÁFICO «ODONTOLOGÍA FORENSE»

Volumen 8 (2007):  
MONOGRÁFICO «ENTOMOLOGÍA FORENSE» I

Volumen 9-10 (2009-2010):  
MONOGRÁFICO EN HOMENAJE AL PROF. J. L. ROMERO PALANCO  
«PRESENTE Y FUTURO DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA LEGAL  
Y FORENSE EN ESPAÑA»

Volumen 11 (2014):  
MONOGRÁFICO: ENFERMEDAD PROFESIONAL. ARTÍCULOS ORIGINALES

Volumen 12 (2015):  
MONOGRÁFICO «ENTOMOLOGÍA FORENSE» II

VOLUMEN 13 (2016):  
BUENAS PRÁCTICAS EN LA VALORACIÓN PERICIAL DE PERSONAS QUE SOBREVIVEN  
A LA VIOLENCIA SEXUAL

VOLUMEN 14 (2017):  
MONOGRÁFICO «NEXO DE CAUSALIDAD MÉDICO-LEGAL»

\* \* \*

COLECCIÓN «ORFILA ROTGER»

Número 1:

González- Andrade F., Martínez-Jarreta B.  
*Técnicas Instrumentales en Genética Forense.*  
Zaragoza, 2001

Número 2:

Vásquez P., Martínez-Jarreta B.  
*Documentos Médico-legales.*  
Zaragoza, 2002



**INSTITUCIÓN FERNANDO EL CATÓLICO**

Excma. Diputación de Zaragoza  
Plaza España, 2  
50071 Zaragoza (España)

**CIENCIA FORENSE**  
**Acuerdo de intercambio**

Área: Medicina Legal y Forense  
Directora: M.<sup>a</sup> Begoña Martínez Jarreta  
Año de fundación: 1999  
Periodicidad: Anual  
Formato: 17 x 24 cm  
Editor: Institución «Fernando el Católico»  
Zaragoza (Spain)  
ISSN 1575-6793  
347.6(460.22)  
Intercambio de Publicaciones: Tff. (34) 976 288 878 - 288 879  
E-mail: [interch@ifc.dpz.es](mailto:interch@ifc.dpz.es) \* [http:// ifc.dpz.es](http://ifc.dpz.es)

**Correspondencia:** Institución «Fernando el Católico», Excma. Diputación de Zaragoza, Intercambio de Revistas. Plaza de España, n.º 2. - 50071 Zaragoza (España).

**Rogamos remitan este impreso cumplimentado**

Revista o colección:.....  
ISSN o ISBN ..... Periodicidad:.....  
Materia: ..... Formato:.....  
Entidad:.....  
Dirección:.....  
.....  
CP:..... Ciudad:..... País:.....  
Teléfono:..... Fax:.....  
Referencia: ..... E-mail:.....  
Fecha ..... Firma

Fdo.:

**Institución Fernando el Católico**  
Excma. Diputación de Zaragoza  
Plaza de España, 2  
50071 Zaragoza (España)



Tels.: [34] 976 28 88 78/79

E-mail: [ventas@ifc.dpz.es](mailto:ventas@ifc.dpz.es)  
<http://ifc.dpz.es>

### BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A PUBLICACIONES PERIÓDICAS DE LA IFC

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anuario Aragonés de Gobierno Local | <input type="checkbox"/> Ius Fugit                            |
| <input type="checkbox"/> Archivo de Filología Aragonesa     | <input type="checkbox"/> Jerónimo Zurita, Revista de Historia |
| <input type="checkbox"/> Caesaraugusta                      | <input type="checkbox"/> Nassarre                             |
| <input type="checkbox"/> Ciencia Forense                    | <input type="checkbox"/> Palaeohispánica                      |
| <input type="checkbox"/> Emblemata                          | <input type="checkbox"/> Revista de Derecho Civil Aragonés    |

#### DATOS PERSONALES DE ENVÍO

D./Dña./Entidad: .....  
NIF/CIF: .....  
Domicilio: .....  
Código Postal: ..... Ciudad: .....  
Provincia/País: ..... Teléfono: .....  
E-mail: .....

#### Forma de pago:

Domiciliación bancaria  Tarjeta de crédito

#### En caso de domiciliación bancaria

Titular de la cuenta: .....  
Banco/Caja: .....  
Agencia: .....  
Domicilio: .....  
Población: .....  
CP: ..... Provincia/País: .....  
Cta./Libreta n.º (20 DÍGITOS)

#### En caso de tarjeta de crédito

VISA  Master Card  4B  Tarjeta 6000  Otra .....   
Titular de la tarjeta: .....  
N.º de tarjeta (16 DÍGITOS)   
Fecha de caducidad: .....

Ruego sirvan aceptar con cargo a nuestra cuenta corriente/tarjeta de crédito las facturas presentadas por Logi, Organización Editorial, S.L., distribuidor de la revista indicada, a cambio de la entrega domiciliaria de los próximos números que reciba y hasta nueva orden, todo ello con un descuento del 25% sobre precio de venta al público.

Firma:



