

Clinica

Elsevier Editorial System(tm) for Medicina

Manuscript Draft

Manuscript Number:

Title: LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS EN ESPAÑA: ANÁLISIS DE LA CUESTIÓN TRAS LA RECIENTE MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO PENAL EN ESTA MATERIA (AGGRESSIONS TOWARDS HEALTHCARE WORKERS IN SPAIN: ANALYSIS OF THE SITUATION AFTER THE RECENT MODIFICATION OF THE SPANISH PENAL CODE)

Article Type: Artículo especial

Corresponding Author: Miss. Rebeca Marinas-Sanz,

Corresponding Author's Institution: Facultad de Medicina - Universidad de Zaragoza

First Author: Rebeca Marinas-Sanz

Order of Authors: Rebeca Marinas-Sanz; Begoña Martínez-Jarreta, Prof. Dr.; Yolanda Casalod, Dr.; Miguel Bolea, MsC

LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS EN ESPAÑA:
ANÁLISIS DE LA CUESTIÓN TRAS LA RECIENTE MODIFICACIÓN DEL
CÓDIGO PENAL EN ESTA MATERIA

*AGGRESSIONS TOWARDS HEALTHCARE WORKERS IN SPAIN: ANALYSIS OF THE
SITUATION AFTER THE RECENT MODIFICATION OF THE SPANISH PENAL CODE*

REBECA MARINAS-SANZ^{1*}, BEGOÑA MARTÍNEZ-JARRETA^{1*}, YOLANDA
CASALOD¹, MIGUEL BOLEA¹

¹ GRUPO CONSOLIDADO DE INVESTIGACIÓN B44 DE LA DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN Y DE
MEDICINA DEL TRABAJO INSTITUTO INVESTIGACIÓN SANITARIA- ARAGÓN.

CÁTEDRA DE MEDICINA FORENSE Y MEDICINA DEL TRABAJO. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

* Han contribuido igualmente a este trabajo

Correspondencia: rmarinassanz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las agresiones a profesionales sanitarios constituyen un problema cuya gravedad
y secuelas eran prácticamente desconocidas hasta fechas recientes, y que,
posteriormente, ha permanecido silenciado por una aparente escasa denuncia. Su
evolución, rápidamente ascendente en España, parece haber respondido a un patrón de
creciente violencia interpersonal, y es reflejo fiel de lo acontecido en otros países de
nuestro entorno y mismo grado de desarrollo¹.

A principios del siglo XXI, el escaso conocimiento disponible en España acerca
de la realidad de este fenómeno derivaba de forma casi exclusiva de las denuncias de las
víctimas. Sin embargo, una realidad contrastada es que los profesionales no se animan a
denunciar y que tienden a hacerlo exclusivamente en los casos más graves de violencia
física¹.

Hacia el año 2004 diversas iniciativas contribuyeron a conocer la verdadera dimensión del problema y a establecer sus consecuencias, tanto para la salud física y psíquica de los trabajadores como para la calidad de los servicios afectados y la relación entre trabajadores y usuarios^{2,3,4}. Desde entonces se ha realizado un gran esfuerzo en esta materia, de manera que se han arbitrado y puesto en marcha numerosas medidas de distinta índole encaminadas a luchar contra esta lacra.

Una cuestión muy importante suscitada a lo largo de la última década y que ha generado un amplio debate, es la de las medidas legales contra los agresores, que se encuentran en íntima relación con la consideración legal que han de tener estos hechos; así como el amparo que la Administración ha de brindar al médico en caso de agresión, derivado de la obligación de garantizar la protección de los trabajadores según la *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*¹.

En este sentido, la posibilidad de modificar el Código Penal y calificar los hechos como delito de atentado ha sido en los últimos años objeto de amplia discusión entre juristas, sin que se haya obtenido una respuesta unánime ni doctrinal, ni jurisprudencial^{1,5}. Para algunos el recurso de la vía penal nunca pareció ofrecer la solución definitiva a este problema, y ciertos interrogantes que plantea esta cuestión han sido objeto de investigación específica por parte de expertos⁶.

Con este trabajo se pretende realizar una reflexión sobre la realidad de las agresiones a los profesionales sanitarios en España, la eficacia real de las medidas preventivas adoptadas en los últimos años y el significado de la nueva calificación penal, así como analizar sus potenciales efectos de protección a los profesionales. Todo ello, con motivo de la reciente modificación del Código Penal, en vigor desde el 1 de julio de 2015, y con la que finalmente se consideran como actos de atentado los

cometidos contra los funcionarios sanitarios que se hallen en el ejercicio de sus funciones⁷.

VIOLENCIA Y SALUD. CONCEPTOS BÁSICOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definía en el año 2002 el término «violencia» como *"el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones"*⁸. Asimismo, incidía en su gran complejidad y en los determinantes que condicionan su tolerancia, como los valores culturales propios de cada país o la evolución de estos valores y de las normas sociales⁸. También subrayaba que la violencia interpersonal habría de considerarse como un problema de salud pública internacional de primer orden, tal y como ya se había establecido en 1996 en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud⁸.

Entre las distintas variedades de violencia que la OMS identifica, destaca la «violencia en el trabajo», la cual tiene lugar durante el ejercicio de la actividad profesional o es consecuencia directa de la misma⁹. Dentro de esta categoría merece especial atención la «violencia externa» (entre trabajadores y personas en el lugar del trabajo, pero sin vínculo laboral con el mismo⁹), al ser más frecuente que la interna¹⁰ (entre los propios trabajadores⁹), y al estar incrementado el riesgo unas 16 veces de que los sanitarios sean víctimas respecto a otros trabajadores del sector servicios¹¹.

LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS

La violencia en el ámbito sanitario se ha incrementado progresivamente durante los últimos años^{1,12}, de manera que los trabajadores de este sector constituyen

1 actualmente uno de los principales grupos de riesgo¹⁰. Se estima que la violencia en el
2 sector de la salud supone aproximadamente el 25% del total de la violencia laboral¹³, y
3
4 parece no entender de fronteras, al formar parte de un problema universal que afecta a
5
6 más de la mitad de los trabajadores sanitarios¹³.
7
8
9

10 La primera respuesta internacional a este conflicto se produjo en el año 2002¹,
11 con la publicación de las Directrices Marco para afrontar la Violencia Laboral en el
12 Sector de la Salud¹³, dirigidas a concienciar y orientar en el abordaje de la violencia en
13 este campo. Las propuestas de este documento, junto con las expuestas en trabajos
14
15 posteriores¹, permiten conceptualizar las agresiones a los profesionales sanitarios, al
16
17 entenderlas como resultado de la violencia tanto física como psicológica (figura 1).
18
19
20
21
22
23
24
25

26 Como ya hemos mencionado, en España se han multiplicado las investigaciones
27 destinadas a tratar de establecer las características y dimensión real de este tipo de
28 violencia¹. Hasta la fecha los estudios llevados a cabo son fundamentalmente de tipo
29
30 descriptivo y han analizado centros concretos y/o determinadas Comunidades
31
32 Autónomas (tabla 1). En este sentido es necesario subrayar que actualmente no se
33
34 dispone de un registro nacional unificado de agresiones a profesionales sanitarios²¹, lo
35
36 que sería deseable para la mejor comprensión y prevención del fenómeno.
37
38
39
40
41
42
43

44 En el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de junio
45 de 2014, se conocieron los datos del Informe sobre agresiones a profesionales del
46 Sistema Nacional de Salud, postulado como *"primer documento oficial sobre este tipo*
47
48 *de agresiones"*²². Según este, más de 30.000 profesionales sanitarios sufrieron
49
50 agresiones en España en el periodo comprendido entre 2008 y 2012, de las cuales el
51
52 80% fueron de tipo verbal²². Los datos aportados parecieron impulsar la colaboración
53
54 entre el Ministerio de Sanidad y el de Justicia de cara a trabajar en el reconocimiento de
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

la condición de "autoridad pública" a los funcionarios sanitarios, y con ella la "presunción de veracidad" en caso de conflicto. Este hecho se ha traducido en la enmienda del artículo 550 del Código Penal²², cuestión que se abordará posteriormente.

Por otro lado, también cabe destacar la labor realizada por Organización Médica Colegial (OMC), que creó su propio Observatorio de Agresiones a fin de cuantificar y estudiar los episodios violentos registrados en los Colegios Oficiales de Médicos repartidos a lo largo de la geografía española. Los datos correspondientes al año 2014 estiman en 344 el número de agresiones a médicos, cifra que corrobora una aparente tendencia descendente observada desde el año 2011 (en el que se dieron 493)²³. La evaluación de los resultados plantea cuestiones adicionales: El ámbito de la Atención Primaria se presenta como el más afectado (48%); la causa más frecuente de ataque fue la discrepancia en la atención médica (30%); se interpuso una denuncia en el 66% de los casos; y durante el periodo 2010 - 2014, 82 agresiones recibieron la calificación jurídica de delito y 119 de falta²³.

Muy encomiable ha sido también la labor realizada por otros observatorios, como el de la Junta de Castilla y León. Este observatorio, en su informe de febrero de 2015 referente a la evolución del problema entre los años 2011 y 2014, señala que el número de incidentes y de profesionales agredidos ha aumentado anualmente, a excepción de un ligero descenso en el año 2012²⁴, pese a la disminución del número de centros en seguimiento²⁵. En el año 2014 destacaron las agresiones verbales, seguidas de las psicológicas y las físicas. Psiquiatría y urgencias fueron los servicios en los que se produjeron un mayor número de altercados. Por otra parte, el grupo profesional más afectado fue el de los profesionales de la enfermería y la causa desencadenante más frecuente disconformidad en la asistencia²⁴.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ADOPTADAS EN ESPAÑA

Desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales

La violencia en el sector sanitario constituye un riesgo laboral y, como tal, precisa de intervenciones específicas que combatan su presencia desde las dos vertientes que conforman la estructura elemental de toda actuación preventiva: el antes y el después del incidente¹.

El documento elaborado por la OMS en conjunto con otras organizaciones¹³ resulta esclarecedor en este contexto, ya que enumera recomendaciones sobre las actividades preventivas que se deben poner en marcha en el lugar de trabajo. Cuando esas medidas preventivas fallan y hemos de afrontar la existencia de incidentes violentos, resulta necesario investigar el origen de los mismos, evaluar el riesgo, introducir medidas correctoras y, finalmente, verificar la eficacia de las mismas²⁶. Para prevenir y evitar las agresiones no existe una herramienta exclusiva; sin embargo, la formación se plantea como una estrategia fundamental en la mayoría de las guías contra la violencia laboral. A pesar de ello, se trata de un recurso que no es ofrecido de forma constante, ni universal, y cuya eficacia es evaluada en contadas ocasiones, por lo que serían deseables futuras investigaciones al respecto^{26,27}.

En España la protección de los trabajadores frente a los riesgos en el trabajo ha recibido especial atención desde finales del siglo XX y ha sido objeto de desarrollo legislativo específico. En este sentido cabe recordar lo señalado por el artículo 40.2 de la Constitución Española, en el que se subraya que los poderes públicos han de velar por la seguridad e higiene en el trabajo, y enfatizar que la ya citada *Ley 31/1995, de 8 de*

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales vino a llenar de contenido ese mandato constitucional.

Para cumplir con sus obligaciones preventivas con respecto a los riesgos laborales, las Consejerías de Sanidad de las diferentes Comunidades Autónomas han adoptado medidas adicionales a las de tipo legislativo, que han sido promovidas en conjunción con diferentes instituciones como las Organizaciones Colegiales (Colegios de Médicos Provinciales de forma coordinada con sus Consejos Generales, o Colegios de Enfermería abanderados por la Organización Colegial de Enfermería) y las Organizaciones Sindicales¹. Así, la revisión ofrecida en el Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del SNS permite sintetizar las principales iniciativas desarrolladas (figura 2)²¹.

Las Consejerías de Sanidad autonómicas han puesto en marcha diferentes planes de prevención destinados a combatir específicamente este tipo de violencia, y en algunos casos es posible encontrarlos y consultarlos libremente (tabla 2).

Una de las primeras iniciativas tomada por parte de las Organizaciones Colegiales corresponde al Colegio Oficial de Médicos de Barcelona en el año 2003. Por medio de la misma se instauraba un programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo que contemplaba la creación del Observatorio de la Seguridad de los Médicos, la elaboración de una guía para su abordaje y prevención, así como la contratación de una póliza de defensa jurídica para los médicos agredidos, entre otros². A lo largo de los últimos años, todas casi todos los colegios provinciales de médicos han sumado esfuerzos para trabajar en la mejora de esta situación¹.

Desde la perspectiva legislativa

La *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* aludía en su artículo 10 a los derechos de los pacientes y en el 11 a sus deberes, y posteriormente 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* vendría a modificar esos artículos concretos de la Ley General^{1,5}, reforzando y ampliando así el concepto de autonomía del paciente y la importancia que nuestro ordenamiento jurídico otorga al respeto a sus derechos. Paulatinamente, de forma un tanto paradójica y mientras ese desarrollo legislativo tenía lugar, se consolidaba un escenario de creciente violencia hacia los trabajadores sanitarios que, finalmente, llevaría a configurar el respeto a los mismos como una constante en las diferentes normativas sanitarias autonómicas⁵ (tabla 3).

En paralelo y con el doble objetivo de proteger al trabajador y disuadir a los posibles agresores, alguna Administración Autonómica ha llegado a categorizar estas conductas agresivas y hacerlas subsidiarias de sanciones económicas^{1,6}. Muestra de ello es la *Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León*, en la que se definen distintos tipos de infracciones (leves, graves o muy graves), con multas que oscilan entre 300 y 600.000 euros.

Desde el punto de vista de la protección de los trabajadores sanitarios estas medidas han sido consideradas positivas y potencialmente más efectivas que el tratamiento penal, ya que permiten atender al principio de proporcionalidad al daño causado, resultando así fundamental la intervención inicial de la Administración^{1,28}.

Lo cierto es que el recurso a la vía penal y la consideración de las agresiones como delito de atentado, han sido motivo de un prolongado y amplio debate, tal y como

1 ya se ha señalado anteriormente. En el transcurso de los últimos años, determinados
2 órganos jurisdiccionales españoles, en particular Juzgados de lo Penal y Audiencias
3 Provinciales, han venido calificando como «delito de atentado» algunos episodios
4 violentos contra los profesionales sanitarios⁵. A su vez, el Ministerio Fiscal ha ofrecido,
5 mediante convenios de colaboración con las Organizaciones Colegiales o con las
6 Consejerías de Sanidad Autonómicas, la posibilidad de endurecer las penas para los
7 agresores y el enjuiciamiento inmediato de los casos^{1,29}. Sin embargo, fue la Sentencia
8 del Tribunal Supremo de 4 de diciembre de 2007 la que estableció un antes y un
9 después, al calificar como «Delito de Atentado a funcionario público» la agresión de un
10 paciente a un cirujano maxilofacial vinculado al SNS^{5,29}, generando así un sólido
11 argumento al que decisiones jurídicas posteriores podrían acogerse.

12 Algunos autores defienden la necesidad de procesar las causas ajustándose al
13 concepto de «delito de atentado», ya que este propiciaría condenas más severas, que,
14 consecuentemente, podrían ayudar a disuadir futuros ataques³⁰. En el mismo sentido,
15 diferentes colectivos han reivindicado durante este tiempo la consideración de los
16 profesionales sanitarios como «autoridad pública» y, con ello, la apreciación de las
17 agresiones como «delito de atentado»¹. Sin embargo, otros han defendido que la
18 respuesta penal no es la ideal para la prevención de estas violencias y que solo debiera
19 impulsarse tras el fracaso del resto de las vías, es decir, siguiendo principio de *ultima*
20 *ratio*, ya que su uso "*de manera acomodaticia*" podría dar lugar a resoluciones injustas
21 o a la ineficacia de la norma en el castigo de las actuaciones para las que se creó²⁹.

22 Finalmente, las demandas de los primeros parecen haberse visto satisfechas con
23 la entrada en vigor, el 1 de julio de 2015, de la reforma del Código Penal y sus efectos
24 sobre los artículos 550 y 551 - los vinculados a la definición de delito de atentado⁷ -.
25 Así, el artículo 550 del Código Penal vigente queda redactado como sigue⁷:

1 «1. Son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia,
2 opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los
3 acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de
4 ellas.
5

6
7 En todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios
8 docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con
9 ocasión de ellas.
10

11
12 2. Los atentados serán castigados con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa
13 de tres a seis meses si el atentado fuera contra autoridad y de prisión de seis meses a tres años en
14 los demás casos.
15

16
17 3. No obstante lo previsto en el apartado anterior, si la autoridad contra la que se
18 atentare fuera miembro del Gobierno, de los Consejos de Gobierno de las Comunidades
19 Autónomas, del Congreso de los Diputados, del Senado o de las Asambleas Legislativas de las
20 Comunidades Autónomas, de las Corporaciones locales, del Consejo General del Poder Judicial,
21 Magistrado del Tribunal Constitucional, juez, magistrado o miembro del Ministerio Fiscal, se
22 impondrá la pena de prisión de uno a seis años y multa de seis a doce meses.»
23
24

25 De esta manera, los actos violentos que cumplan estas condiciones y sean
26 cometidos contra funcionarios sanitarios podrán ser contemplados, en todo caso, como
27 delito de atentado; lo que implica, consecuentemente, penas de mayor gravedad, y la
28 existencia de un criterio legal firme al que los magistrados pueden recurrir al dictar
29 sentencia.
30
31

32 Por su parte, las CC.AA. de Aragón, Castilla y León, Valencia y Extremadura se
33 han anticipado al arbitrar su propias medidas al respecto y reconocer desde hace ya
34 algún tiempo a determinados trabajadores sanitarios como autoridad pública (tabla 3).
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ADOPTADAS EN ESPAÑA

Si se realiza una revisión exhaustiva, teniendo en cuenta tanto la literatura científica como la literatura gris, sobre la cuestión de las agresiones a profesionales sanitarios en nuestro país y la eficacia de las medidas preventivas adoptadas, encontraremos lo que a continuación se expone. Hasta la fecha tan solo existe un documento que trate este aspecto, el Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud, publicado en el año 2014²¹. El análisis que en el mismo se muestra está basado en un cuestionario cumplimentado por un limitado número de representantes de ciertas Comunidades Autónomas quienes puntúan el grado de eficacia *"desde un punto de vista cualitativo subjetivo basado en la experiencia de aquellas personas que conocen y trabajan el tema en el Servicio Nacional de Salud"*, y en documentos de análisis interno de cada Comunidad, estudiados posteriormente por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad²¹. Este informe concluye que en la mayoría de los casos el grado de eficacia de las medidas adoptadas es medio-alto²¹. Sin embargo entre sus páginas se admite el sesgo de valoración subjetiva en el que se ha incurrido al realizar el estudio, ya que el análisis realizado proviene de un número reducido de expertos en el tema. También se reconoce que para mejorar la objetividad del mismo sería necesario extender la valoración al resto de participantes involucrados en el proceso (trabajadores sanitarios, servicios de prevención, etc.). De esta forma, las conclusiones expuestas carecen *a priori* del rigor científico necesario para defender la eficacia real de estas medidas.

DISCUSIÓN

Con esta revisión se pretende realizar una reflexión sobre el fenómeno de la violencia contra los profesionales sanitarios en España, profundizar en las medidas preventivas establecidas en los últimos años y en su potencial efecto, con especial referencia a las últimas modificaciones en el ámbito legal. A continuación se discuten algunas cuestiones, surgidas a la luz de la revisión realizada, que son subsidiarias de una reflexión más profunda.

El fenómeno

El incremento observado en el número de estudios llevados a cabo en los últimos años es un hecho, y ha permitido una mejor caracterización del fenómeno, aunque algunos aspectos no han logrado ser completamente definidos. Muestra de ello es la dificultad para establecer parámetros de frecuencia como la prevalencia y la incidencia, lo que es en cierta medida debido a la heterogeneidad conceptual, metodológica y/o evaluativa de las investigaciones^{10,12,18}. Entre las propuestas para la mejora de este aspecto destacan el uso de marcos conceptuales más precisos y la validación de los instrumentos empleados¹², incluyendo un registro de agresiones homogéneo²¹.

El diseño de los estudios suele ser descriptivo transversal¹⁰, por lo que futuras investigaciones debieran tender a mejorar la calidad de la evidencia científica disponible, facilitando así el proceso de toma de decisiones. Por ejemplo, la valoración de las repercusiones a corto y largo plazo a través de estudios longitudinales de cohortes¹¹.

La falta de denuncia es otro problema recurrente, que dificulta, entre otros, las actuaciones requeridas para la calificación y enjuiciamiento de estos episodios violentos⁵. Los programas de formación que inciden en la importancia del registro de

1 cualquier tipo de agresión, podrían ser de ayuda en la concienciación de los
2 trabajadores¹⁹, ya que hasta el momento tienden a minimizar la importancia de los
3 incidentes e incluso considerarlos parte de la profesión^{16,19}.
4
5
6

7 ***La prevención***

8
9

10 La prevención de este tipo de violencia parece haberse atendido en los
11 Departamentos correspondientes de todas las Comunidades Autónomas y en las
12 organizaciones sanitarias españolas competentes, si bien en líneas generales existe un
13 desafío pendiente en cuanto al impulso de medidas organizacionales, políticas e incluso
14 legales¹⁰. Algunos autores consideran de vital importancia las medidas formativas^{26,27}
15 ya que pueden reducir el número, la gravedad y las secuelas de los incidentes. Pese a
16 ello, frecuentemente se señala que no suelen ser ajustadas a las necesidades propias de
17 las diferentes categorías profesionales, y sus efectos apenas parecen ser evaluados.
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

31 En los últimos años diversas corrientes han abogado por la calificación de las
32 agresiones como delito de atentado a modo de herramienta fundamental para la
33 reducción de los episodios violentos³⁰. Sin embargo, otras han señalado que esto podría
34 suponer tanto una reacción penal excesiva – a la par que una protección desigual, al
35 quedar excluidos los trabajadores del sector privado²⁹, como que la vía penal debería ser
36 la última a utilizar y no es la apropiada para la adecuada y eficaz prevención de estos
37 comportamientos¹. Hasta el momento no disponemos de datos consistentes que
38 permitan confirmar la asociación entre estas sanciones penales y la ansiada disminución
39 del número de incidentes. Según los registros del Observatorio de Agresiones de
40 Castilla y León, esta relación podría quedar en entredicho^{24,25}. Entre los años 2008 y
41 2014, 153 sentencias fueron condenatorias, de las cuales 37 condenaron al agresor por
42 delito – y la mayoría de ellas (32) calificaron los hechos como atentado a funcionario
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

público²⁵ –. Pese a ello, el pico máximo de incidentes violentos entre los años 2011 y 2014 se registró en el año 2014²⁴.

Aunque las recomendaciones generales en materia de prevención enfatizan la necesidad de evaluación de las medidas que se adoptan^{13,26}, a fecha de hoy carecemos todavía de estudios que aporten evidencia científica de calidad acerca de la eficacia real de las actuaciones preventivas llevadas a cabo hasta el momento. El informe sobre agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud²¹ representaría una aproximación inicial, aunque sus conclusiones son ciertamente cuestionables debido a los sesgos reconocidos por los propios autores²¹.

CONCLUSIONES

El conocimiento de este fenómeno en España ha aumentado en los últimos años, sin embargo estamos ante una realidad a la que todavía no hemos podido o sabido dar una adecuada respuesta.

No es posible plantear cifras exactas de incidencia o prevalencia, aunque los datos indican que las agresiones siguen aumentando y que las más frecuentes son las de tipo verbal, y principalmente hacia el personal de enfermería. En general, los trabajadores no denuncian los hechos.

En los últimos años se han puesto en marcha planes de prevención y medidas de distinto orden encaminadas a la lucha contra este fenómeno, sin que exista evidencia científica suficiente que permita probar su relación con la disminución real del número de incidentes. Si una conclusión puede obtenerse de este trabajo es que faltan datos fundamentales, sin los cuales no puede llegar a conocerse la eficacia de las medidas preventivas adoptadas, y los que existen adolecen de defectos de sesgo y carecen de la calidad suficiente para considerar fiables sus aportaciones. Todo ello implica que serán

necesarios nuevos estudios que, respetando criterios de calidad, aporten la información que se precisa al respecto. En consecuencia, a fecha de hoy no se puede determinar el verdadero valor de las acciones llevadas a cabo, ni se puede confirmar cual sería el medio disuasorio más efectivo.

En el futuro podremos comprobar si las nuevas reformas en el Código Penal en torno al delito de atentado se traducen en una reducción del número de episodios violentos hacia el personal sanitario o no. Sin embargo, es previsible que tal reducción precise de intervención y medidas distintas en ámbitos diversos y distantes a la vía penal. La sanción económica en vía administrativa y la intervención educativa debieran ser considerados especialmente en este sentido.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Jarreta B. Las agresiones en el ámbito sanitario. En: Gascón Abellán M, Cantero Martínez J, González Carrasco C, coordinadoras. Derecho Sanitario y Bioética. Cuestiones actuales. 1ª ed. Valencia: Tirant lo Blanch; 2011. p. 641–80.
2. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Guía para prevenir y gestionar la violencia en el lugar de trabajo contra los médicos. Cuadernos de la Buena Praxis. 2004;17.

3. Moreno Jiménez MA, Vico Ramírez F, Zero lo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serena P, Mateios Salido MJ. Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36(3):152–8.
4. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación de una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(8):307–10.
5. Montalvo Jääskeläinen F, Pinedo García I. La seguridad de la asistencia sanitaria (y II). La seguridad del personal sanitario. En: Delgado Bueno S, director. *Derecho Sanitario y Medicina Legal del Trabajo*. 1ª ed. Barcelona: Bosch; 2011. p. 361–79.
6. Urruela Mora A. Las agresiones a profesionales sanitarios en el contexto clínico asistencial. Fenomenología, estudio de prevalencia y tratamiento sancionatorio (perspectiva administrativa y penal) [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2014.
7. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, nº77, (31-03-2015).
8. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002 [consultado 4 Abr 2015]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
9. Reunión de expertos para elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el trabajo en el sector de los servicios. Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2003 [consultado 4 Abr 2015]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112578.pdf
 10. Hills D, Joyce C. A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggress Violent Behav.* 2013;18(5):554–69.
 11. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav.* 2014;19(5):492-501.
 12. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggress Violent Behav.* 2008;13(6):431–41.
 13. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2002 [consultado 6 Abr 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44072/1/9223134463_spa.pdf
 14. Cervantes Ortega G, Cantera Espinosa L, Blanch Ribas JM. Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo. Incidentes violentos notificados

- por internet en Catalunya entre 2005 y 2007: resultados de un estudio piloto. Arch Prev Riesgos Labor. 2008;11(1):14–9.
15. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). Arch Prev Riesgos Labor. 2010;13(3):135–40
16. Lameiro C, Besteiro A, Cuevas A, Rodríguez AP, Gómez C, Del Campo V. Violencia laboral en Instituciones sanitarias Análisis de un perfil cambiante. Revista Enfermería del Trabajo. 2013;3(2):66–74.
17. Martínez-León M, Queipo Burón D, Iurtia Muñiz MJ, Martínez-León C. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). Rev Esp Med Leg. 2012;38(1):5–10.
18. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. Rev Esp Salud Publica. 2012;86(3):279–91.
19. Mayorca Yancán IA, Lucena García S, Cortés Martínez ME, Lucerna Méndez MA. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? Med Segur Trab. 2013; 59 (231): 235–58.
20. Bernaldo-de-Quirós M, Cerdeira JC, Gómez MM, Piccini AT, Crespo M, Labrador FJ. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. Emergencias. 2014;26:171–8.
21. Comisión de Recursos Humanos del SNS. Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.

22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid:
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [consultado 8 Nov
2015]. Notas de prensa. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3609>
23. Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial. Estudio de
Agresiones a Médicos. Año 2014. Madrid: Organización Médica Colegial de
España; 2015 [consultado 10 Abr 2015]. Disponible en:
http://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_agresiones_2014.pdf
24. Observatorio de la Comunidad de Castilla y León – Sección de Agresiones al
personal de centros sanitarios. Análisis de los datos contenidos en el registro de
agresiones – Año 2014. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2015 [consultado
10 Abr 2015]. Disponible en:
[http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/images?idMmedia=4
99548](http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/images?idMmedia=499548)
25. Observatorio de la Comunidad de Castilla y León – Sección de Agresiones al
personal de centros sanitarios. Balance del plan integral frente a las agresiones
2008 - 2014. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2015. 2015 [consultado 10
Abr 2015]. Disponible en:
[http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/images?idMmedia=4
99372](http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/images?idMmedia=499372)
26. Beech B, Leather P. Workplace violence in the health care sector: A review of
staff training and integration of training evaluation models. *Aggress Violent
Behav.* 2006;11:27–43.
27. Hills DJ, Ross HM, Pich J, Hill AT, Dalsbø TK, Riahi S, et al. Education and
training for preventing and minimising workplace aggression directed toward

healthcare workers (Protocol). Cochrane Database Syst Rev. 2015; 9:
CD011860. DOI: 10.1002/14651858.CD011860.

28. Informe especial sobre la violencia en el ámbito de la Administración sanitaria,
elaborado por el Defensor del Pueblo de Navarra. Boletín Oficial del Parlamento
de Navarra, nº 24, (11-03-2008).

29. Martínez-Zaporta Aréchaga E, Fernández-Delgado Momparler R. Las
agresiones a personal sanitario: propuesta para una reforma penal. DS.
2008;6(2):217–41.

30. Martínez León, M, Queipo Burón, D, Martínez León M, Torres Martín H.
Aspectos médico-legales de las agresiones al personal sanitario y su
consideración como delito de atentado. Revista Sideme. 2010; 5.

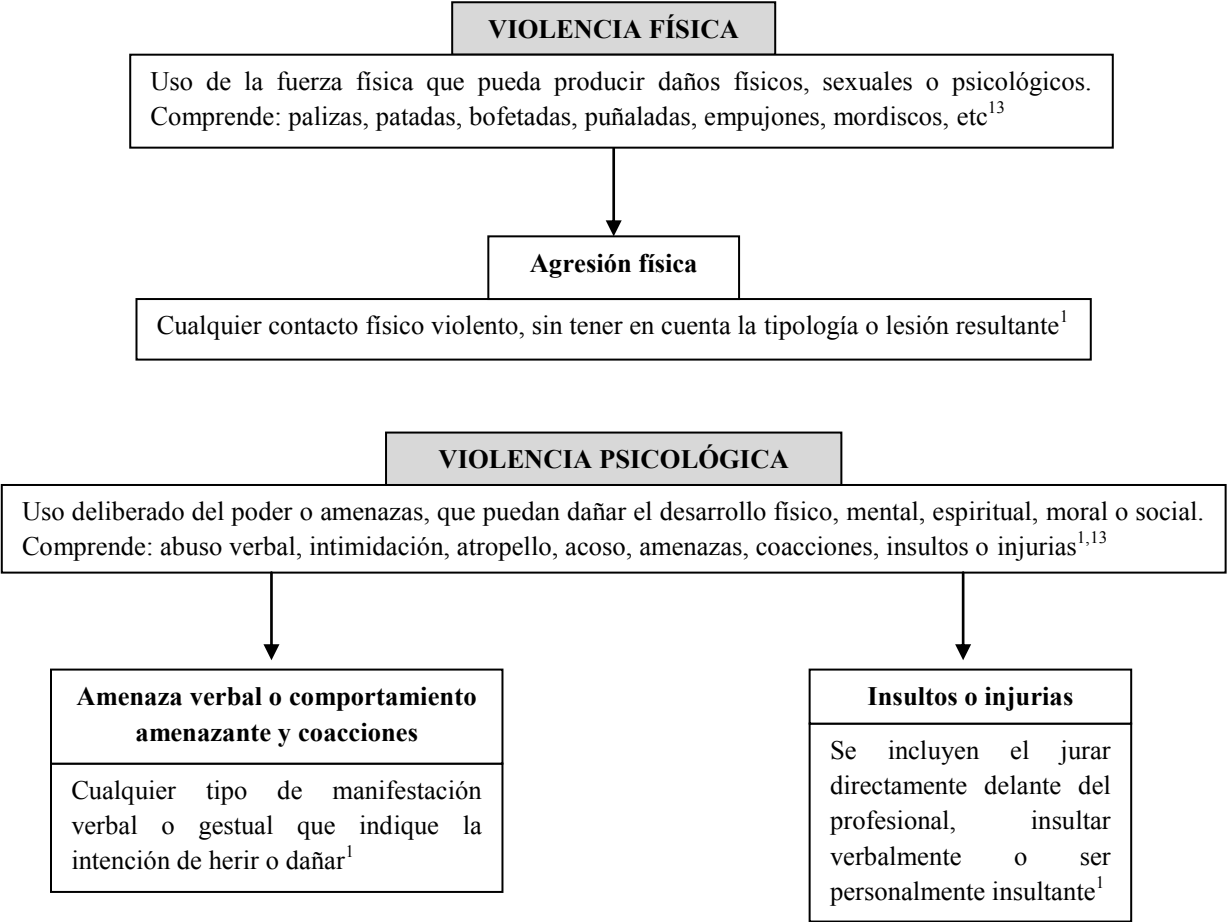


Figura 1 Violencia: Conceptos fundamentales

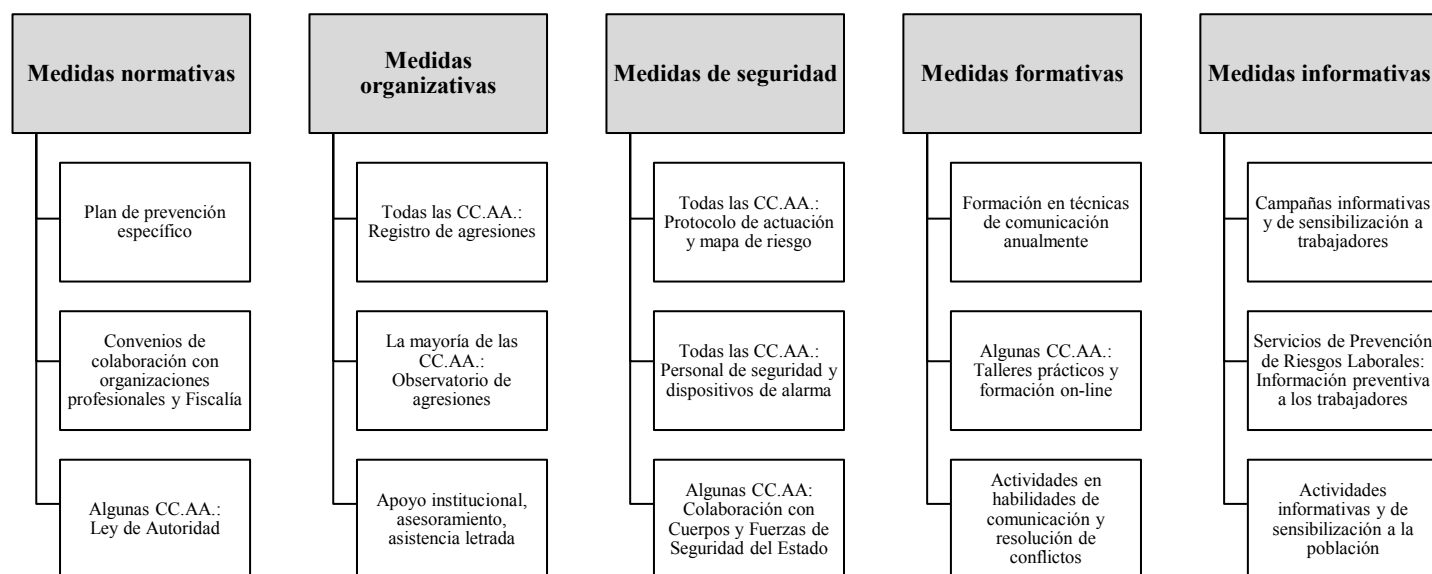


Figura 2 Algunas de las medidas preventivas implementadas en España²¹

CC.AA. – Autor (año realización)	Tipo de estudio y características de la muestra	Afectados		Tipología agresión		Categoría profesional		Servicio		Motivo agresión	
Aragón y Castilla - La Mancha – <i>Martínez-Jarreta et al</i> (2004) ⁴	Estudio transversal y multicéntrico. Médicos, personal de enfermería, personal de administración, directivos, celadores y otros trabajadores del SNS. n= 1845.	-		64% Violencia psicológica 11% Agresiones físicas		Asociación estadísticamente significativa entre amenazas y categoría (frecuencia paralela a nivel jerárquico: más hacia directivos, jefes de servicio y médicos)		Amenazas		57,8% Tiempo de espera 14,9% Concesión de la baja 10,3% Prescripción de medicamentos	
								70,5% Urgencias 52,6% Áreas médicas 51,6% Psiquiatría			
Cataluña – <i>Cervantes Ortega et al</i> (2005 – 2009) ^{14,15}	Análisis descriptivo de los incidentes registrados mediante el dispositivo de Notificación de Incidentes Violentos (NIV). Centros de la <i>Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública</i> (XHUP) de Cataluña. Primera fase (F1) 38 centros, y 60 en la segunda (F2).	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2
		501 (A)	1940 (A)	83% Violencia verbal 35% Violencia física 14% Otras	76,9% Violencia verbal 37,9% Violencia física 15,5% Simbólica 2,6% Económica	42% Enfermería 35% Médico 16% Sector técnico y administrativo	Medicina o enfermería	Atención hospitalaria (urgencias) y ambulatoria (consultas)	La mitad de los incidentes en atención hospitalaria	33% Información recibida 24% Asistencia prestada 16% Alta médica indeseada	29,4% Información recibida 25,2% Dinámica asistencial 17,4% Tiempo de espera
Galicia – <i>Lameiro et al</i> (2005 – 2011) ¹⁶	Estudio descriptivo de los episodios violentos registrados en la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales Hospital Meixoeiro (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo).	153 (A)		80% Agresiones físicas 20% Agresiones verbales		38% Auxiliar enfermería 36% Enfermería 17% Celadores 6% Médico		52% Psiquiatría 29% Hospitalización 14% Urgencias 5% Consultas externas		37% Contención pacientes con enfermedad mental 32% Agitación paciente con enfermedad mental 20% No aceptación normas del Centro	
Castilla y León – <i>Martínez-León et al</i> (2008 – 2010) ¹⁷	Análisis descriptivo de las agresiones a profesionales sanitarios registradas en el Observatorio de Agresiones de la Comunidad de Castilla y León. Año 1: 08/09. Año 2: 09/10	Año 1	Año 2	Año 1	Año 2	Año 1	Año 2	Agresiones físicas		30% Trastorno psíquico 28% Disconformidad asistencia 17% Sentirse mal tratado por el personal	
		591 (A) 440 (T)	556 (A) 416 (T)	65% Verbales 16% Físicas 19% Psicológicas	65% Verbales 19% Físicas 16% Psicológicas	157 Facultativos 146 Enfermería 73 Aux. enferm. 20 Celadores 44 Otros	150 Facultativos 149 Enfermería 66 Aux. enferm. 31 Celadores 20 Otros	Año 1	Año 2		
Murcia – <i>Galián Muñoz et al</i> (2010) ¹⁸	Estudio descriptivo transversal. Personal de enfermería hospitalaria del Servicio Murciano de Salud. n= 1489.	Agresiones físicas en 6 meses: 3% (T)		Frecuencia anual: 71% Violencia verbal 19,9% Violencia física		16,35% Enfermería 15,14% Auxiliar de enfermería		20,6% Urgencias 18,96% Psiquiatría 17,33% Clínicos 16,47% Quirúrgicos		-	
Andalucía – <i>Mayorca Yancán et al</i> (2011) ¹⁹	Estudio descriptivo transversal. Servicios con mayor riesgo de agresiones (Urgencias, Salud Mental, Consultas Externas y Medicina Interna) de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente (Almería) n= 250.	40,8% (T)		102 Agresiones, de las cuales 69 no fueron declaradas (67 verbales y 2 físicas)		No asociación estadísticamente significativa		No asociación estadísticamente significativa		41,7% Otros: 35% desobediencia a las normas hospitalarias; 23% paciente mal informado; etc) 31,8% Tiempo de espera	
Madrid – <i>Bernaldo de Quirós et al</i> (2012) ²⁰	Estudio transversal. Médicos, enfermeras y técnicos en emergencias médicas (TEM) del Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA-112). n = 441.	81,2% de los participantes		76,2% Insultos e injurias 75,3% Amenazas 34,5% Agresiones físicas		40,6% TEM 30,6% Médico 20,8% Enfermería		-		Servicios de emergencias: 41,3% Tiempo de espera Servicios de urgencia: 32,7% Disconformidad con el tto.	

Tabla 1 Características y resultados de los principales estudios por Comunidad Autónoma

(A): Agresiones hacia los trabajadores

(T): Trabajadores afectados

Comunidad Autónoma	Año	Plan preventivo
ANDALUCÍA	2005	Plan de Prevención y Atención de Agresiones a Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/.../contenidos/profesionales/guia/AtencionAgresiones/PlanAtencionAgresiones.pdf)
ARAGÓN	2005	<i>Aprobación por la Comisión de Sanidad de la Proposición no de Ley núm. 91/05, sobre agresiones a los trabajadores de la sanidad pública aragonesa, en el que se insta a crear un Plan de Prevención y Atención de Agresiones a los trabajadores de la sanidad pública aragonesa y un registro informatizado de agresiones</i> (http://bases.cortesaragon.es/bases%5Coriginal.nsf/%28BOCA1%29/BC792BE091482A49C1256FF800329456/\$File/BocaVI_127.pdf)
PRINCIPADO DE ASTURIAS	2007	Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales Situaciones Conflictivas en Centros Sanitarios (https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/gu%C3%ADa%20de%20prevenci%C3%B3n%20situaciones%20conflictivas.pdf)
ISLAS BALEARES	2006	Plan para prevenir la Violencia en los Centros del Ib-Salut (www.caib.es/govern/rest/arxiu/91902)
ISLAS CANARIAS	2006	Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de la Salud (http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/doc_interes/buenaspracticas/violencia_0005.pdf)
CANTABRIA	2014	Plan de Prevención y Atención ante incidentes violentos en el Ámbito Sanitario Público de Cantabria (http://www.saludcantabria.es/uploads/Plan%20de%20Prevencion%20y%20Atencion.pdf)
CASTILLA - LA MANCHA	2005	Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio del SESCAM. Plan Perseo (http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/plan_director_seguridad_corporativa_y_proteccion_patrimonio.pdf)
CASTILLA Y LEÓN	2008	<i>Pacto entre la Consejería de Sanidad y las Organizaciones Sindicales CE, SATSE, UGT, SAE-USCAL, CCOO, y CSI-CSIF sobre las Actuaciones a Desarrollar para Elaborar el Plan Integral frente a las Agresiones al Personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León</i> (http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/personal-profesiones-sanitarias/resolucion-2-junio-2008-direccion-general-trabajo-prevencion)
CATALUÑA	2005	Procedimiento de prevención y actuación ante situaciones de violencia (en los centros del Institut Català de la Salut) (http://www.gencat.cat/ics/infocorp/pdf/PO_PS_02_v3_sit_violencia.pdf)
COMUNIDAD DE MADRID	2004	<i>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</i> (http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&idnorma=6271&word=S&wordperfect=N&pdf=S)
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	2009	Protocolo de actuación ante agresiones externas. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea ²¹
COMUNIDAD VALENCIANA	2010	Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat (http://www.san.gva.es/documents/155952/752483/DEFINITIVOPIP31_05.pdf)

Comunidad Autónoma	Año	Plan preventivo
EXTREMADURA	2006	Estrategias para paliar las agresiones a todos los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura (https://www.combadajoz.com/pdfs/LIBROAGRESIONESExtremadura.pdf)
GALICIA	2006	Plan para la Prevención de la Violencia Laboral en el Servicio Gallego de Salud (http://www.sergas.es/cas/EnPortada/PrevViolenLaboral/Campana/plan.pdf)
LA RIOJA	2008	Plan de Prevención y Atención al Profesional del Servicio Riojano de Salud Víctima de Agresión en el Desempeño de sus Funciones (http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/prevagresionlaboral.pdf)
PAÍS VASCO	2009	Protocolo de actuación Violencia en el trabajo (Osakidetza) (http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_laboral/es_sl/adjuntos/violencia.pdf)
REGIÓN DE MURCIA	2005	Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia (http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/73542-agresiones.pdf)

Tabla 2 Muestra de algunos de los planes preventivos vinculados con la Administración establecidos en cada Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	Legislación asociada
ANDALUCÍA	Ley 2/1998, de 15 de junio, de salud de Andalucía (art. 8)
ARAGÓN	Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón (art. 5) Ley 9/2013, de 28 de noviembre, de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón.
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias (art. 50: Sin mención explícita al deber de respetar al personal sanitario)
ISLAS BALEARES	Ley 5/2003 de 4 de abril, de salud de las Illes Balears (art. 24)
ISLAS CANARIAS	Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (art. 11)
CANTABRIA	Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria (art. 47)
CASTILLA - LA MANCHA	Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de ordenación sanitaria de Castilla La Mancha (art. 5; modificado a través del artículo 44 de la Ley 5/2010, de 24 de junio)
CASTILLA Y LEÓN	Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud (art. 46) Ley 11/2013, de 23 de diciembre, de Medidas Tributarias y de Reestructuración del Sector Público Autonómico: Modificación de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León (art. 34: Consideración de autoridad pública)
CATALUÑA	Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria (Sin mención explícita al deber de respetar al personal sanitario)
COMUNIDAD DE MADRID	Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid (art. 30)
COMUNIDAD FORAL DE 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 (art. 3)
COMUNIDAD VALENCIANA	Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana (art. 53 y art. 16: Medios personales y autoridad pública)
EXTREMADURA	Ley 10/2001, de 28 de junio, de salud de Extremadura (art. 12) Ley 11/2015, de 8 de abril, de Autoridad de profesionales del Sistema Sanitario Público y centros sociosanitarios de Extremadura
GALICIA	Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia (art. 15)
LA RIOJA	Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud (art. 20)
PAÍS VASCO	Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi (art. 10)
REGIÓN DE MURCIA	Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia (art. 62)

Tabla 3 Legislación en cada Comunidad Autónoma asociada a las agresiones a profesionales sanitarios