

AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS. PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN.

José Carlos Martín González

Graduado en Gestión y Administración Pública

Máster Universitario en Administración Sanitaria

RESUMEN

Este artículo es un extracto del Trabajo de Fin de Máster (TFM) presentado en septiembre de 2018 como requisito indispensable para la obtención del título de "Máster Universitario en Administración Sanitaria", impartido por la UNED en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III a través de la Escuela Nacional de Sanidad. Dicho TFM pretende establecer el procedimiento concreto a seguir para prevenir y actuar contra las agresiones que sufran los profesionales sanitarios en el desarrollo de sus funciones en el ámbito de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina, perteneciente al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Para ello, se ha realizado una revisión de diferentes estudios existentes a nivel nacional, al tiempo que se han tenido en cuenta los protocolos aprobados por la Administración Autonómica. Se ha tratado, por tanto, de profundizar en los planteamientos normativos y teóricos sobre la materia, con el objeto de elaborar una herramienta práctica que permita de una manera efectiva atenuar las situaciones violentas que sufren los profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE: Violencia en el trabajo, sanidad, protección, seguridad, Gerencia de Atención Integrada, SESCOAM.

ABSTRACT

This article is an excerpt from the Final Master's Project (TFM) presented in September 2018 as an essential requirement for obtaining the title of "Master's Degree in Health Management", taught by the UNED in collaboration with the Carlos III Health Institute through the National School of Health. This TFM aims to establish the specific procedure to be carried out when preventing and acting against aggressions suffered by health professionals in the development of their roles within the scope of the Integrated Care Office of Talavera de la Reina, belonging to the Castilla- La Mancha Health Service. For this reason, a review of different existing national level studies has been carried out, while taking into account the protocols approved by the Autonomous

Administration. An effort has been made, therefore, to deepen the normative and theoretical approaches on the matter, in order to develop a practical tool that allows for an effective way to mitigate the violent situations suffered by health professionals.

KEY WORDS: Violence in the workplace, health, protection, safety, Integrated Care Management, Castilla-La Mancha Health Service.

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los principales riesgos a los que se encuentran sometidas las personas en el desempeño de su puesto de trabajo deriva de la interrelación con otras personas, de manera que el despliegue de comportamientos violentos puede suponer un importante riesgo para su salud y seguridad.

Existe la propensión natural a asociar la violencia con la agresión física. Sin embargo, y a pesar de no existir una definición única de violencia en el lugar de trabajo, sí existe un elemento común a la hora de enfocar y plantear la cuestión, y es que el concepto de violencia debe ser más amplio que el de la mera agresión física y, por tanto, debe englobar otras conductas susceptibles de violentar e intimidar al que las sufre. Así, la violencia en el trabajo incluiría, además de las agresiones físicas, las conductas verbales o físicas amenazantes, acosadoras, intimidatorias y abusivas.

2. LA CONDUCTA AGRESIVA: SITUACIONES Y FACTORES DE RIESGO EN EL ÁMBITO SANITARIO

En términos generales, en los últimos años se vienen observando cambios en determinados valores sociales como el respeto y la tolerancia, unidos al deseo de inmediatez ante todo y la mejora continua en los derechos de los pacientes.

La sociedad tiene cada vez mayor conciencia acerca de la salud y, en general, comienza a suscribirse la opinión de que la salud y su asistencia son derechos “fundamentales”, lo que ha motivado cambios en la situación de la atención sanitaria haciendo que los profesionales sanitarios se sientan más indefensos y llegando a realizar la denominada medicina defensiva: obedecer las peticiones de los pacientes ante el temor de demandas y consecuencias jurídicas.

Por otra parte, la evolución social global, y en particular, los avances científicos aplicados al campo de la medicina, han modificado en los últimos años las relaciones

médico-paciente y medicina-sociedad. Los cambios ejecutados en el ejercicio profesional y en la concepción del médico se asocian con la desaparición progresiva del médico como figura casi paternal imperante en las últimas décadas y la enorme confianza que existía entre médico y pacientes.

Asimismo, el progreso técnico alcanzado por la medicina ha provocado el aumento del consumo de actos médicos, con el consiguiente incremento de la posibilidad de que se produzcan errores.

Todo ello conlleva que los pacientes hayan desarrollado una actitud reivindicativa basada en la falsa creencia de que todo se puede solucionar, por lo que interpretan que si algo no sale conforme a lo previsto es por un fallo personal o institucional. Incluso, existen algunos malentendidos en lo referente a los derechos del ciudadano, de tal modo que el derecho básico a la salud (a ser tratado adecuadamente en caso necesario) se confunde con el derecho a ser curado, que obviamente nadie puede garantizar.

2.1. LA CONDUCTA AGRESIVA

La reacción de una persona en forma de agresividad sigue un determinado patrón de activación emocional conocido como "*Curva de Hostilidad*", de manera que es posible predecir su evolución (Gráfico 1).

Un adecuado manejo de la persona agresiva requiere el conocimiento de las fases de dicha curva, identificando los momentos en los que es más útil intervenir para conseguir que el agresor vuelva a un estado emocional normal.

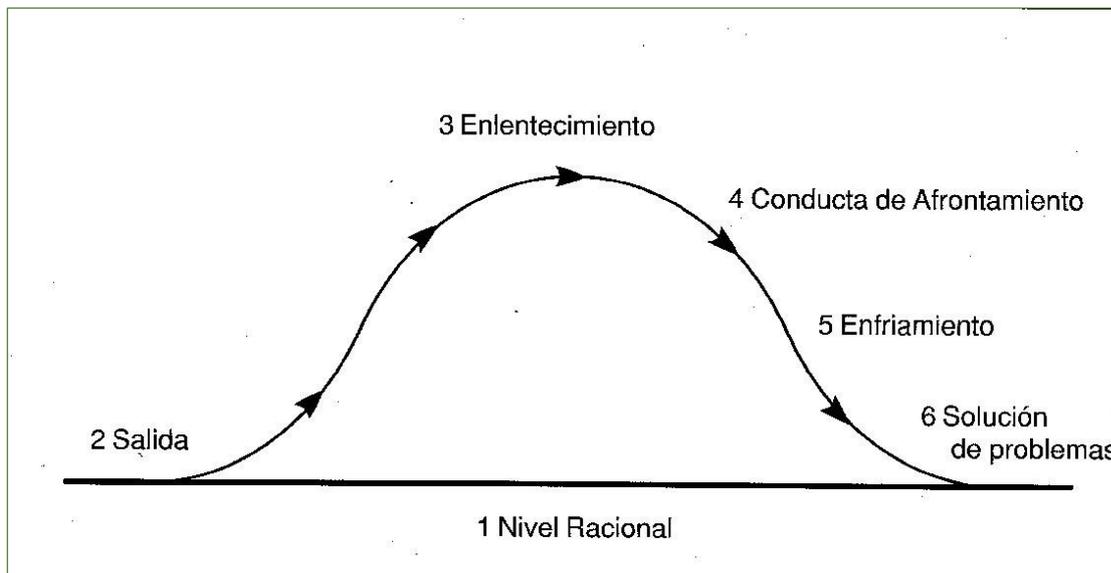


Gráfico 1. Curva de Hostilidad

Fuente: Barbara Allaire y Robert McNeill

Las fases de la Curva de Hostilidad siguen el siguiente patrón¹:

- Fase 1: Nivel Racional. Estado basal de racionalidad.

Estado habitual en el que se encuentran la mayoría de las personas en la discusión de un problema.

- Fase 2. Salida (o Disparo). Inicio de sentimientos agresivos.

Cuando los enfados se acumulan o aparece una situación imprevista interpretada como incómoda u hostil, la persona se “dispara” y da rienda suelta a sus emociones. Cualquier intento de hacerla “entrar en razón” suele fracasar.

En este momento es muy importante no responder a la provocación, ejerciendo de manera estratégica el autocontrol que nos facilite poder escuchar la queja, evitando entrar en una respuesta reactiva que genere un desgaste emocional en el profesional.

- Fase 3. Enlentecimiento. Grado máximo de sentimientos.

El estar “fuera de sí” es agotador y no puede durar “eternamente”. La persona acaba por no tener más energía y “decae”.

¹ Prevención de Riesgos Laborales en situaciones difíciles. Técnicas de comunicación y control emocional. Programa de formación general. Escuela de Administración Pública. Región de Murcia.

Cualquier intervención que se realice en esta fase será motivo para que se renueven los sentimientos de hostilidad. Una actitud de escucha e interés junto con un “contrabalanceo” emocional constituyen las mejores acciones para afrontar estos momentos. Por ello, conviene conocer y manejar con precisión qué hacer y qué no hacer según la investigación realizada por Costa, M. y López, E.² (Tabla 1).

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
Reconocer la irritación de la persona y hacerle ver que le comprendes.	Rechazar la irritación o tratar de calmarle.
Escuchar cuidadosamente. Antes de responder, aguardar a que la persona exprese su irritación.	Negarse a escuchar.
Mantener una actitud acerca de qué es lo que está mal y qué debería hacerse hasta tanto decidas iniciar una investigación	Defender la institución o a ti mismo antes de haber investigado el problema.
Ayudar a la persona a afrontar la situación cuando percibimos que está emitiendo conductas inapropiadas.	Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
Si es posible, invitar amablemente a la persona a un área privada.	Continuar la confrontación de gritos en un área pública.
Sentarse con la persona a hablar con calma.	Mantenerse de pie habiendo lugares para sentarse.
Mantener un tono de voz calmado y bajar el volumen.	Elevar el volumen de voz para “hacerte oír”.
Reservarte tus propios juicios acerca de lo que “debería” y “no debería” hacer la persona irritada.	Saltar a las conclusiones acerca de lo que “debería” y “no debería” hacer la persona irritada.
Empatizar con la persona irritada sin necesidad de estar de acuerdo con ella, una vez su hostilidad se ha reducido.	Argumentar y razonar acerca de las ventajas de conducirse de otra manera.
Expresar tus sentimientos después del incidente y solicitarle que en sucesivas ocasiones se conduzca de otro modo.	Ocultar tus sentimientos después del incidente.
Pedir ayuda a otra persona si percibes que no puedes afrontar esta situación.	Continuar intentándolo a pesar de percibirte poco hábil para afrontar esta situación.

Tabla 1. *Qué hacer y qué no hacer ante una conducta agresiva*
Fuente: Costa, M. y López, N.E.

▪ **Fase 4. Afrontamiento.** Descenso de la hostilidad.

Si el empleado público ha sido capaz de ejercer el autocontrol y de escuchar las manifestaciones hostiles del usuario sin “engancharse” en ellas, tendrá el camino despejado para poder intervenir en esta fase.

² COSTA, M.L. y LÓPEZ, E.: *Manual para el educador social*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1991.

Este es el punto crítico para afrontar la cólera. Lo que el empleado diga en ese momento, demostrando haber escuchado y comprendido el porqué de las manifestaciones hostiles del usuario, –independientemente de que esté o no de acuerdo con él en ese tipo de manifestaciones–, contribuirá a que ese malestar se extinga, facilitando la aparición de la fase de enfriamiento o calma.

- Fase 5. Enfriamiento.

Si hemos conseguido demostrar al usuario nuestra comprensión acerca de su malestar, alcanzaremos un grado eficaz de empatía con él, contribuyendo de este modo a que la persona “se enfríe”. Es el momento de abordar el problema que ha motivado el conflicto.

- Fase 6. Solución de problemas. Vuelta al estado basal de racionalidad.

Tras el “enfriamiento emocional”, la persona retornará al nivel racional del que salió. Es el momento adecuado para, si está en nuestras manos, solucionar el problema.

2.2. SITUACIONES DE RIESGO

Varias son las situaciones que se han calificado como situaciones con riesgos especiales de violencia en el trabajo³, encontrándose los trabajadores del sector sanitario expuestos a toda una gama de situaciones que tienen una importancia especial dada la gravedad y la frecuencia de la violencia laboral:

- Trabajo en soledad: quienes trabajan solos corren riesgos especiales de sufrir ataques. Muchos profesionales sanitarios que trabajan de noche o a domicilio, o hacen su trabajo en soledad o en relativo aislamiento, corren un mayor riesgo de violencia.
- Trabajo en contacto con el público: Un gran número de ocupaciones del sector sanitario conllevan el contacto con el público. La exposición al público genera riesgos de violencia cada vez mayores.
- Trabajo con objetos de valor: siempre que los objetos de valor (medicamentos, jeringuillas, agujas, equipos de valor, etc.) están o parecen estar “fácilmente

³ Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el Sector de la Salud. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Consejo internacional de enfermeras (CIE) e Internacional de Servicios Públicos (ISP). Ginebra, 2002.

accesibles” hay un riesgo de que se cometan delitos, y cada vez más, de tipo violento.

- Trabajo con personas necesitadas: la frustración y la ira que provienen de la enfermedad y el dolor, así como los desórdenes psiquiátricos, el abuso de alcohol o de sustancias psicotrópicas, etc., pueden influir en el comportamiento y hacer que las personas sean violentas verbal o físicamente. La incidencia de la violencia a que se enfrentan los trabajadores que están en contacto con personas necesitadas es tan común que a menudo se considera parte del trabajo.
- Trabajo en un entorno cada vez más “abierto” a la violencia: la violencia en los contextos de la atención sanitaria, que tradicionalmente se concentraba en unos pocos sectores, como los servicios de urgencias, se extiende cada vez más a todos los sectores de trabajo.
- Trabajo en condiciones de especial vulnerabilidad: los procesos generalizados de reforma y los recortes de personal en el sector sanitario son causa de que un número cada vez mayor de trabajadores se vean en empleos ocasionales y precarios, expuestos al riesgo de unas condiciones de trabajo deficientes y a pérdidas de empleo, con los riesgos de violencia que ello conlleva.
- Trabajo de autoridad y responsabilidad: por sus competencias profesionales, algunos profesionales sanitarios tienen la potestad de recetar medicamentos, cursar alta y bajas por incapacidad laboral por enfermedad o accidente, etc... y cuando no coincide la decisión de los profesionales con las expectativas o deseos de los pacientes, pueden surgir situaciones violentas por parte de éstos hacia los profesionales.

2.3. FACTORES DE RIESGO

Se han identificado múltiples factores que originan situaciones de violencia en el ámbito sanitario⁴, pudiendo clasificarse en tres grandes grupos:

A) Factores derivados del paciente

- Patología que presenta.
- Personalidad del paciente.

⁴ AGREDA, J. y YANGUAS, E.: “El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo”, Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 2001, Vol. 24, Supl. 2, pp. 65-72.

- Circunstancias en que se desenvuelve.

B) Factores relacionados con el profesional

- Personalidad y profesionalidad.
- Circunstancias en las que se desenvuelve.

C) Factores relacionados con el entorno

- Características físicas y organizativas del centro.

3. CONTEXTO INTERNACIONAL

En las últimas décadas, la violencia sufrida en el lugar de trabajo ha adquirido una enorme importancia, convirtiéndose en una preocupación creciente a nivel internacional.

En 1998, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) publicó un informe sobre la violencia en el lugar de trabajo⁵, constituyendo hasta entonces el mayor estudio realizado en todo el mundo sobre esta materia⁶.

Entre las conclusiones que arroja dicho informe figura, precisamente, que ocupaciones como la del personal de los servicios sanitarios presentan un grado mayor de riesgo que otros ámbitos laborales, así como que el riesgo es considerablemente mayor para las mujeres.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2002 un informe mundial sobre la violencia y la salud⁷ en el que, ante la naturaleza polifacética de la violencia, establece una serie de recomendaciones multisectoriales y de colaboración entre todas las partes interesadas. Según este informe, a menudo la violencia es previsible y evitable, concluyendo que invertir en prevención resulta más eficaz y aporta beneficios más considerables y duraderos que actuar una vez se hayan producido los actos violentos.

⁵ CHAPPELL, D. y DI MARTINO, V.: *Violence at work*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 1998.

⁶ *Cuando el trabajo resulta peligroso*. Revista Trabajo (OIT), Nº 26, Sep-Oct 1998, pp. 6-9.

⁷ *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington D.C., 2003.

Ese mismo año, en 2002, la OIT, la OMS, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP), en el ámbito de un Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud, emitieron unas Directrices Marco⁸ con la finalidad de estimular y orientar iniciativas en los planos internacional, nacional y local para afrontar la violencia laboral en dicho sector.

En 2007, los interlocutores sociales europeos intersectoriales, en el contexto del Programa de la Comisión Europea sobre la violencia en el lugar de trabajo y sus efectos en la salud y la seguridad en el trabajo, firmaron un Acuerdo Marco⁹ sobre la violencia y el acoso en el trabajo. Este acuerdo condena toda forma de acoso y de violencia e insiste en la obligación que tienen los empresarios de proteger a los trabajadores contra tales situaciones. Asimismo, pide a las empresas de Europa que adopten una política de tolerancia cero frente a este comportamiento y que establezcan procedimientos para tratar los casos de acoso y violencia que se produzcan.

En este clima de creciente preocupación, en 2010, en el marco del Diálogo Social Europeo, se emitieron unas Directrices Multisectoriales¹⁰ para solucionar la violencia y el acoso de terceros relacionados con el trabajo. El objetivo general de estas Directrices es garantizar que en cada lugar de trabajo exista una política orientada a resultados que aborde la cuestión de la violencia ejercida por terceros.

De esta manera, se constata una mayor preocupación por los efectos de la violencia de terceros sobre los trabajadores, entendiendo además que no sólo se debilita la salud y la dignidad del individuo, sino que también tiene un impacto económico negativo en términos de absentismo laboral. Asimismo, la violencia de terceros puede

⁸ *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el Sector de la Salud. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Consejo internacional de enfermeras (CIE) e Internacional de Servicios Públicos (ISP). Ginebra, 2002.*

⁹ *Acuerdo Marco sobre el acoso y la violencia en el trabajo. Bruselas, 2007.*

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0686&from=ES>

¹⁰ *Directrices Multisectoriales para solucionar la violencia y el acoso de terceros relacionados con el trabajo. FSESP, UNI-Europa, CSEE, HOSPEEM, CMRE, EFEE, EuroCommerce, CoESS.*

<https://www.eurocommerce.eu/media/71626/Spanish.pdf>

generar un entorno laboral inseguro e incluso amenazante para el público y usuarios de servicios, teniendo, por lo tanto, un amplio impacto social negativo.

Más recientemente, el Parlamento Europeo¹¹ ha aprobado el Marco Estratégico de la Unión Europea (UE) en materia salud y seguridad en el trabajo 2014-2020, en el que se señala la importancia de la lucha contra el acoso y la violencia en el trabajo, y se insta a los Estados miembros a que desarrollen estrategias nacionales eficaces de lucha contra la violencia en el trabajo.

En este contexto, los datos de la última Encuesta Europea publicada sobre Condiciones de Trabajo en la Unión Europea (EWCS)¹² no dejan lugar a dudas sobre la importancia del problema. Según recoge, un 8% de los trabajadores encuestados manifestaron haber estado expuestos a situaciones de violencia en el trabajo en los 12 meses inmediatamente anteriores a la realización de la encuesta (violencia física 2%, acoso sexual 1%, intimidación-hostigamiento 5%), elevándose este porcentaje hasta el 24% tratándose de situaciones vividas en el último mes anterior a la encuesta (abuso verbal 12%, acoso sexual 2%, amenazas 4%, humillaciones 6%) (Tabla 2).

			2015
			<i>Proportion of workers in EU28 (%)</i>
Adverse social behaviour	In the last month	Exposure to verbal abuse	12
		Exposure to unwanted sexual attention	2
		Exposure to threats	4
		Exposure to humiliating behaviours	6
	Over the last 12 months	Exposure to physical violence	2
		Exposure to sexual harassment	1
		Exposure to bullying/harassment	5

Tabla 2. Comportamiento social adverso trabajadores UE 2015
Fuente: Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo en la Unión Europea: 2015 (EWCS)

¹¹ Resolución del Parlamento Europeo, de 25 de noviembre de 2015, sobre el marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020 (2015/2107(INI)). Diario Oficial de la Unión Europea C366/117, de 27/10/2017.

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2017.366.01.0117.01.SPA&toc=OJ:C:2017:366:TOC

¹² Sexta Encuesta Europea sobre condiciones de trabajo: 2015 (EWCS). <https://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>

4. SITUACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

La toma de conciencia en España del problema de la violencia en el lugar de trabajo es relativamente reciente. En línea con el contexto internacional, en los últimos años se está observando un aumento de la sensibilidad ante este fenómeno, de manera que la mayoría de Comunidades Autónomas, Colegios Profesionales y Organizaciones Sindicales han abanderado la defensa de sus profesionales, adoptándose en muchos casos medidas preventivas y disuasorias frente a este problema.

Aunque recientemente el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹³ ha destacado, como compromiso del Gobierno con los profesionales sanitarios, la creación de un Sistema de Información de Agresiones del Sistema Nacional de Salud con el triple objetivo de *“reunir todos los datos de agresiones de todas las profesiones sanitarias que están recogidos en los registros de los servicios de salud autonómicos; identificar los puntos críticos y elaborar un mapa de riesgo de agresiones; y, sobre todo, elaborar una evaluación periódica de los incidentes recogidos y de las medidas adoptadas, con el objetivo de tomar las acciones oportunas en tiempo y forma”*, lo cierto es que en la actualidad no existe un sistema de información del SNS que recoja de manera global los registros de agresiones de los distintos Servicios de Salud, debiendo acudir a los registros de cada uno de estos Servicios, muchos de los cuales no son de acceso público. Además, la frecuente falta de notificación de los incidentes sufridos por los profesionales impide conocer con detalle la verdadera realidad y envergadura de este problema.

A continuación, se exponen los aspectos más destacados de los que, hasta la fecha, constituyen los informes a nivel nacional más relevantes en esta materia. Dichos informes corresponden a los elaborados por:

- Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales Sanitarios constituido en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del SNS. Se trata del Informe más completo y ambicioso elaborado a nivel nacional hasta la fecha. No obstante, si bien estaba previsto que fuera objeto de actualización anual, lo cierto es que

¹³ <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4184>

a día de hoy no se ha publicado ninguna de estas actualizaciones, motivo por el que los datos analizados e incorporados en este TFM corresponden al período 2008-2012.

- Observatorio Nacional contra las Agresiones a Médicos de la Organización Médica Colegial (OMC) – 2017.
- Observatorio Nacional de Agresiones a Enfermeros y Enfermeras de la Organización Colegial de Enfermería (OCE) – 2017.

4.1. GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS

Un hito importante en la evolución de la toma de conciencia por parte de los Poderes Públicos ante la gravedad del problema de las agresiones se produjo en el año 2012, cuando el Pleno del Senado aprobó una Moción¹⁴ por la que se instaba al Gobierno a la adopción de determinadas medidas en relación con la protección de los profesionales sanitarios.

En concreto, *“El Senado insta al Gobierno a:*

- 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 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”.*

¹⁴ Moción del Grupo Parlamentario Popular en el Senado aprobada con la propuesta de modificación de los Grupos Parlamentarios Popular en el Senado, Socialista, Catalán en el Senado Convergència i Unió, Entesa pel Progrés de Catalunya y Vasco en el Senado (EAJ-PNV), por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas en relación con la protección de los profesionales sanitarios (662/000033). Boletín Oficial de las Cortes Generales núm. 93, de 17/09/2012.

http://www.senado.es/legis10/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_10_93_737.PDF

En consecuencia, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) acordó la creación de un Grupo de Trabajo con el objetivo de presentar un estudio sobre la problemática de las agresiones a los profesionales sanitarios. Este Grupo de Trabajo publicó en febrero de 2014 las conclusiones de su Informe¹⁵.

Algunos de los datos más relevantes recogidos en dicho Informe, relativos al período analizado 2008-2012, son (Tabla 3):

- La evolución de las agresiones ha sido creciente hasta el año 2011, observándose una disminución del 11,40% en 2012.
- De acuerdo con la información recopilada de los Servicios de Salud sobre los años 2008 a 2011, la incidencia media de estos cuatro años es del 1,12% sobre el total de los efectivos del SNS.
- Las agresiones a los profesionales se distribuyen en la siguiente proporción:
 - El 80% de las agresiones son de tipo no físicas: amenazas, insultos, vejaciones, intento de agresión física, coacciones,...
 - El 20% de las agresiones son físicas.
 - En el 4% de las agresiones producen, además, daños materiales (violencia patrimonial).
 - El 72% de las agresiones son contra mujeres.
 - Las agresiones se dan tanto en Atención Primaria como en la Atención Hospitalaria, siendo ligeramente superior en el ámbito de la Primaria (51%).

CONCEPTOS		AÑO					TOTAL
		2008	2009	2010	2011	2012	
Número total de agresiones		4.659	5.924	6.550	7.043	6.240	30.416
Tipos de agresión	Físicas	930	1.218	1.167	1.590	1.265	6.170
	No Físicas	3.880	5.588	6.457	6.540	5.967	28.432
Violencia patrimonial		175	282	291	317	308	1.373
Sexo del agredido	Hombre	1.119	1.348	1.274	1.430	1.224	6.395
	Mujer	2.580	3.348	3.535	3.711	3.338	16.512
Lugar de la agresión	Atención Primaria	2.518	3.161	3.314	3.480	3.082	15.555
	Atención Hospitalaria	2.131	2.739	3.213	3.527	3.134	14.744

Tabla 3. Evolución agresiones SNS (2008-2012)

Fuente: Informe Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del SNS

¹⁵ Informe Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud. Comisión de Recursos Humanos del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional. Subdirección General de Recursos Humanos del SNS. 2014.

Asimismo, un aspecto que merece la pena destacar del Informe es el que hace referencia a la distribución de las agresiones por Grupos Profesionales. Según los datos analizados, se aprecia que el personal facultativo es el que recibe un mayor número de agresiones (por encima del 35%), mientras que el personal de enfermería se sitúa en el entorno del 31%. Por su parte, las agresiones sufridas por el resto de categorías de personal suponen aproximadamente el 33% del total.

Más allá de los datos puramente estadísticos, dicho Informe resalta también la importancia de que todas las Comunidades Autónomas cuenten con Planes de Prevención específicos, así como que desarrollen normativa interna que establezca toda una batería de medidas organizativas, de seguridad, formativas e informativas que aborden de manera integral el problema de las agresiones a los profesionales sanitarios.

Asimismo, destaca también la necesaria cooperación que debe existir entre Administraciones Públicas, así como con las diversas organizaciones profesionales y organizaciones sindicales, de manera que se facilite la toma de conciencia por parte de todos los agentes implicados a la hora de acometer las medidas que aborden el problema de las agresiones a los profesionales del ámbito sanitario.

En este sentido, una de las recomendaciones que efectúa el Informe es la constitución de un Observatorio de Agresiones del SNS que coordine a nivel estatal los trabajos llevados a cabo por los Observatorios Autonómicos, y con el Observatorio de Agresiones a Médicos de la OMC y de otras organizaciones colegiales que puedan establecerse.

Otro de los aspectos que destaca el Informe es la necesidad de contar con protocolos de actuación en coordinación y colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE).

Así las cosas, el Ministerio del Interior aprobó la Instrucción 3/2017, de 4 de julio, sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud. Esta Instrucción, fruto de la colaboración y coordinación de representantes del Ministerio del Interior, del Ministerio de Sanidad y de la OMC, supuso la puesta en marcha de un protocolo de las FCSE con el objeto establecer un procedimiento de actuación común ante cualquier tipo de agresión o manifestación de violencia e intimidación dirigida a los profesionales de la salud.

Como novedad principal, este protocolo contempla la creación de la figura de los "Interlocutores Policiales Territoriales Sanitarios", expertos designados por la Policía Nacional y la Guardia Civil que se constituyen como cauce de comunicación permanente entre los cuerpos policiales y los responsables de los centros sanitarios, y que asumen la responsabilidad de coordinación, cooperación, desarrollo y ejecución de las actuaciones relacionadas con cualquier manifestación de violencia o intimidación a personal sanitario en el ámbito territorial que les sea propio.

Por último, el Informe del Grupo de Trabajo destaca también la necesidad de reforzar jurídica y socialmente la figura del profesional sanitario mediante la aprobación de "leyes de autoridad" de los profesionales del ámbito sanitario o instrumentos similares mediante los cuales se refuercen los mecanismos jurídicos que permitan que los profesionales sanitarios puedan desempeñar sus funciones en un ambiente de máxima confianza, respeto y seguridad para ellos y para el propio sistema sanitario.

Haciéndose eco de esta situación, y siguiendo el criterio sostenido desde 2008 por la Fiscalía General del Estado¹⁶, la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, de reforma del Código Penal, introdujo una modificación en la redacción del artículo 550, pasando a considerar como actos de atentado "*los cometidos contra los funcionarios [...] sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo o con ocasión de ellas*", dando visibilidad así a lo que de forma mayoritaria ya venía recogiendo la jurisprudencia.

Además, Comunidades Autónomas como Aragón¹⁷ y Extremadura¹⁸ han aprobado sus propias leyes de autoridad de los profesionales del sistema sanitario con objeto de reconocer y apoyar a estos profesionales, reforzando su autoridad y procurando la protección y el respeto que les son debidos en el ejercicio de sus funciones y responsabilidades.

¹⁶ Consulta 2/2008, de 25 de noviembre, de la Fiscalía General del Estado, sobre la calificación jurídico-penal de las agresiones a funcionarios públicos en los ámbitos sanitario y educativo.

https://www.fiscal.es/fiscal/PA_WebApp_SGNTJ_NFIS/descarga/memoria2009_consulta_02_2008.pdf?idFile=270f30dc-48e5-45c0-835f-2543793b57a5

¹⁷ Ley 9/2013, de 28 de noviembre, de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón (Boletín Oficial de Aragón núm. 243, de 12/12/2013)

¹⁸ Ley 11/2015, de 8 de abril, de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario Público y centros sociosanitarios de Extremadura (Diario Oficial de Extremadura núm. 68, de 10/04/2015)

4.2. OBSERVATORIO NACIONAL CONTRA LAS AGRESIONES A MÉDICOS

A raíz del asesinato en 2009 de la médico M^a Eugenia Moreno¹⁹, la OMC puso en marcha el Observatorio Nacional contra las Agresiones a Médicos con objeto de aunar los esfuerzos que se hacían en todos los Colegios de Médicos, iniciando así un movimiento profesional para sensibilizar al personal, a los ciudadanos y a las Administraciones Públicas sobre este problema.

Según los datos del último informe de este Observatorio²⁰, en 2017 se registraron en los Colegios de Médicos un total de 515 agresiones, lo que supone un incremento del 4% respecto a 2016, al tiempo que se trata del dato registrado más elevado del período 2010-2017 (Gráfico 2).

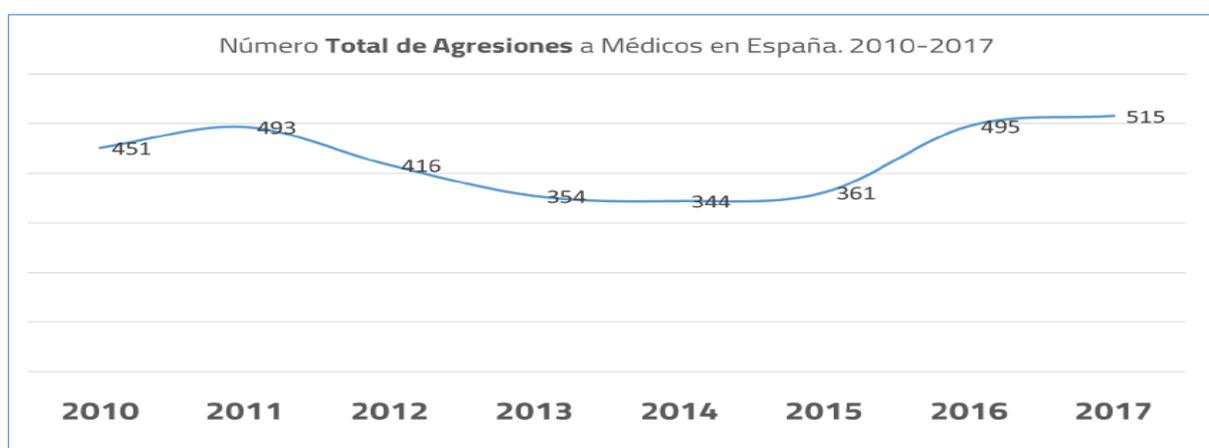


Gráfico 2. Número total de agresiones a médicos en España (2010-2017)
Fuente: Organización Médica Colegial

Otros datos que merecen ser destacados de este Informe son:

- 9 de las 17 Comunidades Autónomas han incrementado en 2017 el número de agresiones respecto a 2016.
- El 69% de las agresiones se producen en el ámbito de Atención Primaria, mientras que el 31% restante se da en Atención Hospitalaria.
- Por cada millón de consultas realizadas, las Urgencias de Atención Primaria son las que mayor tasa de agresiones soportan.

¹⁹ María Eugenia Moreno Martínez, Médico de Familia del Centro de Salud de Moratalla (Murcia), falleció el 11 de marzo de 2009 víctima de las heridas causadas por cuatro disparos mientras se encontraba de guardia.

²⁰ Estudio de Agresiones 2017. Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos. Organización Médica Colegial de España. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. http://www.cgcom.es/documentacion_agresiones

- El 59% de las agresiones son realizadas por los pacientes, mientras que el 41% restante se atribuye a los acompañantes y/o familiares de éstos.
- Respecto a la tipología de las agresiones, el 56% corresponde a amenazas, el 32% a insultos, y el 12% restante a lesiones, de las cuales el 51% son lesiones psíquicas y el 49% lesiones físicas.
- Por último, se observa una amplia variedad de causas que motivan la agresión, destacando las referidas a “discrepancias con la atención médica” (40% de total) (Gráfico 3).

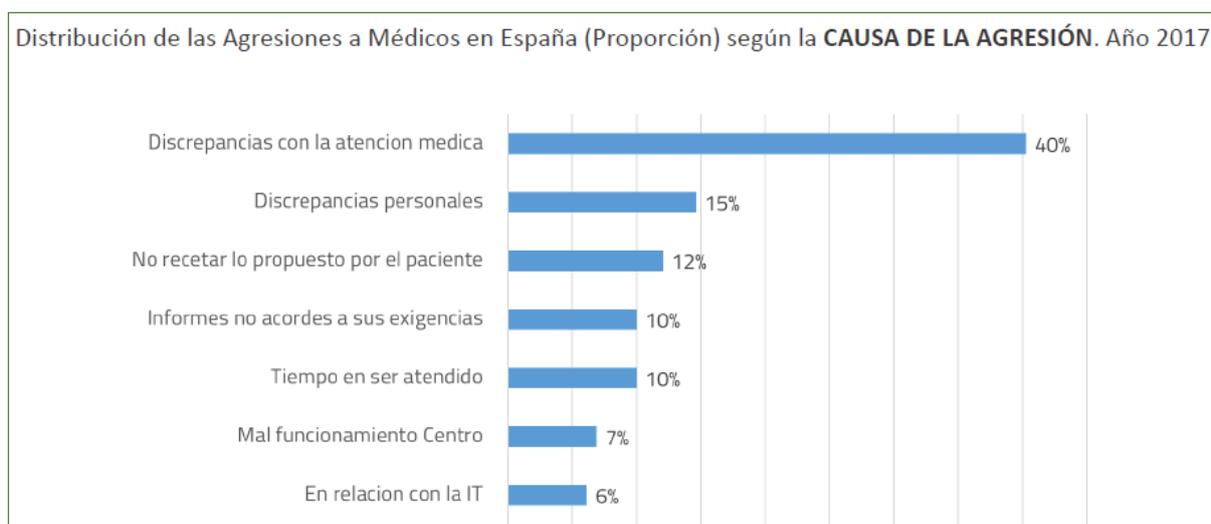


Gráfico 3. Causa de las agresiones. Año 2017
Fuente: Organización Médica Colegial

4.3. OBSERVATORIO NACIONAL DE AGRESIONES A ENFERMEROS

La Organización Colegial de Enfermería (OCE) puso en marcha en abril de 2018 el Observatorio Nacional de Agresiones a Enfermeros y Enfermeras, gracias al cual se pretende “centralizar todos los datos de agresiones a nivel nacional y poder realizar un informe anual de la situación que permita tomar medidas al respecto”.

Esta iniciativa cuenta con un sistema de comunicación y registro unificado, de modo que todos los enfermeros españoles pueden comunicar una agresión de forma fácil a través de un formulario disponible en la página web del Consejo General de Enfermería (CGE)²¹.

²¹ Formulario disponible en la dirección <http://www.consejogeneralenfermeria.org/observatorio-agresiones>

Este Observatorio acaba de hacer públicos los datos referidos al año 2017, registrándose un total de 1.593 agresiones a enfermeros²² (Gráfico 4). Por Comunidades Autónomas, Andalucía es la que registra un mayor número de agresiones con 557 incidentes, lo que supone un 35% del total.

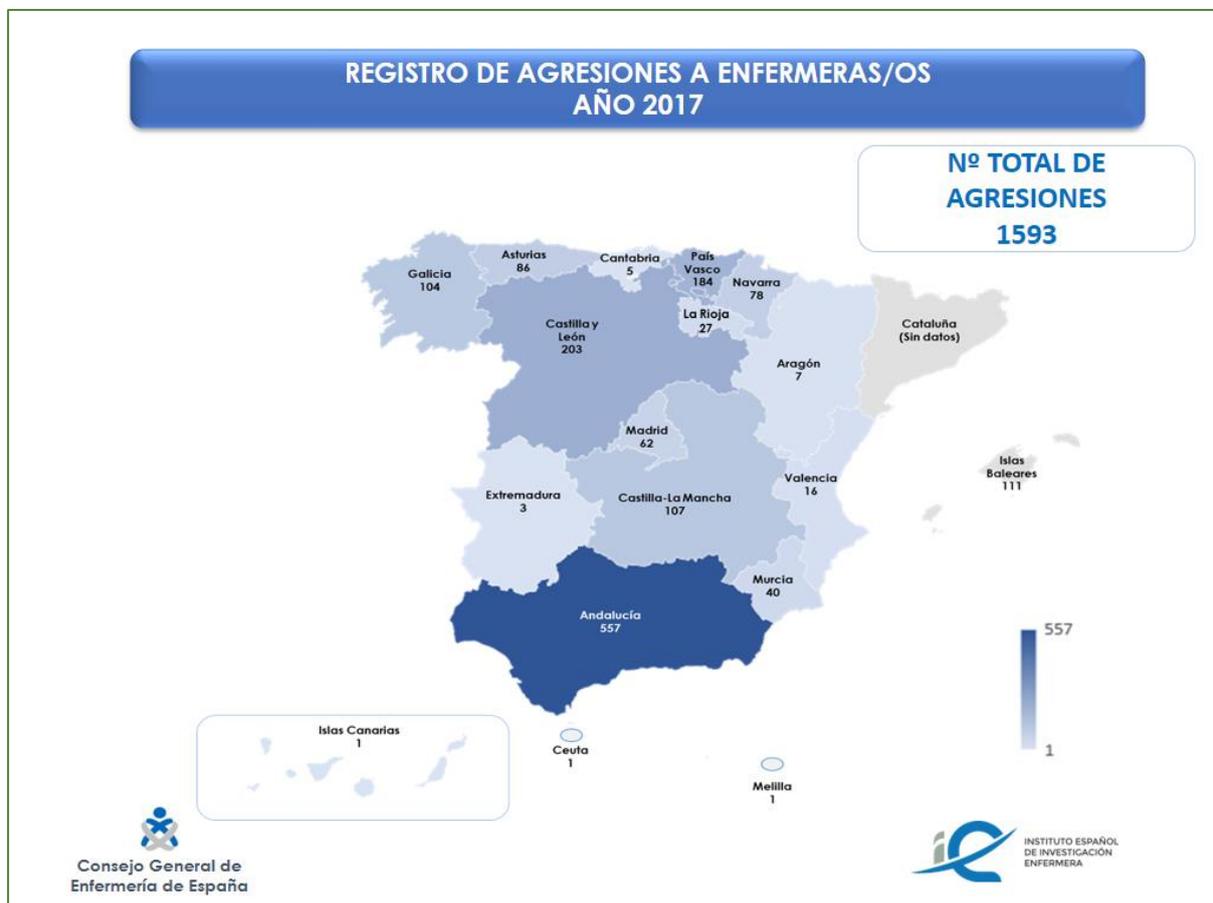


Gráfico 4. Registro de agresiones a enfermeros. Año 2017
Fuente: Consejo General de Enfermería

Con anterioridad al registro de agresiones por parte de este Observatorio de reciente creación, el CGE venía realizando estudios de opinión entre los enfermeros colegiados para conocer la situación de la profesión. En el último estudio realizado, correspondiente a 2016, se introdujeron algunas preguntas relativas a las agresiones al personal sanitario, siendo los datos más relevantes²³:

- El 33% de los enfermeros ha sido víctima o ha presenciado una agresión física a otro compañero enfermero.

²² <http://www.consejogeneralenfermeria.org/observatorio-enfermero/agresiones/estadistica-de-agresiones>

²³ <http://www.consejogeneralenfermeria.org/tercer-ciclo/93-generales/224-informe-de-las-agresiones-en-el-ambito-sanitario>

- En el caso de agresiones verbales, este porcentaje sube hasta el 69%.
- La mayoría de estas agresiones son realizadas por un familiar del paciente (52%).
- La mayoría de las agresiones sucede en atención especializada (53%).
- La causa principal de las agresiones es por no satisfacer las expectativas en cuanto a tiempos de espera/pruebas realizadas (41%).

5. REALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA (SESCAM)

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha dispone, desde el año 2005, de un Plan Director de Seguridad Corporativa y Protección del Patrimonio del SESCAM (Plan PERSEO²⁴). Dicho Plan está dirigido a abordar el problema de la violencia y las agresiones en el ámbito de los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma, e integra medidas de prevención, protección y acción frente a la violencia de cualquier tipo, no sólo la dirigida hacia sus trabajadores, sino también hacia los usuarios, estructuras y bienes.

El objetivo general de este 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 evitar, proteger y controlar con rapidez cualquier situación de violencia, peligro o emergencia y minimizar sus consecuencias garantizando la continuidad de la actividad del centro, así como la de fomentar una cultura de seguridad y prevención”*.

En el marco del Plan PERSEO se han aprobado y puesto en marcha diferentes iniciativas y procedimientos relacionados con diversos aspectos tales como la formación y comunicación, registro y estudio de incidentes, resolución de conflictos, mediación entre trabajadores y usuarios, asistencia letrada, normas de seguridad y vigilancia, etc.

²⁴http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/plan_director_seguridad_corporativa_y_proteccion_patrimonio.pdf

Así, la Orden de 7 de marzo de 2006 de la Consejería de Sanidad²⁵, creó el Registro de Evaluación de Conflictos (REC), cuya finalidad es la de recoger información sobre declaraciones de conflictos acontecidos en el ámbito sanitario del SESCAM para la elaboración del mapa de riesgos y propuestas de mejora.

Por su parte, la Circular 1/2007, de 2 de febrero, de la Secretaría General del SESCAM, de Instrucciones sobre el procedimiento ante situaciones de violencia²⁶, facilita y agiliza 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.

También en el año 2007, el SESCAM empezó a diseñar el Programa CATALEJO²⁷ con el fin de reforzar las medidas de seguridad de los centros sanitarios, como método disuasorio, preventivo y correctivo ante hechos delictivos o conflictivos y para garantizar la seguridad de los pacientes, empleados y usuarios, así como la de los bienes y propiedades de los Centros de Salud y Consultorios de Atención Primaria.

En relación al asesoramiento jurídico, la Circular 1/2017, de 1 de agosto, sobre Asistencia Jurídica a trabajadores del SESCAM²⁸, establece el cauce para 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.

Por su parte, en línea con las conclusiones del Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del SNS, y en el marco del Plan PERSEO, el pasado mes de diciembre de 2017 quedó constituido el Observatorio Regional de la Violencia para prevenir las agresiones al personal del SESCAM.

²⁵ Orden de 07-03-2006, de la Consejería de Sanidad, de creación del fichero automatizado de datos de carácter personal del registro para la evaluación de conflictos (Diario Oficial de Castilla-La Mancha núm. 62, de 23-03-2006).

²⁶http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/circular_1-2007.pdf

²⁷ <http://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-proyecto-de-la-junta-para-reforzar-las-medidas-de-seguridad-en-los-centros-sanitarios-premiado>

²⁸http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/circular_1-2017_asistencia_juridica_a_trabajadores_del_sescam.pdf

Este nuevo órgano, configurado como un órgano de carácter consultivo y de seguimiento, propuesta, participación, análisis y evaluación de las situaciones de riesgo de agresiones en el SESCAM, tiene como funciones principales:

- Promover la realización de planes de prevención y procedimientos de actuación para actuar frente a situaciones de conflicto y agresión.
- Realizar estudios que permitan un mejor conocimiento de la situación de las agresiones.
- Elaborar una memoria anual de actividades en la que se recojan los datos e informaciones relevantes.
- Impulsar planes de información y formación dirigidos a los profesionales del SESCAM.
- Promover foros y encuentros entre profesionales y expertos para facilitar el intercambio de conocimientos, experiencias, investigaciones, trabajos y nuevas iniciativas en esta materia.
- Proponer mejoras generales con relación a los procedimientos del Plan PERSEO.
- Formular propuestas de Convenios, Acuerdos o Protocolos de actuación, a nivel regional, con otras entidades u organismos públicos con competencias en la materia.
- Crear grupos de trabajo para el desarrollo de los fines del Observatorio.
- Cualquier otra función que le sea encomendada con relación a la prevención de agresiones a profesionales del SESCAM.

Asimismo, tras la aprobación por parte del Ministerio del Interior de la Instrucción 3/2017, de 4 de julio, sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud, en septiembre del pasado año 2017 se dieron los primeros pasos para la creación de la figura del Interlocutor Policial Territorial Sanitario en el ámbito de Castilla-La Mancha. De esta manera, a día de hoy se ha establecido un Interlocutor a nivel regional, uno a nivel provincial en cada una de las cinco provincias Castilla-La Mancha, y diferentes interlocutores en los ámbitos territoriales de las respectivas Gerencias del SESCAM.

Por otra parte, otra de las medidas de reciente implantación a nivel regional encaminada a la protección de los profesionales sanitarios, es la aprobación el pasado 5 de diciembre de 2017, por parte del Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha, de

un Acuerdo por el que se autoriza al Gabinete Jurídico de la Junta de Comunidades a personarse como acusación particular en todas las agresiones físicas que sufran los profesionales sanitarios del SESCAM en el ejercicio de sus funciones.

De esta manera, ya no se precisa la tramitación de un expediente individual por parte del Consejo de Gobierno cada vez que se produzca un hecho de estas características, como ocurría con anterioridad, lo que podía llegar a hacer imposible el ejercicio de la acción penal, sino que con la aprobación de este Acuerdo genérico se agilizan y acortan los tiempos de respuesta, garantizando en todo caso el ejercicio de dicha acción.

Por último, y en el marco también del Plan PERSEO, el Servicio Regional de Prevención de Riesgos Laborales (SRPRL) lleva a cabo, entre otras, las funciones de registro, investigación y elaboración de informes sobre episodios conflictivos. La recopilación de estos incidentes se obtiene de la base de datos del REC, y se encuentran clasificados por Gerencias, Centros, Servicios, Categorías Profesionales, Sexo y Tipo de Agresión.

Según los datos recogidos en la Memoria Anual 2017 del SRPRL (Tabla 4), en dicho ejercicio se registraron un total de 493 incidentes, lo que supone un incremento del 12,8% respecto a 2016 (Gráfico 5).

Si tenemos en cuenta el índice de incidentes por cada 1.000 efectivos, se observa una tendencia creciente a partir del año 2014, correspondiendo a 2017 el valor más elevado de toda la serie 2011-2017, con 15,78 incidentes por cada 1.000 efectivos (Gráfico 6).

Incidentes registrados - SESCAM	AÑO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº Incidentes	436	383	340	360	361	439	493
Nº Efectivos	33.449	30.162	29.121	28.556	29.559	30.765	31.234
Índice (Nº Incidentes / Nº Efectivos x 1000)	13,03	12,70	11,68	12,61	12,21	14,27	15,78

Tabla 4. Incidentes registrados SESCAM (2011-2017)

Fuente: Servicio Regional de Prevención de Riesgos Laborales del SESCAM.

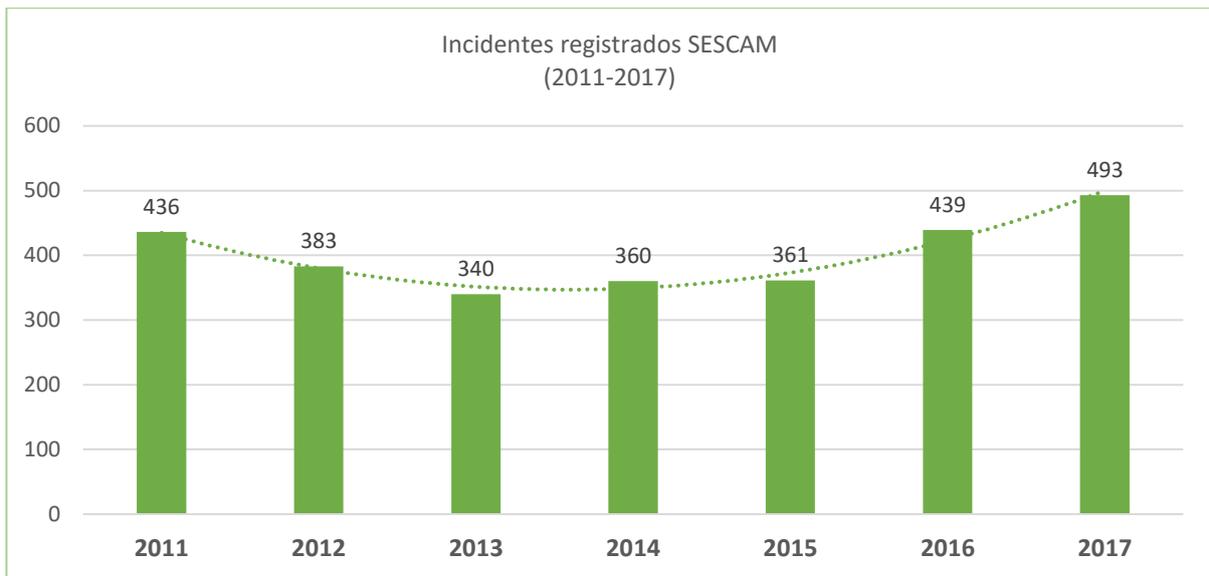


Gráfico 5. Incidentes registrados SESCAM (2011-2017)

Fuente: Servicio Regional de Prevención de Riesgos Laborales del SESCAM. Elaboración propia.

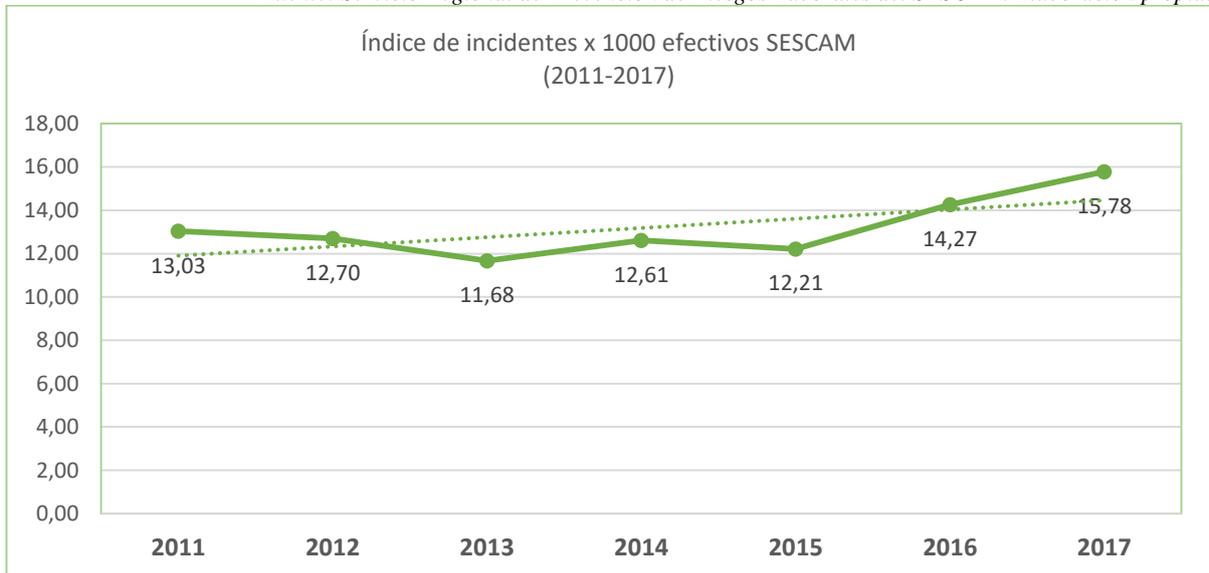


Gráfico 6. Índice de incidentes SESCAM (2011-2017)

Fuente: Servicio Regional de Prevención de Riesgos Laborales del SESCAM. Elaboración propia.

Respecto al tipo de agresión, la evolución de los incidentes registrados en el período 2011-2017 muestra que los incidentes verbales son los más numerosos, con un total de 2.491 sobre 2.812 (un 88,58%) (Tabla 5).

TIPO DE AGRESIÓN	AÑO							TOTAL
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
INCIDENTE VERBAL	398	339	290	317	317	387	443	2.491
AGRESIÓN FÍSICA	30	29	37	25	27	35	27	210
INCIDENTE PATRIMONIAL	8	15	11	14	12	9	11	80
INCIDENTE ESCRITO			2	4	5	8	12	31
TOTAL.....	436	383	340	360	361	439	493	2.812

Tabla 5. Tipos de agresiones registradas en el SESCAM (2011-2017)

Fuente: Servicio Regional de Prevención de Riesgos Laborales del SESCAM.

5.1. ESPECIAL REFERENCIA A LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE TALAVERA DE LA REINA

Teniendo en cuenta los datos recogidos en la Memoria Anual 2017 del SPRL antes comentada, se observa que la GAI de Talavera de la Reina se sitúa casi dos puntos por encima del acumulado regional en cuanto a la tasa de incidentes totales por cada 1.000 efectivos (Gráfico 7), con un valor de 17,62 sobre 15,78 de media.

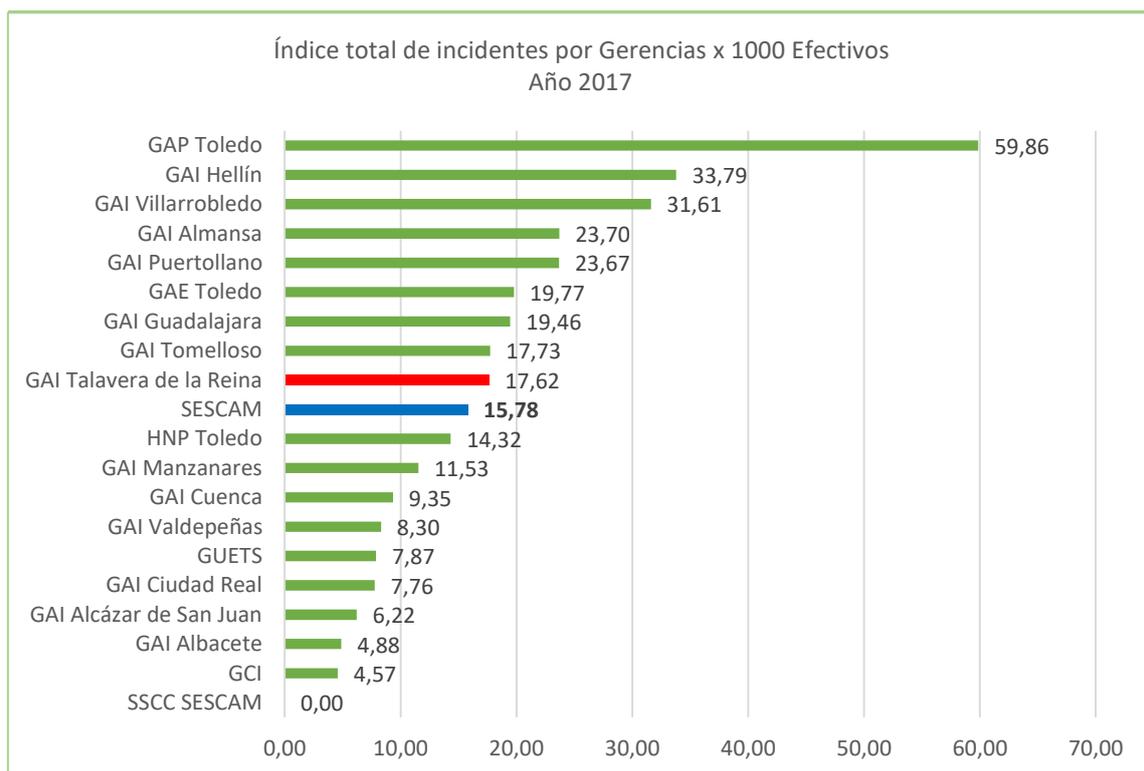


Gráfico 7. Índice de incidentes por Gerencias del SESCAM (2017)

Fuente: Servicio Regional de Prevención de Riesgos Laborales del SESCAM. Elaboración propia.

Desagregados por tipo de atención, en el caso de Atención Primaria también el dato está ligeramente por encima de la media regional con 31,19 sobre 29,96 incidentes por cada 1.000 efectivos (Gráfico 8), e idéntica situación se da para Atención Hospitalaria (Gráfico 9), con un valor de 13,19 sobre 11,99.

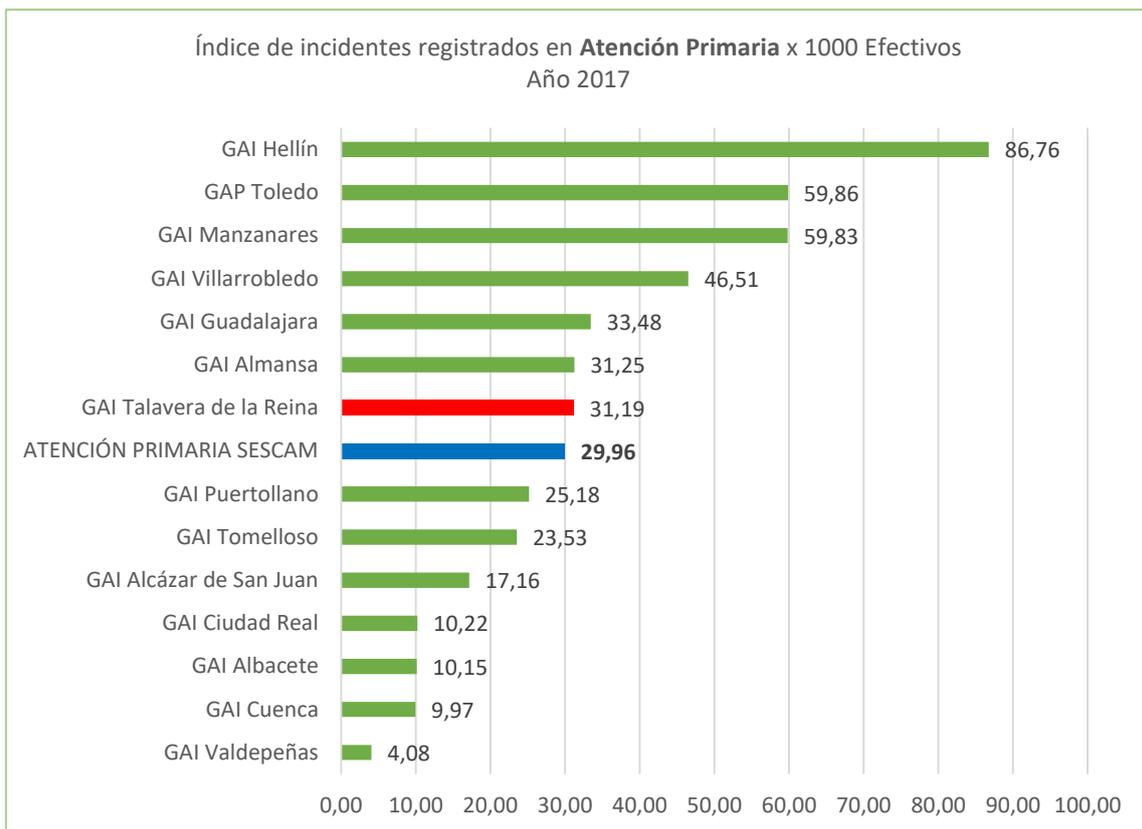


Gráfico 8. Índice de incidentes registrados en Atención Primaria del SESCAM (2017)
Fuente: Servicio Regional de Prevención de Riesgos Laborales del SESCAM. Elaboración propia.

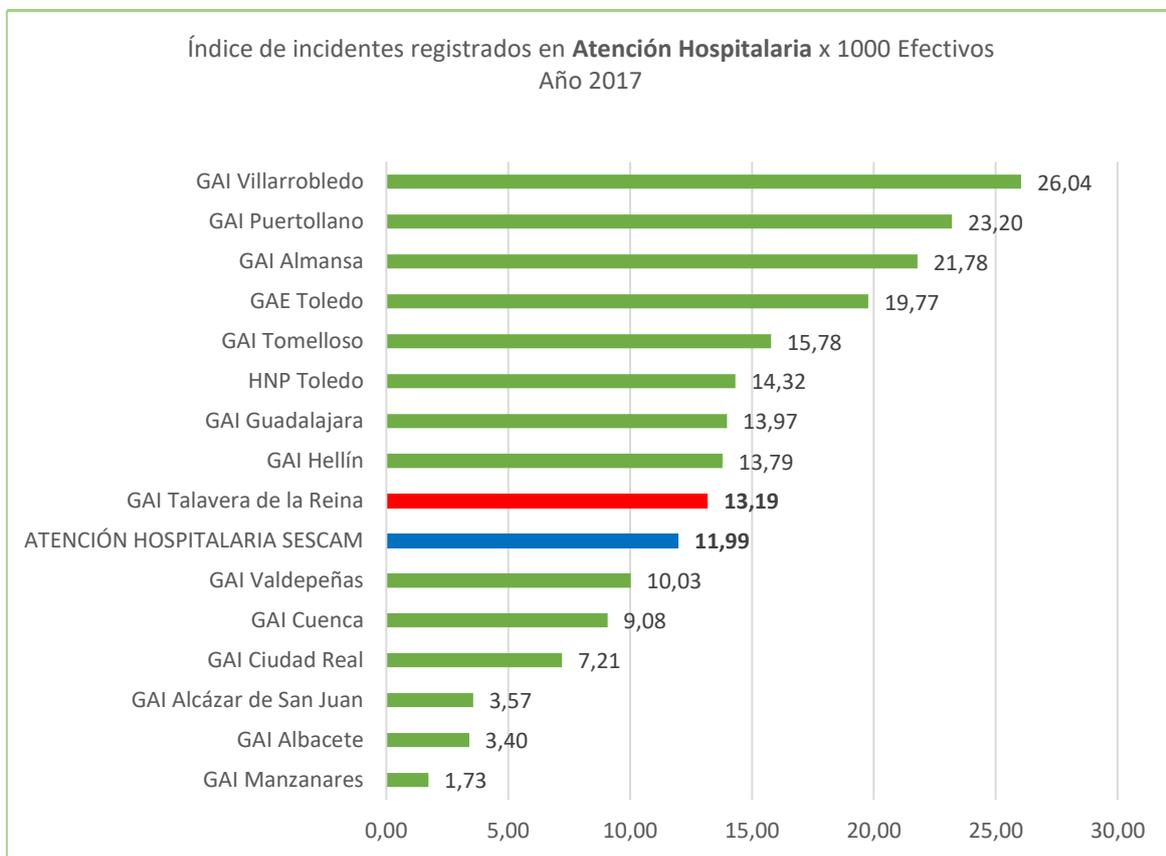


Gráfico 9. Índice de incidentes registrados en Atención Hospitalaria del SESCAM (2017)
Fuente: Servicio Regional de Prevención de Riesgos Laborales. SESCAM. Elaboración propia.

6. PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE TALAVERA DE LA REINA

6.1. INTRODUCCIÓN

El significativo incremento de actos violentos que se viene observando en los últimos años dirigidos contra los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad profesional en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, en línea con la tendencia en el conjunto del SNS, hace necesario que se desarrollen y activen los mecanismos precisos, tendentes a garantizar su seguridad, bienestar y salud durante el desempeño de sus funciones, intentando, con ello, mejorar su sensación real y subjetiva de seguridad personal en el entorno laboral.

Desarrollar acciones dirigidas a generar un ambiente de convivencia positivo, respetando el interés general de la actividad sanitaria, hace necesario proteger a los profesionales sanitarios para garantizar su seguridad ante las distintas eventualidades o crisis que pudieran poner en riesgo su integridad física, psíquica o social en el desarrollo de sus competencias.

6.2. OBJETO

El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Este mandato constitucional conlleva la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo, encontrando en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), el marco general en el que han de desarrollarse las distintas acciones preventivas.

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, en uso de las competencias que le corresponden respecto a su personal y centros, asume el compromiso de crear condiciones positivas que tiendan a la prevención y control de los factores de riesgo laboral y de proporcionar a sus trabajadores un adecuado nivel de prevención,

estableciendo las directrices de su actuación y política preventiva a través del Plan General de Prevención²⁹.

Asimismo, el SESCAM elaboró en el año 2005 el Plan de Seguridad Corporativa y de Protección de su Patrimonio (Plan PERSEO), entendiendo como principal activo de éste a sus trabajadores y los usuarios de su servicio, y recogiendo como principios básicos el rechazo explícito de cualquier acto de violencia de la naturaleza que sea y el de la tutela a las víctimas.

Por otra parte, en diciembre de 2017 se constituyó el Observatorio Regional de la Violencia, órgano de carácter consultivo y de seguimiento, propuesta, participación, análisis y evaluación de las situaciones de riesgo de agresiones en el SESCAM que, entre otras, tiene asignada la función de promover la realización de procedimientos de actuación para actuar frente a situaciones de conflicto y agresión.

En este contexto, el presente procedimiento tiene por objeto establecer las estrategias necesarias dirigidas a diseñar actividades preventivas de protección, así como definir las pautas de actuación que deberán seguirse en caso de que los profesionales sanitarios sufran cualquier incidente que atente contra su integridad física, psíquica o social en el desempeño de sus funciones.

Se trata, por tanto, de definir, en el marco de las obligaciones establecidas por las normas y planes de referencia, las actuaciones de carácter preventivo y reactivo contra actuaciones violentas ejercidas por terceros contra los profesionales del Área de Salud de Talavera de la Reina en sus diferentes formas, así como contra los daños patrimoniales que pudieran derivarse de estas actuaciones.

6.3. PRINCIPIOS GENERALES

Este procedimiento tiene como principios rectores asegurar el respeto, la dignidad y la integridad de los profesionales afectados. Los principios generales que inspiran la acción preventiva de este procedimiento son los siguientes:

- Tolerancia cero frente a las agresiones.
- Respeto a la dignidad personal.

²⁹ Resolución del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, de 5 de diciembre de 2003, por la que se dispone la publicación del Plan General de Prevención de Riesgos Laborales del SESCAM (DOCM núm. 178, de 19-12-2003).

- Confidencialidad.
- Eficacia, coordinación y participación.
- Celeridad.

Con el objetivo de asegurar el derecho a la protección de la dignidad en el trabajo de todas las personas que integran la Organización, la Gerencia promotora se compromete a:

- Garantizar un entorno laboral positivo y saludable.
- Rechazar todo tipo de conducta de violencia en el lugar de trabajo, en todas sus formas y modalidades.
- Garantizar al personal su derecho a comunicar cualquier incidente violento sufrido, sin temor a ser objeto de intimidación, trato injusto, discriminatorio o desfavorable.
- Garantizar la salud laboral de sus trabajadores.

6.4. GERENCIA PROMOTORA

La Gerencia de Atención Integrada de Talavera nace en el año 2012 tras la aprobación del Decreto 89/2012, de 14 de junio, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha³⁰, con el objetivo de integrar los dos dispositivos sanitarios del Área existentes hasta esa fecha: Atención Primaria y Atención Especializada. De esta manera, todo el territorio del Área se constituye en un Área de Salud Única, facilitando los procesos de centralización y estandarización en pos de una mejora de la atención al ciudadano.

El Área está formada por 17 Zonas Básicas de Salud, contando con 17 Centros de Salud, 92 Consultorios Locales, 13 Puntos de Atención Continuada y el Hospital General “Nuestra Señora del Prado” de Talavera. Con una extensión de más de 5.000 Km², cubre una población cercana a los 150.000 habitantes, a los que se unen los aproximadamente 30.000 habitantes procedentes del Valle del Tiétar, en la provincia de Ávila.

ALCANCE

³⁰ Diario Oficial de Castilla-La Mancha (DOCM) núm. 120, de 20/06/2012.

El presente procedimiento será de aplicación a todos los trabajadores adscritos a la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina que desarrollen sus funciones en los diferentes centros sanitarios adscritos al Área de Salud de Talavera, así como en aquellos otros centros ubicados en el Área en los que presten servicios en su condición de personal del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

6.6. COMPETENCIA

Según dispone el apartado Quinto, punto 7, de la Resolución de 16/07/2018 de la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha sobre delegación de competencias³¹, corresponde a los titulares de las Gerencias de Atención Integrada, por delegación, respecto del personal que tenga a su cargo, *“las competencias atribuidas al empresario por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y su normativa de desarrollo y las correspondientes al titular de la actividad en materia de protección civil y medidas de emergencias”*.

6.7. RESPONSABLES Y AGENTES IMPLICADOS

En la implementación y desarrollo del presente procedimiento participarán:

- Gerente
- Asesoría Jurídica
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
- Servicio de Recursos Humanos
- Servicio de Mantenimiento
- Unidad de Formación
- Interlocutores Policiales Territoriales Sanitarios

6.8. DEFINICIONES

A los efectos de este procedimiento, se considerará:

- a) *Violencia laboral (OMS)*: aquella constituida por incidentes en los cuales los trabajadores sufren abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto de ida y vuelta, que

³¹ *DOCM núm. 143, de 23/07/2018.*

coloquen en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud.

- b) Violencia en el lugar de trabajo (OIT): 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.
- c) Agresión física: el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo de personas que pueda producir daños físicos.
- d) Agresión psíquica: uso deliberado del poder, amenazas o fuerza física contra otra persona o grupo de personas que puedan dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.
- e) Agresión verbal: el empleo de amenazas verbales o intimidación contra otra persona o grupo de personas que pueden producir un daño psicológico.
- f) Agresor (o autor): persona que presuntamente expresa un comportamiento violento en el lugar de trabajo.
- g) Amenaza: delito o falta consistente en el anuncio de un mal futuro ilícito que es posible, impuesto y determinado con la finalidad de causar inquietud o miedo en el amenazado.
- h) Calumnia: imputación falsa a una persona de la comisión de un hecho que la ley califique como delito, a sabiendas de que éste no existe o de que el imputado no es quien lo cometió.
- i) Coacción: uso de la fuerza que se impone a una persona para obligarla a decir o hacer algo contra su voluntad.
- j) Daño patrimonial: lesión del patrimonio representada en el menoscabo, disminución, perjuicio, detrimento, pérdida, uso indebido o deterioro de los bienes o recursos, producida por una conducta inadecuada e inoportuna.
- k) Incidente violento: suceso que acontece en el curso de una prestación sanitaria o relacionada con ella, donde se produce una agresión a uno o varios profesionales sanitarios.
- l) Injuria: toda expresión proferida o acción ejecutada en deshonor, descrédito o menosprecio de otra persona.
- m) Insulto: término o expresión que se utiliza con la intención de lastimar u ofender a un individuo.

- n) Lesión: delito que consiste en causar una o varias lesiones a una persona de forma que se menoscabe su integridad corporal, su salud física o su salud psíquica.
- o) Lugar de trabajo: todas las áreas de los centros de trabajo, edificadas o no, en los que los profesionales deban permanecer o a las que puedan acceder en razón de su trabajo. En el caso de los servicios ambulatorios o a domicilio, se considerará lugar de trabajo cualquier lugar en que se presten esos servicios.
- p) Vejação: acción de maltratar a una persona para humillarla y ofenderla.
- q) Víctima: todo trabajador/a que es objeto de violencia en el lugar de trabajo.

6.9. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

El presente procedimiento contempla las siguientes 3 líneas de actuación:

- 1. Acciones preventivas
- 2. Acciones reactivas
- 3. Acciones de difusión

6.9.1. Acciones preventivas

Las acciones preventivas se estructuran en torno a los siguientes 6 ejes:

- a) Información a los trabajadores
- b) Formación
- c) Estudios e Informes
- d) Inventario de recursos
- e) Reuniones de coordinación y seguimiento
- f) Registro y notificación de incidentes

A) Información a los trabajadores

Anualmente se realizarán campañas de información a los trabajadores en materia preventiva acerca de los riesgos inherentes a sus puestos de trabajo. Asimismo, se informará a los trabajadores sobre la existencia de este procedimiento, así como de los pasos concretos a seguir en caso de sufrir un incidente violento.

B) Formación

Los Planes Anuales de Formación de la Gerencia deberán incluir acciones de formación específica y formación continua.

- Formación específica:
 - A los Mandos Intermedios: se les formará en el desarrollo del presente procedimiento, haciendo especial hincapié en aquellas fases en las que deben intervenir activamente respecto de los profesionales agredidos que se encuentren a su cargo.
 - A los trabajadores: se les formará sobre los pasos a seguir en caso de sufrir un episodio violento, así como sobre los derechos, deberes y obligaciones en relación al incidente.
- Formación continua:

Estas acciones versarán, principalmente, sobre identificación de situaciones de riesgo o violencia, habilidades de comunicación, gestión de conflictos, defensa personal, gestión del estrés, autocontrol emocional, escucha activa, asertividad, empatía y comunicación no verbal, etc.

C) Estudios e Informes

Se realizarán estudios y/o informes sobre detección de riesgos que puedan dar lugar a situaciones de violencia en todas sus formas contra los profesionales sanitarios con el fin de planificar las acciones preventivas futuras.

D) Inventario de recursos

El Servicio de Mantenimiento realizará un inventario de recursos materiales y medios de protección existentes en cada uno de los centros sanitarios del Área. Dicho inventario será objeto de revisiones de mantenimiento preventivo periódico para garantizar su adecuado funcionamiento.

E) Comisión de Coordinación y Seguimiento

Bajo la presidencia del Director Gerente del Área, los agentes implicados en este procedimiento se reunirán al menos una vez al trimestre para el abordaje de las siguientes cuestiones:

- Análisis y estudio de los episodios violentos acontecidos.

- Verificación del cumplimiento de las medidas contempladas en el presente procedimiento.
- Adopción de medidas o iniciativas tendentes a eliminar o minimizar los riesgos de sufrir episodios violentos.
- Detección de los puntos críticos en los que no se haya cumplido el procedimiento.
- Propuestas de mejora que contribuyan a hacer del procedimiento una herramienta ágil y eficaz que garantice la seguridad de los profesionales.

De los informes, acuerdos, propuestas y conclusiones que se emitan en el seno de esta Comisión de Coordinación y Seguimiento, se dará traslado al Comité de Seguridad y Salud del Área³² para su conocimiento e información.

F) Registro y notificación de incidentes

Los incidentes violentos serán notificados al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y a los Delegados de Prevención para proceder a su investigación y a su inclusión en el REC (Registro de Evaluación de Conflictos) a efectos de elaboración del mapa de riesgos y de las propuestas de mejora que se estimen convenientes.

De todos los episodios violentos se cursará comunicación al Observatorio Regional de la Violencia para su registro, estudio y valoración. Los informes emitidos por el Observatorio serán tenidos en cuenta por la Comisión de Coordinación y Seguimiento para proponer cuantas acciones de mejora estimen convenientes.

6.9.2. Acciones reactivas

Ante las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios del Área, la activación y desarrollo del presente procedimiento seguirá las vías de tramitación, con sus diferentes fases, que figuran en este procedimiento.

³² El Comité de Seguridad y Salud es el órgano de participación, paritario y colegiado, destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones en materia de prevención de riesgos laborales de la Administración Sanitaria en el área de salud de Talavera de la Reina. Está formado, de una parte, por los Delegados de Prevención del Área, y de la otra, por el Gerente y sus representantes en número igual al de los Delegados de Prevención.

Atendiendo a la tipología de la agresión, la gravedad de los hechos y sus consecuencias, a efectos de este procedimiento se diferencian 3 niveles de agresiones:

- Agresiones de Nivel 1: Agresiones verbales y agresiones psíquicas, así como actitudes amenazantes que no tengan la consideración de agresión física (ofensas, insultos, calumnias, amenazas, injurias, vejaciones, coacciones, etc.).
- Agresiones de Nivel 2: Agresiones físicas o conductas reiteradas de las agresiones de Nivel 1.
- Agresiones de Nivel 3: daños a los bienes patrimoniales de la institución o de los profesionales.

6.9.3. Acciones de difusión

Con el objeto de sensibilizar a la población del Área y generar una conciencia social favorable en torno al problema de la violencia ejercida contra los profesionales sanitarios, la Gerencia realizará acciones de difusión y divulgación de manera continua, amplia y masiva dirigidas tanto a los profesionales como a los usuarios del Área.

Estas iniciativas quedarán enmarcadas dentro del Plan de Comunicación de la Gerencia.

6.10. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO EN CASO DE AGRESIÓN

El procedimiento frente a agresiones sufridas por profesionales sanitarios del Área Integrada de Talavera de la Reina, en el marco de lo establecido en el Plan de Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del SESCAM (Plan PERSEO) y en la Circular 1/2007, de 2 de febrero, de la Secretaría General del SESCAM, de instrucciones sobre procedimiento ante situaciones violentas, se desarrollará con arreglo a las fases que a continuación se establecen.

Con carácter previo al inicio del procedimiento, en el supuesto de que el profesional presente lesiones o precise asistencia sanitaria, se personará en el Servicio de Urgencias del Centro Sanitario más adecuado a la gravedad de sus lesiones, 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.

6.10.1. Iniciación del procedimiento

El procedimiento de actuación se iniciará mediante comunicación dirigida al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia (SPRL).

En la presentación de la comunicación se garantizará la confidencialidad, que no el anonimato de la misma, y se evitará la difusión de la información contenida en ella más allá del ámbito estricto de las personas que deban intervenir en el procedimiento.

La comunicación podrá presentarla:

- a) El profesional objeto de la agresión, bien directamente o por medio de su representación legal.
- b) Las personas titulares de las jefaturas asistenciales o cargos intermedios a cuyo cargo se encuentre el profesional agredido.
- c) Los Delegados de Prevención del ámbito en que preste servicios el profesional agredido.

En caso de que la comunicación no la presente directamente el profesional agredido, se deberá contar con su consentimiento expreso con carácter previo al inicio de las actuaciones señaladas en este procedimiento.

En ningún caso serán objeto de tramitación denuncias anónimas.

Igualmente, el procedimiento podrá iniciarse de oficio por parte del SPRL cuando, no habiéndose presentado comunicación al efecto por parte del interesado, tenga conocimiento fehaciente por otras vías de la existencia de una agresión que haya afectado a cualquier profesional del Área.

6.10.2. Traslado inicial de la comunicación

Tras su recepción, el SPRL dará traslado de la comunicación al Comité de Seguridad y Salud Laboral de la Gerencia, junto con un breve informe sobre la situación previa de los riesgos psicosociales en el centro implicado, así como de otros datos sobre posibles antecedentes y/o indicadores de interés para el caso.

Asimismo, el SPRL lo trasladará a la Asesoría Jurídica de la Gerencia para que por parte de ésta se ofrezca al profesional agredido la posibilidad de asesoramiento jurídico y asistencia letrada en el marco de la Circular 1/2017, de 1 de agosto, sobre asistencia jurídica a trabajadores del SESCOAM.

6.10.3. Fase de investigación

Recibida la comunicación, o registrado de oficio el incidente, el SPRL iniciará de oficio la fase de investigación del mismo con arreglo a las siguientes pautas:

- En todo caso, la investigación deberá ser impulsada de oficio, de manera inmediata, rigurosa, minuciosa y objetiva, debiéndose establecer un control documental de todas las actuaciones que se realicen.
- La investigación de los hechos se llevará a cabo mediante distintas pruebas tales como entrevistas, visitas de inspección al lugar, testimonios, documentos, dictámenes, etc.
- La investigación se desarrollará con el mayor respeto a los derechos de los profesionales afectados y garantizará, en todo caso, el cumplimiento de la normativa sobre protección de datos de carácter personal.

6.10.4. Informe de conclusiones

Finalizada la fase de investigación, el SPRL emitirá un informe de conclusiones y recomendaciones que deberá incluir, como mínimo, la siguiente información:

- Relación de personas afectadas: agredido/s, agresor/es, testigo/s,...
- Antecedentes del caso y circunstancias del mismo, con detalle de los principales hechos acontecidos.
- Intervenciones, diligencias y pruebas practicadas en la fase de investigación.
- Declaración de posible existencia o no de delito.
- Propuesta de medidas preventivas y/o correctoras.
- Fecha y firma.

El SPRL elevará el informe de conclusiones al Director Gerente del Área Integrada de Talavera para la resolución del procedimiento.

6.10.5. Resolución del procedimiento

Una vez recibido el informe del SPRL, el Director Gerente del Área, a la vista del mismo, podrá adoptar una o algunas de las resoluciones siguientes:

- a) Acordar el archivo del expediente por no quedar acreditada la existencia de la situación de violencia denunciada.
- b) Propuesta de incoación de expediente disciplinario cuando existan indicios de la existencia de una posible falta disciplinaria por parte de los profesionales afectados.
- c) Acordar la ejecución de las medidas preventivas y/o correctoras propuestas en el informe del SPRL.
- d) Puesta en conocimiento del Ministerio Fiscal de los hechos, en el caso de estimarse que los mismos pudieran ser constitutivos de delito. En tal caso, además, la resolución se trasladará al Gabinete Jurídico de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha a fin de hacer efectiva la personación en la correspondiente causa penal que pudiera incoarse.

La resolución que se adopte será notificada a las partes implicadas. Asimismo, se informará sobre la misma al Comité de Seguridad y Salud del Área.

6.10.6. Registro del incidente

El SPRL procederá al registro del incidente, junto con las medidas preventivas y/o correctoras acordadas, en el REC.

Asimismo, se dará traslado al Observatorio Regional sobre la Violencia.

6.10.7. Seguimiento y control

El seguimiento de la ejecución y aplicación de las medidas preventivas y/o correctoras acordadas corresponderá a la Comisión de Coordinación y Seguimiento, quien dará traslado a efectos informativos al Comité de Seguridad y Salud de la Gerencia de cuantos informes, acuerdos, propuestas y/o conclusiones emitan en el ejercicio de sus funciones.

6.10.8. Confidencialidad

Las personas que intervengan en el procedimiento tendrán la obligación de guardar estricta confidencialidad y reserva y no deben transmitir ni divulgar información sobre el contenido de las comunicaciones presentadas o en proceso de investigación.

6.11. PARTICULARIDADES EN CASO DE DAÑOS A BIENES PATRIMONIALES

Cuando el objeto de la agresión, conjunta o separadamente con los ocasionados en una agresión sufrida por los profesionales, sean los bienes patrimoniales de la institución o de los propios profesionales, aquellos quienes sufran o tengan conocimiento de los hechos notificarán los mismos a la Dirección Gerencia del Área.

6.11.1. Bienes de los profesionales

En el caso de bienes de los profesionales, la comunicación se trasladará a la Asesoría Jurídica del Área a efectos de prestar el correspondiente asesoramiento jurídico al profesional afectado.

6.11.2. Bienes de la institución

En aquellos supuestos en los que los bienes, equipos y/o instalaciones del SESCOAM hayan sufrido daños como consecuencia de acciones violentas, la comunicación se trasladará al Servicio de Mantenimiento de la Gerencia a efectos de la emisión del correspondiente informe sobre el estado y valoración de los bienes y/o instalaciones afectadas.

En este caso, la Dirección Gerencia del Área interpondrá la correspondiente denuncia ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado u órgano judicial competente a efectos de delimitar la posible responsabilidad civil o penal del agresor.

Por otra parte, si procediera la reclamación para la reparación del daño con carácter previo a la vía judicial, se emplazará al agresor para que abone voluntariamente el coste de los daños causados. Intentada sin éxito la reclamación extrajudicial, se formulará la correspondiente denuncia ante el órgano jurisdiccional competente.

6.12. EVALUACIÓN Y ACCIONES DE MEJORA

Por parte del SPRL se llevarán a cabo auditorías internas periódicas con objeto de verificar el correcto cumplimiento de los trámites recogidos en el presente procedimiento. Detectadas anomalías, el SPRL propondrá las modificaciones al procedimiento que estime oportunas con objeto de mejorar los puntos críticos observados.

El Director Gerente del Área aprobará las modificaciones propuestas del procedimiento, previo informe favorable de la Comisión de Coordinación y Control.

7. CONCLUSIONES

La violencia en el lugar de trabajo no es un problema individual ni aislado, sino un problema estructural y estratégico que tiene sus raíces en factores sociales, económicos, organizacionales y culturales. Por ello, para su solución hay que conseguir y promover un enfoque integrado (basado en la consideración global y equilibrada de la prevención y el tratamiento), participativo (con vinculación de todos los agentes implicados) y sistemático (es esencial que la acción contra la violencia se ejerza de manera sistemática).

El sector sanitario se ha demostrado como un sector que presenta un grado de riesgo mayor que otros ámbitos laborales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señalaron ya en 2002 que los profesionales sanitarios sufren un elevado nivel de estrés y un alto riesgo de violencia en el trabajo.

Múltiples son los factores que se han identificado como posible origen de las situaciones de violencia en el ámbito sanitario. Un adecuado manejo de la persona agresiva por parte de los profesionales sanitarios requiere el conocimiento de las fases de la “Curva de Hostilidad”, identificando los momentos en los que es más útil intervenir para conseguir que el agresor vuelva a un estado emocional normal.

Los diferentes estudios realizados hasta la fecha revelan que:

- La amplia mayoría de las agresiones sufridas son del tipo “no físicas” (amenazas, insultos, vejaciones, etc.).
- Existe una mayor incidencia de las agresiones en el personal facultativo.
- Las agresiones se dirigen de forma mayoritaria contra mujeres.
- El ámbito de la Atención Primaria es el más afectado.

- La mayoría de las agresiones tienen su causa en discrepancias con la atención recibida, así como con la insatisfacción en cuanto a tiempos de espera y pruebas realizadas.

Frente al aumento de las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios en los últimos años, las Comunidades Autónomas han desarrollado diferentes medidas preventivas, tales como planes de prevención, registros u observatorios para el seguimiento de estas situaciones, así como algunas iniciativas normativas para que los profesionales sanitarios sean considerados autoridad pública. También los Colegios Profesionales han adoptado un papel muy activo en la defensa de los profesionales sanitarios frente a las agresiones.

En Castilla-La Mancha, el Servicio de Salud regional cuenta desde el año 2005 con un Plan Director dirigido a abordar el problema de la violencia y las agresiones en el ámbito de los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma que integra medidas de prevención, protección y acción frente a la violencia de cualquier tipo. Además, en línea con la tendencia marcada a nivel nacional, recientemente se han puesto en marcha en Castilla-La Mancha nuevas medidas como la creación del Observatorio Regional de la Violencia y la figura del Interlocutor Policial Territorial Sanitario, con objeto de llevar a cabo análisis de las necesidades en esta materia y contribuir en la elaboración de estrategias y políticas preventivas.

En este marco, resulta esencial disponer de herramientas que permitan luchar de manera efectiva contra el problema de las agresiones, aportando soluciones ágiles y eficaces que minimicen su impacto. Así, los procedimientos como el que se presenta en este TFM se configuran como elementos básicos con los que las Gerencias deben contar para abordar el problema de primera mano desde un punto de vista preventivo y reactivo.

Estos procedimientos deben configurarse con toda una batería de medidas y propuestas de carácter interno y externo, teniendo en cuenta que:

- La violencia es, a menudo, previsible y evitable.
- Intervenir en prevención resulta más eficaz y aporta beneficios mucho más considerables y duraderos que actuar una vez se hayan producido los actos violentos.

- La sensibilización de la sociedad constituye la base sobre la que debe asentarse la solución al problema de las agresiones.