

**ORIGINAL**Recibido: 24 de noviembre de 2015  
Aceptado: 19 de julio de 2016  
Publicado: 25 de octubre de 2016

## AGRESIONES SUFRIDAS POR LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2011-2012

Teresa Rincón-del Toro (1), Adela Villanueva-Guerra (1), Ricardo Rodríguez-Barrientos (2,3), Elena Polentinos-Castro (2,3), M<sup>a</sup> José Torijano-Castillo (4), Emilia de Castro-Monteiro (6), Blanca Escrivá de Romaní de Gregorio (1), Margarita Barba Calderón (1), María Soledad de Frías Redondo (1), Nury Alejo Brú (1), Concepción Blanco Morales (1), Margarita Vázquez Pinilla (1), Cristina Besora Altés (1), Julio Heras-Mosteiro (5), Juan Ángel Infantes Rodríguez (1), Pilar Bustamante Fernández (1), Victorina de Blas Salvador (1).

- (1) Unidad de Atención al Paciente. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid. España.
- (2) Unidad de Apoyo a la Investigación. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid. España.
- (3) Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Madrid. España.
- (4) Centro de Salud Bustarviejo. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid. España.
- (5) Servicio Medicina Preventiva. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.
- (6) Servicio Medicina Preventiva. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

### RESUMEN

**Fundamentos:** Las agresiones de usuarios a los profesionales de Atención Primaria se han incrementado en los últimos años. No existen estudios previos en atención primaria que abarquen toda una Comunidad Autónoma y todas las categorías profesionales. El objetivo del estudio fue caracterizar la violencia en atención primaria de la Comunidad de Madrid.

**Métodos:** Estudio descriptivo multicéntrico de las notificaciones de agresiones sufridas por los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Las variables del estudio incluyeron características sociodemográficas de las personas agresoras y de las agredidas, el tipo de agresión, sus causas y consecuencias. Se calcularon la mediana, el rango intercuartílico y las frecuencias. Se realizó un análisis de regresión logística calculando las OR y sus IC95%.

**Resultados:** En el periodo de estudio se notificaron 1.157 agresiones, el 53,07% las notificaron médicos. En el 4,7% de los casos hubo agresión física. El principal motivo fue la disconformidad con la atención recibida (36,1%). El personal no sanitario mostró menos riesgo de ser agredido físicamente que el personal sanitario (OR: 0,38; IC95%: 0,17-0,86). La agresión fue cometida por un hombre en el 56,8% de los casos y del grupo de edad entre 31-40 años en el 26,8%. La persona agredida fue mujer en el 84% de los casos, con una edad comprendida entre 45-60 años. El 10% de los profesionales notificaron las agresiones y el 5,9% la denunció.

**Conclusiones:** El riesgo de sufrir agresión es mayor en el personal sanitario, especialmente médicos. Tanto en el perfil de las personas agresoras como de las agredidas se detectaron diferencias significativas por sexo y edad.

**Palabras clave:** Agresión, Violencia laboral, Atención Primaria de Salud, Personal de salud, satisfacción del paciente, Abuso físico. Exposición a la violencia.

### Correspondencia

Teresa Rincón-del Toro  
Unidad de Atención al Paciente de la Dirección Asistencial Norte  
C/ Alfonso Rodríguez Castela, 17  
Madrid 28035  
trincon@salud.madrid.org

### ABSTRACT

#### Aggressions towards Primary Health Care Workers in Madrid, Spain, 2011-2012

**Background:** The number of aggressions towards health care professionals has risen over the past few years. There are no previous studies in primary care covering an entire region and to all professional categories. The aim of this study was to characterize aggressions in Primary Care in the Community of Madrid.

**Methods:** Multicenter cross-sectional study. Analysis of a Registration System that reports any type of aggression suffered by Primary Care workers, in the Community of Madrid. The study variables included sociodemographic characteristics of the aggressor and the victim, the type of aggression (verbal or physical abuse), its causes and consequences. We described median, interquartile range and frequencies. Logistic regression was performed calculating odds ratio and their 95% confidence intervals.

**Results:** 1,157 assaults were reported, 53.07% suffered by doctors. Physical assault occurred in 4.7% of the cases. The main reason was dissatisfaction with the care (36.1%). The non-medical staff showed less risk of being physically assaulted (OR: 0.38; CI95%: 0.17-0.86). The perpetrator profile is male (56.8%), aged between 31-40 (26.8%) years. Health care victim profile was female (84%), aged between 45-60 years. 10% of professionals reported some form of aggression, 5.9% of aggression were submitted to court.

**Conclusions** The risk of assault is higher in health personnel, particularly physicians. There are significant differences by gender and age, both in the profile of the aggressor and the victim.

**Keywords:** Aggression, Workplace violence, Primary Health Care, Health personnel, Patient satisfaction, Physical Abuse. Exposure to Violence.

Cita sugerida: Rincón-del Toro T, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, de Castro-Monteiro E et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. Rev Esp Salud Pública. 2016; Vol. 90; 25 de octubre e1-e12.

## INTRODUCCIÓN

La violencia laboral es un problema de salud pública creciente en todo el mundo que provoca graves consecuencias para los individuos, las familias, las comunidades y los países tanto a corto como a largo plazo<sup>(1,2)</sup>. Es un fenómeno multicausal<sup>(3)</sup>. Las consecuencias negativas de esa violencia repercuten en la prestación de los servicios de salud y pueden dar lugar a un deterioro de la calidad de la atención e, incluso, pueden conducir a que los trabajadores abandonen el desarrollo de su profesión<sup>(4)</sup>.

Existen diferentes estudios e informes que describen y analizan datos sobre agresiones a personal sanitario en nuestro país<sup>(5,6,7,8,9)</sup>.

Los Colegios Profesionales y las Organizaciones Sindicales han adoptado un papel muy activo en la defensa de los profesionales sanitarios, resaltando la importancia de denunciar estos hechos. En 2014, la Organización Médica Colegial de España realizó un estudio que revelaba que de las agresiones ocurridas en el entorno sanitario el 48% se produjeron en Atención Primaria (AP), el 16% en el medio hospitalario, el 10% en urgencias extrahospitalarias, el 10% en urgencias hospitalarias y el 16% en otro ámbito. El estudio evidenció a partir del 2011 un cambio en la tendencia creciente que existía de las agresiones contra médicos<sup>(9)</sup>, esta disminución también se pone de manifiesto en el estudio del Grupo de trabajo de agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de la Salud de 2014<sup>(8)</sup>, en el que se revela que más de 30.000 profesionales sanitarios sufrieron agresiones.

Sin embargo, de las agresiones que se producen en el ámbito sanitario, los profesionales denuncian ante el juzgado las agresiones graves que requieren atención médica, mientras que las agresiones físicas de menos gravedad o agresiones no físicas no llegan a ser denunciadas<sup>(10)</sup>.

Las comunidades autónomas han desarrollado diferentes medidas preventivas frente

a las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios, tales como planes de prevención, registros u observatorios para el seguimiento de estas situaciones, así como algunas iniciativas para que los profesionales sanitarios sean considerados autoridad pública en España<sup>(8)</sup>.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, reconociendo el progresivo incremento de agresiones a los profesionales sanitarios, publicó la Orden 212/2004<sup>(11)</sup> en la que se establecen las directrices para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos, sin menoscabo de los mecanismos ya contemplados en otras leyes y que incluyen sanciones<sup>(12)</sup>. En esta Orden se incorporó el término de “situación conflictiva” a efectos administrativos y de registro.

El 4 de febrero de 2008 se publicó la Orden 22/2008, por la que se creó el fichero de datos de carácter personal denominado Plan Regional de Prevención de Situaciones Conflictivas (PRPSC)<sup>(13)</sup>. La creación del fichero tuvo por objeto articular actuaciones integrales dirigidas a prevenir situaciones de conflicto en el marco de la Orden 212/2004.

En el 2009, la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud emitió una Resolución en la que se dictaron las instrucciones para la puesta en marcha del Registro Central de Agresiones a Trabajadores por ciudadanos (REMAC) que no llegó a publicarse en el BOCM.

En las Instrucciones de la citada Resolución se estableció el “Formulario de Registro de Situaciones Conflictivas con Ciudadanos en los Centros e Instituciones Sanitarias adscritos o dependientes del Servicio Madrileño de Salud”, en el que se contemplan los diferentes tipos de situaciones conflictivas, término que denomina las agresiones físicas, amenazas, coacciones, insultos, injurias, vejaciones, daños materiales y otras que pueda sufrir cualquier trabajador del Servicio de Salud. También incluye datos sobre las caracte-

rísticas de la persona agredida, de la agresora y del incidente.

Desde la entrada en vigor del Decreto 52/2010 de 29 de julio, que definió las estructuras básicas sanitarias del área única de salud de la Comunidad de Madrid, la gestión de las notificaciones de agresiones (situaciones conflictivas) en AP es realizada por las Unidades de Atención al Paciente<sup>(14)</sup>.

Son escasos los estudios publicados que se basan en notificaciones de agresiones registradas<sup>(9,15,16,17)</sup>. Además, la mayoría de los trabajos se centran en el ámbito hospitalario, las urgencias o los servicios de emergencia<sup>(18,19,20)</sup>, de hecho, los trabajos publicados basados solo en el ámbito de la Atención Primaria son poco frecuentes<sup>(21)</sup>.

El objetivo principal de este estudio fue analizar las agresiones sufridas y notificadas por los profesionales sanitarios y no sanitarios, tanto en el Centro de Salud como en el domicilio de la persona agresora (paciente) y durante los desplazamientos, en el bienio 2011-2012 así como estudiar la posible asociación entre el perfil de la persona agresora, del profesional y las principales características de las agresiones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio, de tipo observacional descriptivo multicéntrico, se realizó mediante el análisis retrospectivo de las notificaciones de las agresiones sufridas por los profesionales de atención primaria entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2012. Es por ello un estudio de violencia externa, que es la que tiene lugar entre trabajadores y otra persona presente en el lugar de trabajo de manera legítima (familiar, paciente, acompañante).

Los datos procedieron del sistema de notificación específico, validado y común para todos los centros de Atención Primaria (formulario establecido en la Resolución del año 2009 del Servicio Madrileño de Salud.

El ámbito de estudio englobó a todos los centros asistenciales de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud: 264 centros de salud, 162 consultorios, 40 Servicios de Atención Rural (SAR) y 4 Puntos de Atención Continuada (PAC). La población de estudio incluyó a todos los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios (medicina de familia, pediatría, odontología, psicología, enfermería, fisioterapia, matronas, higienistas dentales, auxiliares de enfermería, trabajo social, auxiliares administrativos y celadores) que prestan servicio en estos centros (en total 11.525 profesionales). La población a la que se daba cobertura era aproximadamente de 6.400.000 personas. La unidad de análisis estuvo formada por cada notificación de agresión (situaciones conflictivas) realizada por los profesionales y recibida durante el periodo de estudio ocurrida en cualquiera de los ámbitos de trabajo, ya fuera en el propio centro, en el domicilio del paciente o durante los desplazamientos. Los casos en los que solo se realizó comunicación verbal del incidente y las agresiones entre profesionales fueron excluidos.

Las variables del estudio fueron las contempladas en el Formulario de Registro de Situaciones Conflictivas y corresponden a características sociodemográficas tanto de la persona agresora (edad, sexo, relación de la persona agresora), como de la persona agredida (edad, sexo, categoría profesional), el tipo de agresión (amenazas, coacciones, insultos, agresión física y daños materiales), las causas del incidente y las consecuencias y actuaciones derivadas de dicha agresión. Cada formulario hacía referencia a un único incidente. Las Unidades de Atención al Paciente registraron las notificaciones enviadas por los profesionales agredidos en una base de datos creada para este fin.

El estudio fue valorado favorablemente por la Comisión Central de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

**Análisis estadístico.** Las variables cuantitativas se describieron con la mediana y su rango intercuartílico (RIC), dada la distribución asimétrica de las mismas. Para las variables cualitativas se expresó su frecuencia absoluta y su porcentaje. Para valorar la relación entre las características de la persona agresora y de la agredida se utilizó el test estadístico Ji-cuadrado. La posible asociación de las características de la persona agresora y del profesional agredido con los diferentes

tipos de agresiones se estudió mediante regresión logística univariable, calculando la “odds ratio” y su intervalo de confianza del 95%.

## RESULTADOS

Entre los años 2011 y 2012 se recibieron 1.157 notificaciones de agresiones de todos los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid. En la **tabla 1** se observa, del total de notificaciones, la proporción ocurrida

Categoría profesional	Número de agresiones notificadas según categoría	Plantilla	Número de agresiones notificadas /plantilla (%)
Medicina de familia	561 (48,48%)	3.721	15,08%
Pediatría	53 (4,58%)	877	6,04%
Odontología	4 (0,34%)	131	3,05%
Psicología	-	30	-
Enfermería	204 (17,63%)	3.473	5,87%
Auxiliar enfermería	15 (1,29%)	414	3,62%
Auxiliar administrativo	282 (24,37%)	1.867	15,10%
Celador	20 (1,72%)	481	4,16%
Matrona	5 (0,43%)	178	2,81%
Fisioterapeutas	2 (0,17%)	164	1,22%
Higienista dental	-	95	-
Técnico especialista radiología	-	2	-
Trabajador/a social	2 (0,17%)	92	2,17%
Categoría desconocida	9 (0,77%)		
Total	1.157 (100%)	11.525	10,01%

en cada categoría profesional y dentro de cada categoría el porcentaje de profesionales afectados. Destacan las categorías de medicina de familia y de auxiliar administrativo como las que mayor proporción representaron del total (48,4% y 24,4% respectivamente) y con el mayor número de profesionales afectados (15,1% en ambas). En conjunto, el 10% de la plantilla de AP notificó alguna agresión en el periodo estudiado.

El 84% de las notificaciones de agresión fueron realizadas por mujeres y la mediana de edad de las personas que las sufrieron fue de 48 años (RIC: 39,7-53,3) (**tabla 2**). Respecto al perfil de la persona agresora, el 56,8% fueron hombres y el 26,8% estaba en la franja de edad de 31 a 40 años. En el 67,8% de los casos la situación de violencia fue ocasionada por el paciente y en el resto por un acom-

pañante. Se produjo en la propia consulta el 62,7%. El tipo de agresión más frecuente fue el insulto (75,2%) y en el 4,7% de los casos hubo agresión física al profesional. Además, existieron varios tipos de agresión en un mismo incidente. El 5,8% del total de las personas agredidas precisó apoyo psicológico.

El principal motivo del incidente fue la disconformidad con la asistencia recibida (36,3%), seguido del tiempo de espera (17%) y la prescripción farmacéutica (12,9%). En el 22,5% de los casos existía constancia de conflictos previos. El 10% de los usuarios agresores realizó una reclamación y el 5,9% de los profesionales cursó una denuncia.

Ninguna de las características estudiadas de la persona agresora (sexo, edad y ser acompañante o paciente) se asoció de forma

**Tabla 2**  
**Características del profesional agredido, de la persona agresora y del tipo de agresión**

		n	%
Año (n=1.157)	2011	504	43,6
	2012	653	56,4
Sexo profesional (n=1.151)	Hombre	184	16
	Mujer	967	84
Edad profesional: Mediana (RIC)		48 (39,7-53,3)	
Sexo persona agresora (n=1.150)	Hombre	653	56,8
	Mujer	497	43,2
Edad en años de la persona agresora	Entre 19 y 30 años	134	12,9
	Entre 31 y 40 años	278	26,7
	Entre 41 y 50 años	218	20,9
	Entre 51 y 60 años	209	20,1
	Mayor de 60 años	202	19,4
Relación persona agresora (n=1125)	Acompañante	316	28,1
	Desconocido	43	3,8
	Otros	3	0,3
	Paciente	763	67,8
Datos de ubicación (n=681)	Consulta	427	62,7
	Domicilio	36	5,3
	Mostrador de la unidad administrativa	2	0,3
	Otros	216	31,7
Tipos de lesión	Agresión Física(n=1123)	53	4,7
	Amenazas (n=1123)	593	52,8
	Coacciones (n=1123)	289	25,7
	Insultos (n=1122)	844	75,2
	Daños materiales (n=1131)	353	31,2
	Otros tipos (n=969)	45	4,6
	Disconformidad con la asistencia	413	36,3
Causas del incidente (n= 1138)	Tiempo espera	194	17
	Prescripción farmacéutica	147	12,9
	Incapacidad Temporal	57	5
	Otros	327	28,7
Conflictos previos (n=805)	Sí	181	22,5
Denuncia (n=1032)	Sí	61	5,9
Reclamación (n=956)	Sí	96	10
Consecuencias (n=449)	Sin consecuencias	406	90,4
	Precisa apoyo psicológico	26	5,8
	Lesiones	16	3,6
	Baja laboral	1	0,9
Intervenciones (n=698)	Carta	464	50,2
	Medidas organizativas del centro de salud	78	11,2
	Cambio de oficio	127	18,2
	Cambio del centro de salud	6	0,9
	Cambio de médico-enfermera por libre elección paciente	191	20,3
	Otros	81	11,6

estadísticamente significativa con las características del profesional (sexo, edad y categoría profesional), como se refleja en la **tabla 3**.

En la **tabla 4** se muestran las asociaciones entre los diferentes tipos de agresión y las características del profesional y de la persona agresora. Las agresiones físicas fueron casi tres veces más frecuentes por parte de los pacientes que por parte de sus acompañantes (OR: 2,85; IC95%: 1,27-6,38). Las agresiones

físicas fueron frecuentes (OR: 0,18; IC95%: 0,05-0,63) cuando la persona agresora tenía una edad entre 51 y 60 años. Los profesionales no sanitarios tuvieron menos riesgo de ser agredidos físicamente que los sanitarios (OR: 0,38; IC95%: 0,17-0,86).

Las coacciones fueron menos frecuentes cuando el profesional era una mujer (OR: 0,53; IC95%: 0,38-0,75) o profesional no sanitario (OR: 0,46; IC95%: 0,33-0,65). Las

**Tabla 3**  
**Relación entre las características de la persona agresora (sexo, edad, relación) y del profesional agredido (sexo, edad, categoría)**

	Sexo del profesional		p	Edad del profesional				p	Categoría profesional		p
	Hombre n=184 n (%)	Mujer n=967 n (%)		Menores 30 n=89 n (%)	Entre 30-45 n=368 n (%)	Entre 45 y 60 n=555 n (%)	Mayores de 60 (n=56) n (%)		Profesionales sanitarios n=833 n (%)	Profesionales no sanitarios n=321 n (%)	
Sexo persona agresora											
Hombre	114 (62)	536 (55,8)	0,12	51 (57,3)	199 (54,5)	319 (57,6)	38 (67,9)	476 (57,5)	176 (55,2)	0,48	
Mujer	70 (38)	424 (44,2)		38 (42,7)	166 (45,5)	235 (42,4)	18 (32,1)	352 (42,5)	143 (44,8)		
Edad en años de la persona agresora											
Entre 19 y 30	19 (11,1)	115 (13,2)		7 (8,4)	37 (10,8)	78 (14,9)	8 (15,7)	89 (11,7)	46 (16,2)		
Entre 31 y 40	50 (29,2)	228 (26,2)		24 (28,9)	97 (28,4)	129 (24,7)	17 (33,3)	213 (27,9)	68 (23,9)		
Entre 41 y 50	37 (21,6)	181 (20,8)	0,86	16 (19,3)	77 (22,5)	104 (19,9)	13 (25,5)	158 (20,7)	61 (21,5)	0,23	
Entre 51 y 60	33 (19,3)	176 (20,2)		16 (19,3)	60 (17,5)	118 (22,56)	7 (13,7)	149 (19,5)	60 (21,1)		
Mayor de 60	31 (18,1)	171 (19,6)		19 (22,9)	71 (20,8)	94 (18)	6 (11,8)	152 (19,9)	49 (17,2)		
Relación con la persona agresora											
Paciente	123 (71,5)	635 (70,4)	0,78	53 (66,25)	245 (71,5)	358 (67,7)	35 (66,2)	543 (69,08)	217 (74,8)	0,06	
Acompañante	49 (28,5)	266 (29,6)		27 (33,75)	96 (28,2)	164 (32,09)	18 (33,8)	243 (30)	73 (25,2)		

**Tabla 4**  
**Análisis de la asociación del tipo de agresión y las características de la persona agresora y del profesional agredido**

	Agresión física			Amenazas			Coacciones			Insultos			Daños materiales		
	OR cruda	IC95%	p	OR cruda	IC95%	p	OR cruda	IC95%	p	OR cruda	IC95%	p	OR cruda	IC95%	p
Edad en años de la persona agresora															
19 a 30	0,6	0,22-1,58	0,3	1,75	1,11-2,73	0,01*	1,85	1,05-3,24	0,03*	1,28	0,74-2,23	0,38	0,93	0,58-1,48	0,75
31 a 40	0,61	0,28-1,31	0,2	1,46	1,01-2,11	0,04*	2,49	1,56-3,99	<0,001*	0,83	0,54-1,27	0,39	1,11	0,76-1,63	0,58
41 a 50	0,8	0,37-1,73	0,57	1,48	1-2,18	0,05*	2,82	1,73-4,60	<0,001*	0,9	0,57-1,43	0,67	0,88	0,58-1,33	0,54
51 a 60	0,18	0,05-0,63	0,007	1,14	0,77-1,68	0,51	2,54	1,55-4,16	<0,001*	0,69	0,44-1,07	0,1	0,82	0,54-1,24	0,35
> 60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sexo de la persona agresora															
Hombre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mujer	1,38	0,79-2,40	0,25	0,84	0,66-1,06	0,15	0,87	0,66-1,14	0,32	1,46	1,10-1,93	0,01*	1,02	0,79-1,31	0,9
Relación de la persona agresora															
Acompañante	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Desconocido	---	---	0,01*	0,55	0,28-1,09	0,09	0,52	0,21-1,29	0,16	1,18	0,52-2,68	0,69	0,17	0,05-0,56	0,004*
Otros	---	---	---	1,6	1,14-17,8	0,7	1,43	0,13-16,0	0,77	0,61	0,05-6,80	0,69	1,02	0,09-11,37	0,99
Paciente	2,85	1,27-6,38	---	0,83	0,64-1,09	0,19	0,98	0,73-1,33	0,91	0,92	0,68-1,26	0,62	0,93	0,70-1,24	0,64
Sexo profesional															
Hombre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mujer	0,62	0,32-1,21	0,17	0,75	0,54-1,04	0,08	0,53	0,38-0,75	<0,001*	1,2	0,84-1,7	0,32	1,16	0,81-1,65	0,41
< 30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30 a 45	0,43	0,17-1,21	0,08	0,83	0,52-1,32	0,44	1,11	0,64-1,94	0,7	0,77	0,43-1,36	0,36	0,33	0,20-0,53	<0,001*
45 a 60	0,59	0,25-1,40	0,23	0,78	0,49-1,22	0,28	1,32	0,78-2,25	0,3	0,77	0,45-1,35	0,37	0,4	0,26-0,64	<0,001*
> de 60	0,67	0,167-2,73	0,58	0,92	0,46-1,81	0,81	1,18	0,54-2,58	0,68	0,57	0,26-1,22	0,15	0,25	0,12-0,53	<0,001*
Grupo															
Sanitarios	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
No sanitarios	0,38	0,17-0,86	0,02*	0,84	0,65-1,09	0,2	0,46	0,33-0,65	<0,001*	1,15	0,84-1,56	0,37	0,67	0,51-0,92	0,01*

OR: Odds ratio. \*p<0,05. IC95%: Intervalo de confianza al 95%

personas agresoras de edades comprendidas entre los 19 y los 60 años realizaron entre el doble y triple de coacciones que los mayores 60 años. Ser profesional sanitario, respecto del no sanitario, supuso más del doble (OR: 2,17; IC95%: 1,54-3,03) de riesgo de recibir coacciones (tabla 4). Los insultos fueron realizados más frecuentemente por mujeres (OR: 1,46; IC95%: 1,10-1,93).

Los profesionales con edades inferiores a 30 años tuvieron un mayor riesgo de sufrir daños materiales en su consulta y si el profesional era sanitario hubo más probabilidad de daños materiales (OR: 1,49; IC95%: 1,09-1,96).

## DISCUSIÓN

El estudio pone de manifiesto que los médicos de familia y los administrativos fueron los profesionales agredidos que más notificaciones realizaron. El principal motivo del incidente fue la disconformidad con la asistencia recibida. Los profesionales no sanitarios tuvieron menos riesgo de ser agredidos físicamente que los sanitarios.

No existen estudios previos publicados que utilicen un sistema de notificación específico que abarquen a toda una comunidad autónoma y a todas las categorías profesionales. En otros estudios se recurrió a la elaboración de cuestionarios *ad hoc*<sup>(9,17,19,21,22)</sup>.

Se encuentran dificultades para comparar los resultados de este trabajo con los de otros estudios similares realizados en España por la utilización de distintas metodologías: empleo de cuestionarios<sup>(9,17,19,21,22)</sup> en lugar de registros<sup>(15,16,17)</sup>, distintos métodos de captación de participantes<sup>(9,15,17,19,22)</sup> variabilidad en la definición de la variable principal (violencia laboral)<sup>(9,15,17,19,22)</sup>, estudio de una sola categoría profesional<sup>(6,9,18,21)</sup>, diferentes ámbitos asistenciales y periodos de estudio<sup>(9,15-17,19,22)</sup>.

En un estudio realizado en 2010 en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid, la prevalencia global de notificaciones fue de un 2,6%, siendo de un 8% en los trabajadores

de atención primaria frente a al 1,2% en atención especializada, si bien el periodo de este estudio fue inferior (15 meses) al nuestro<sup>(15)</sup>. Otro trabajo realizado en el Instituto Catalán de Salud en Barcelona (ICS) entre los años 2006 y 2009 en el ámbito de atención primaria mostró una prevalencia del 8,7% en ese periodo. Estos datos son similares a los obtenidos en este estudio<sup>(23)</sup>. Sin embargo, en el estudio realizado por el Servicio de Prevención Mancomunado del Grupo del Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid entre el año 2009 y 2014, en el ámbito de la atención primaria, la prevalencia global de notificaciones fue de 30,53%<sup>(16)</sup>. Esta diferencia podría explicarse por el distinto periodo de estudio, ya que los resultados abarcan 6 años de seguimiento.

En función de las categorías laborales de las personas agredidas, los médicos de familia y los administrativos son quienes más notificaciones realizan, resultados son similares a los encontrados en otros estudios: 43,8% de agresiones a facultativos y 26,3% a administrativos en el ámbito de la antigua Área 6 de Madrid<sup>(15)</sup>, 40,4% a médicos y 27,2% a administrativos en un estudio en Barcelona<sup>(23)</sup> y 53,1% a facultativos y 28,2% a administrativos de atención primaria en el trabajo del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid<sup>(16)</sup>. Estos datos difieren bastante del estudio de Lameiro en el Hospital de Vigo entre el 2005 y 2011, realizado en el ámbito hospitalario exclusivamente, en el que la categoría profesional más afectada es la enfermería con un 74%, (enfermeras 36% y auxiliares de enfermería 38%), seguido de celadores con un 17% y un 6% de facultativos<sup>(17)</sup>. Este autor constata que, independientemente de la categoría afectada, es el profesional que atiende en primera línea al usuario del sistema el receptor de los episodios de violencia. En este sentido, otro estudio realizado en la Comunidad de Castilla y León los facultativos y el personal de enfermería son las categorías que más agresiones sufrieron<sup>(5)</sup>. En los estudios que hacen referencia a atención primaria esto

puede explicarse, al menos en parte, por el tipo de actividad de estas dos categorías. Los médicos de familia gestionan la incapacidad temporal, la prescripción farmacéutica y la solicitud de pruebas e interconsultas, siendo la disconformidad con alguna de estas actuaciones, junto con el tiempo de espera, los desencadenantes más frecuentes de situaciones violentas<sup>(7,15,20)</sup>.

De hecho, según una encuesta realizada por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, el desencadenante más frecuente de actos violentos hacia el personal médico fue la frustración al no quedar satisfechas las expectativas de los pacientes<sup>(24)</sup>. En cuanto al personal administrativo, al igual que señalan otros autores, al ser estos el primer punto de atención de los usuarios estarían también expuestos a sufrir este tipo de situaciones<sup>(7)</sup>.

La mayoría de las agresiones fue a mujeres, siendo este resultado similar a los datos de un informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2008-2012)<sup>(25)</sup> en el que el 72% de las personas agredidas eran mujeres, si bien estas son el 73% de la plantilla en el sector sanitario. En lo que a edad se refiere, al igual que en otros estudios, se encuentra que los profesionales de edad media tienen mayor riesgo de sufrir una agresión.

En referencia al perfil la persona agresora, el paciente es el que agrede con mayor frecuencia. Esto se confirma en el estudio de Maestre<sup>(15)</sup>, en el que se ponen de manifiesto estos resultados, tanto en ámbito hospitalario como en atención primaria (64,8 % y 77,3% respectivamente), y en el trabajo del Grupo Hospital Universitario Infanta Leonor que fueron de 50,8% en atención especializada y 56,9% en atención primaria, así como en un estudio de encuestas a profesionales de atención primaria y de 2 hospitales que fue de hasta un 85%<sup>(16,10)</sup>.

La mayoría de las agresiones fueron protagonizadas por hombres, lo que es similar a los resultados del estudio del ICS de Barcelona (60,6%)<sup>(23)</sup>, mientras que se dan cifras

algo más elevadas en el estudio de encuestas (78,3%)<sup>(20)</sup>. En este último estudio, la mitad de las personas agresoras se encuentran en la franja de edad de 30-50 años, con cifras similares, tanto al estudio del Grupo HU Infanta Leonor como a las del presente estudio<sup>(16)</sup>.

Según los datos publicados por el Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud (2008-2012)<sup>(8)</sup>, el 80% de los casos fueron agresiones verbales o coacciones y en uno de cada cinco casos se produjo agresión física. En nuestro estudio, la mayor parte de las agresiones fueron de tipo verbal, tal y como ocurre en otros trabajos revisados<sup>(15,16,19)</sup>. Las agresiones físicas suelen implicar mayor gravedad y las sufrieron el 4,8% de los trabajadores de atención primaria. En el estudio del 2010 del área 6 de Madrid el porcentaje de agresiones físicas fue del 9,4%, en el del Instituto Catalán de Salud de Barcelona fue de un 3,2%, siendo algo inferiores a las cifras del Grupo HU Infanta Leonor que llegaron a 15,5% de agresión física notificada en AP<sup>(15,23,16)</sup>. En otras investigaciones los profesionales refirieron haber sufrido agresiones físicas al menos una vez durante el ejercicio de su profesión, (entre un 3% y un 28%)<sup>(18, 26)</sup>. No obstante, podemos encontrar algunos estudios en los que se observa mayor número de agresiones físicas y una infradeclaración de las formas verbales y/o psicológicas, como sucede en el estudio de Lameiro<sup>(17)</sup>, esto podría deberse a que los hospitales del estudio cuentan con dos unidades de Psiquiatría y que muchos profesionales asumen estas situaciones como parte intrínseca a su trabajo.

Según los datos publicados por la Organización Médica Colegial de España en el 2014, el 48% de los casos tuvieron lugar en AP, y se produjeron daños materiales en un 9%, muy por debajo de los datos de nuestro estudio (31,21%)<sup>(9)</sup>.

No encontramos que el sexo del profesional agredido esté relacionado con el sexo de la persona agresora, al igual que ocurre en otros estudios<sup>(15)</sup>. Por otra parte, en otros tra-

bajos no se observa relación entre las agresiones físicas y ser personal sanitario, lo que sí hallamos en este estudio<sup>(26)</sup>. Las amenazas, no se relacionaron con el sexo del profesional, si bien en el estudio de Martínez Jarreta sí se observó esta asociación<sup>(10)</sup>. En el caso de la agresión física observamos, al igual que en otras investigaciones, que es el paciente, no el acompañante, el que con más frecuencia realiza este tipo de agresiones<sup>(15)</sup>.

Los resultados hallados ponen también de manifiesto que el agresor es reincidente en su actuación dentro del centro, siendo nuestro dato algo superior al obtenido en el estudio del Instituto Catalán de Salud de Barcelona (16,2%)<sup>(23)</sup>. Una posible explicación puede ser que los pacientes agresores tienen de referencia un CS al que acuden de forma continuada, mientras que la atención especializada es prestada por diferentes profesionales, y las visitas pueden ser únicas o tener una periodicidad distante en el tiempo.

Solo un pequeño porcentaje de los profesionales denunció judicialmente a su agresor, al igual que sucede en otros estudios; en el informe del Ministerio de Sanidad esta cifra fue del 10,9% y en el estudio de Martínez-Jarreta se denunciaron el 3,7% de los casos en los que hubo agresión física<sup>(25,10)</sup>. Esta situación de infradenuncia puede ser debida al miedo de los profesionales a las represalias de la persona agresora o bien a que los profesionales minimizan el hecho violento. Conviene reseñar que existe una dificultad a la hora de comparar los datos relativos a la denuncia que realiza el profesional, dado que existen diferentes interpretaciones del concepto de denuncia. En el estudio de Martínez-León del 2011, el médico agredido presentó denuncia en un 71,79% de los casos y consideraron importante concienciar a los médicos de la necesidad de denunciar, no sólo en el lugar del trabajo, a su superior o gerencia, sino también a su propio Colegio de Médicos<sup>(5)</sup>. En este trabajo hemos empleado el término “denuncia” cuando se realiza ante un Juzgado o Autoridad Pública y el de “notificación” cuando se comunica a la Administración Sanitaria.

Un pequeño porcentaje de los profesionales precisaron apoyo psicológico, resultado muy similar al 5,5% obtenido en el estudio realizado en el año 2010 en Madrid<sup>(15)</sup>.

Al igual que muestra el estudio del Grupo HU Infanta Leonor<sup>(16)</sup>, el presente trabajo, al utilizar un sistema de registro pasivo (REMAC), puede mostrar diferencias de notificación, dependiendo de lo sensibilizados que estén los trabajadores para declarar los incidentes ocurridos, pues en ocasiones los datos están incompletos y es probable que haya agresiones que no están declaradas. Los motivos de esta infradenuncia podrían ser debidos a que los profesionales minimizan el hecho violento o a que no son conscientes de la utilidad de la notificación.

Para la elaboración de este trabajo no fue posible disponer de los datos informatizados del Registro Madrileño de Agresiones y Conflictos (REMAC) por lo que el grupo investigador obtuvo la información del registro de las notificaciones en papel que estaban disponibles en las Unidades de Atención al Paciente de Atención Primaria. Por ello se elaboró un registro informático propio para transcribir los datos del formulario normalizado y su posterior tratamiento y análisis.

Consideramos que sería necesario desarrollar actividades formativas e informativas para que los profesionales puedan adquirir conocimientos, habilidades y destrezas para el manejo de estas situaciones. Así lo recomienda una revisión sistemática del 2015 que señala la necesidad de la aplicación de diversos enfoques integrados de formación y adquisición de habilidades prácticas para prevenir eficazmente y minimizar las agresiones y su impacto en las organizaciones, desarrollándose sobre la base de necesidades claramente identificadas<sup>(27)</sup>.

Sería necesario fomentar el trabajo coordinado con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de los hospitales de referencia, ya que son los responsables de prestar la asistencia sanitaria que precisa el pro-

fesional agredido, tanto a nivel físico como psicológico así como contar con entidades que asesoren legalmente a los profesionales, como la Unidad de Apoyo y Asesoramiento de Situaciones Conflictivas (UASC) existente en la Gerencia Asistencial de AP de la Comunidad de Madrid.

Tal como muestran los resultados de este estudio y de trabajos similares, los motivos desencadenantes más frecuentes de las agresiones son la falta de satisfacción con la asistencia, los tiempos de espera y la disconformidad con la prescripción, por lo que se deberían tomar medidas en este sentido. La satisfacción de los usuarios se podría mejorar si se facilitase organizativamente que los profesionales emplearan el tiempo necesario para informar y resolver las dudas de los pacientes, si se facilitara información en tiempo real del tiempo de espera cuando hay una demora para entrar en la consulta, y si se mejorara la coordinación entre niveles asistenciales.

Tanto la caracterización de las agresiones como el estudio de las causas desencadenantes serían de utilidad para identificar áreas de mejora y establecer medidas relacionadas con la prevención, la seguridad y la gestión de este tipo de situaciones que ayuden a eliminar o corregir los problemas detectados. En esta línea, la existencia de un registro unificado es de gran importancia ya que permite seguir profundizando en el estudio de esta problemática y evaluar los efectos de las medidas establecidas.

Es necesario desarrollar planes de formación, dirigidos a todos los profesionales que trabajan en sanidad, relacionados con la prevención y la gestión de las agresiones, así como facilitar apoyo y asesoramiento a los profesionales.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de Anunciación Mediavilla, profesional de la Unidad de Asesoramiento de Situaciones Conflictivas, de Pilar Pamplona Gardeta por la creación de la base de datos para unificar el registro de situa-

ciones conflictivas de AP y de Laura Reques Sastre y Mariel Morey Montalvo, Residentes de Medicina Preventiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Informe de la 49ª Asamblea Mundial de la Salud. 1996;1-2. (consultado 12.10.2016). Disponible en: [http://www.who.int/violence5ce\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_spa.pdf](http://www.who.int/violence5ce_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf)
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud 2003. Publicación Científica y Técnica N° 588. (consultado 12.10.2016). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884pdf?sequence=1>
3. Chapel D, Di Martino V. Violence at Work. 3ª ed. Geneva: International Labour Office; 2006. p.62-69.
4. Organización Mundial del trabajo (OIT), Consejo internacional de enfermeras (CIE), Organización Mundial de la Salud (OMS), Internacional de Servicios Públicos (ISP). Directrices Marco para afrontar la violencia Laboral en el sector salud. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: OIT, CIE, OMS;2002. (consultado 12.10.2016). Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_160911.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf)
5. Martínez-León M, Queipo D, Iruñia MJ, Martínez-León C. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). Rev Esp Med Legal. 2012; 38(1):5-10.
6. Fernández MJ, Camacho MG, Olmos C, Ruiz S, Sanjuán M. Análisis y registro de las agresiones en UCI. Enferm intensiva. 2006; 17(2): 59-66.
7. Gascón S, Casalod Y, Martínez Jarreta B, Abecia E, Luna A, Pérez Cárceles M.D, Santed M.A, González-Andrade F, Bolea M. Aggressions against healthcare workers: An approach to the situation in Spain and the victims psychological effects. Leg Med (Tokyo). 2009;(11Suppl 1):S366-367.
8. 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. (Consultado el 12.10.2016). Disponible en: <http://www.senado.es/web/expedientappendixblobervlet?legis=10&id1=136341&id2=1>

9. Organización Médica Colegial de España. Observatorio de agresiones. Años 2009-2014. (consultado el 12.10.2016). Disponible en: [http://www.cgcom.es/documentacion\\_agresiones](http://www.cgcom.es/documentacion_agresiones)
10. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(8): 307-10.
11. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Orden 212/2004, de 4 de marzo, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas y se crea la Comisión Central de Seguimiento. BOCM núm 63 de 15/03/2004.
12. Boletín Oficial del Estado. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. BOE núm 102 de 29/04/1986.
13. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Orden 22/2008, de 21 de enero, por la que se crea el fichero de datos de carácter personal denominado Plan Regional de Prevención de Situaciones Conflictivas (PRPSC), dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. BOCM núm 29 de 4/02/2008.
14. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Decreto 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. BOCM núm 189 de 9/08/2016.
15. Maestre M, Borda J, Ortega A, Sainz C, Cabrero B, Rodríguez ML. Incidencia de notificación de situaciones conflictivas con los ciudadanos en el área 6 de la comunidad autónoma de Madrid: Abril - junio 2011. *Med Segur Trab*. 2011; 57 (223): 134-146.
16. De-San-Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez-de-Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez-Úriz MA. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). *SEMERGEN*. 2016 May 4. Epub 2016 May 4.
17. Lameiro C, Besteiro A, Cuevas A, Pérez A, Gómez C, Del Campo V. Violencia laboral en Instituciones sanitarias. Análisis de un perfil cambiante. *Rev Enferm Trabajo*. 2013; 3: 66-74.
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 Pública*. 2012; 86: 279-291.
19. Mayorca IA, Lucena S, Cortés M, Lucerna MA. Violencia contra los trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Med Segur Trab (Internet)* 2013; 59 (231) 235-258
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; 26:171-178.
21. Caigas MJ, Ojembarrena S, Sainz E. Violencia percibida y/o sufrida por el personal sanitario y no sanitario de los centros de salud de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud. *Nuber Cientif*. 2013; 2(9): 31-37.
22. Cervantes G, Blanch J.M, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificadas por Internet (2007 – 2009). *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010; 13(3): 135-140
23. Escamilla MA. Agresiones al personal de salud en centros de Atención Primaria del ICS en Barcelona: Estudio de factores demográficos y laborales. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2010.
24. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. La violencia en el lloc de treball. L'experiència del metges de Barcelona. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 2004.
25. Solo uno de cada 10 sanitarios agredidos denuncia a su agresor. *JANO* [Internet]. 2014 Jun 16. Disponible en: <http://www.jano.es/noticia-solouno-cada-10-sanitarios-22304>
26. Herreros M. La importancia de la notificación de las situaciones de violencia. Experiencia práctica del ICS. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2009.
27. Hills DJ, Ross HM, Pich J, Hill AT, Dalsbø TK, Riahi S, Guay S, Martínez-Jarreta B. Education and training for preventing and minimising workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2015; (9): CD011860.