



ESTUDIO SOBRE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en Medicina

Facultad de Medicina

Universidad de Valladolid

Curso 2017/2018

Autor: Sheila Hernández García

Tutor: M^a Mercedes Martínez León

ÍNDICE

Resumen.....	2
1. Introducción y justificación.....	2-3
2. Material y métodos.....	3-4
3. Objetivos.....	4
4. Resultados y Discusión.....	4-16
4.1 Situación actual del problema.....	4-17
i. Sexo.....	6-7
ii. Sector sanitario.....	7
iii. Categoría profesional.....	7-9
iv. Tipo de agresor.....	9
v. Causa de la agresión.....	10-11
vi. Servicios más afectados.....	11-12
4.2 Marco jurídico.....	12-16
4.3 Medidas de prevención.....	16-17
5 Conclusiones.....	17-19
6 Bibliografía.....	19-20
7 ANEXO I.....	21

RESUMEN

Introducción: Las agresiones contra el profesional sanitario se encuentran en el punto de mira en la actualidad porque su incidencia va en aumento. Han sido muchas las medidas promovidas por los diferentes gobiernos estatales y autonómicos para combatir este tipo de violencia.

Material y métodos: Revisión bibliográfica de artículos, jurisprudencia y descripción de datos Observatorio Agresiones OMC y de CyL.

Resultados: Las agresiones afectan a entre el 40 al 66,7% de los profesionales, son más frecuentes en mujeres que trabajan en la sanidad pública. Las causas son variadas y el agresor suele ser el propio paciente.

En los últimos años se han realizado una serie de reformas para reducir las como la reforma del Código Penal de 2015 para aumentar las penas a estos delitos y los planes de prevención desde gobiernos estatales y autonómicos.

Conclusiones: Las agresiones al personal sanitario constituyen un grave problema ya que afectan a la relación médico-paciente y están relacionadas con el burnout de los profesionales. Pero no podemos establecer con exactitud la prevalencia de éstas debido a que la mayoría de estudios se centran en determinados centros sanitarios o categorías profesionales. Debido a esto, se han propuesto una serie de medidas para intentar disminuirlas que deberán de ser evaluadas en unos años.

Palabras clave: agresión, violencia, sanitarios, atentado

1. Introducción y Justificación

Antonia lleva trabajando como médico de Atención Primaria 20 años en el centro de Salud San Telmo de Jerez de la Frontera, cada día ve a unos treinta pacientes y además acude a visitar a domicilio a alguno de los pacientes en cuidados paliativos de su cupo. El día 3 de octubre de 2005 cuando estaba acabando su jornada laboral entra en la consulta su última paciente, Luisa, quien le solicitó “Trankimazin” negándose a recetarle ya que no le correspondía hasta el día 6 de dicho mes. Acto seguido Luisa se abalanzó sobre Antonia, le

tiró las gafas al suelo, le arañó y le golpeó causándole diversas heridas y una crisis de ansiedad(1).

Cada día son muchos los profesionales de la salud que se enfrentan a este tipo de agresiones, ya sean físicas o psíquicas y que son un problema emergente en nuestra sociedad. A nivel internacional la primera alerta sobre este problema fue por parte de la OMS en 2002 con la publicación de las Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud(2) cuyo objetivo fue estimular y orientar iniciativas en los planos internacional, nacional y local. La Organización Panamericana de la Salud publicó un estudio en 2015(3) en el que determinó que dentro de los más de 19000 encuestados un 66,7% refirió haber sido agredido en al menos una ocasión y de éstas un 11,3% fueron físicas. Son múltiples los ejemplos de estudios que han intentado determinar la gravedad del problema pero sus datos derivan de encuestas, revisiones o registros realizados a determinados servicios o áreas de salud por lo que son poco representativos.

Debido a esto, en un intento por aumentar las penas a este tipo de agresiones se realizó una reforma en el artículo 550 del Código Penal dando a los médicos la categoría de funcionarios y otorgando por tanto a estos delitos la categoría de atentado aunque la jurisprudencia de los años anteriores a esta reforma ya lo contemplaba en algunos casos. El problema es que esta ley protege a los funcionarios públicos olvidándose de los profesionales que ejercen su labor asistencial en centros privados.

Además desde los gobiernos de los distintos países y a nivel de las autonomías se han realizado planes de prevención sobre este tipo de agresiones.

2. Material y Métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica en PubMed y Web of Science con los siguientes términos de búsqueda: Violence against healthcare workers, Aggression healthcare workers, Aggression doctor, Agresiones sanitarios, Agresiones médicos.

Además de los datos de agresiones a médicos de la Organización Médica Colegial y del observatorio de Agresiones de Castilla y León.

Por último se ha realizado una búsqueda de jurisprudencia sobre el delito de atentado en el buscador Aranzadi, CELENDON, Tirant to Blanch

3. Objetivos

- I. Dar una visión magnitud del problema a nivel internacional, nacional y autonómico a través de diversos estudios y registros de agresiones.
- II. Comparar los delitos antes y después de la reforma del Código Penal en 2015
- III. Valorar la protección de los profesionales que ejercen su labor asistencial en la sanidad privada
- IV. Describir diferentes planes de prevención a nivel Internacional, Nacional y Autonómico.

4. Resultados y Discusión

4.1 Situación actual del problema

Para nuestro trabajo nos basaremos en los datos del Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial y del Observatorio de Agresiones de Castilla y León.

El Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial fue creado junto con los 52 Colegios de Médicos de toda España, a raíz de la muerte, en 2009, de la Dra. María Eugenia Moreno, una residente de 34 años que fue asesinada por un paciente cuando se encontraba trabajando en el centro de salud de Moratalla (Murcia). Según los datos de dicho observatorio se registraron 3429 agresiones a médicos con una tendencia ascendente en los últimos tres años al igual que la incidencia de agresiones por cada 1000 colegiados (1,5 en el año 2015; 2,02 en el año 2016 y 2,05 en el año 2017).

El observatorio de Castilla y León recoge las agresiones a todo el personal sanitario. Se creó mediante Decreto 52/2014, de 16 de octubre.

Como se ha señalado antes son múltiples los estudios que intentan determinar la frecuencia de este tipo de violencia y observar la tendencia de ésta. Algunos ejemplos son el estudio de Johansen et al(4) de 2017 en el que en 2014 se realizó una encuesta a todas las especialidades médicas de Noruega para averiguar si el número de agresiones había aumentado respecto a 1993 dando un resultado no significativo. Sin embargo los datos en cuanto a prevalencia de este tipo de agresiones fueron muy similares a otros estudios internacionales con 46,0%.

Por otro lado encontramos el estudio de Lisa A. Pompeii et al(5) en el que se realizó una encuesta en a trabajadores de varios hospitales americanos y se concluyó que este tipo de agresiones habían aumentado un 3,7% respecto a los datos de 2009. Los resultados fueron: prevalencia violencia tipo II 50,4%, prevalencia en los últimos 12 meses 39%. No se observaron diferencias por género.

En Asia se han publicado múltiples estudios como el de Jeng-Cheng Wu, et al(6) mediante una encuesta realizada en cuatro hospitales de Taiwan quiso saber la prevalencia del problema y obtuvo como resultado un 40% muy similar a otros estudios.

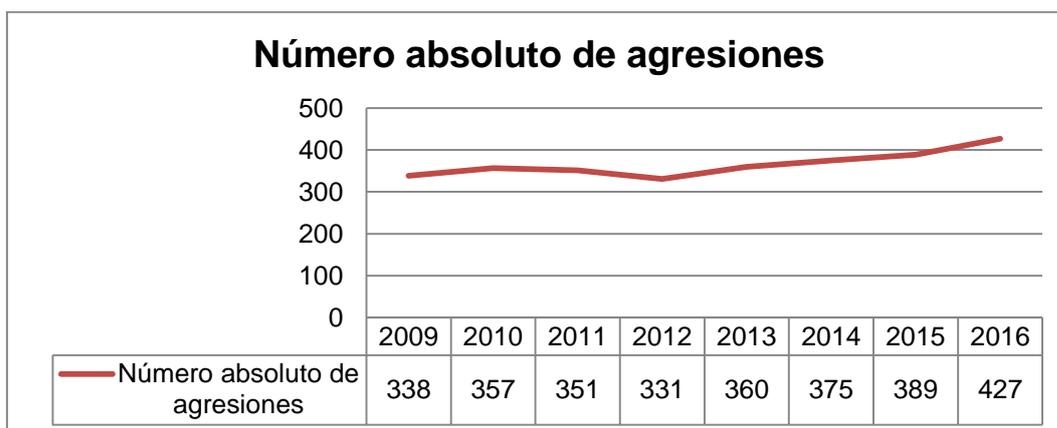


Gráfico 1

En Castilla y León hay una tendencia ascendente del número de agresiones como podemos ver en el Gráfico 1. Con un total de 427 agresiones en el año 2016.

Diversos autores han explicado esta tendencia por dos razones: aumento real de las agresiones o aumento de la notificación de éstas como bien señala Gómez-Durán et al(7).

A nivel nacional podemos fijarnos más específicamente en el registro de agresiones a médicos donde vemos de nuevo una tendencia ascendente desde 2015 del número de agresiones (Gráfico 2) con un número absoluto de 515 agresiones durante el pasado año 2017. Este dato aisladamente puede no darnos una idea de la gravedad del problema a no ser que nos fijemos en la tasa de agresiones por cada 1000 colegiados que es de 2,05 en 2017.

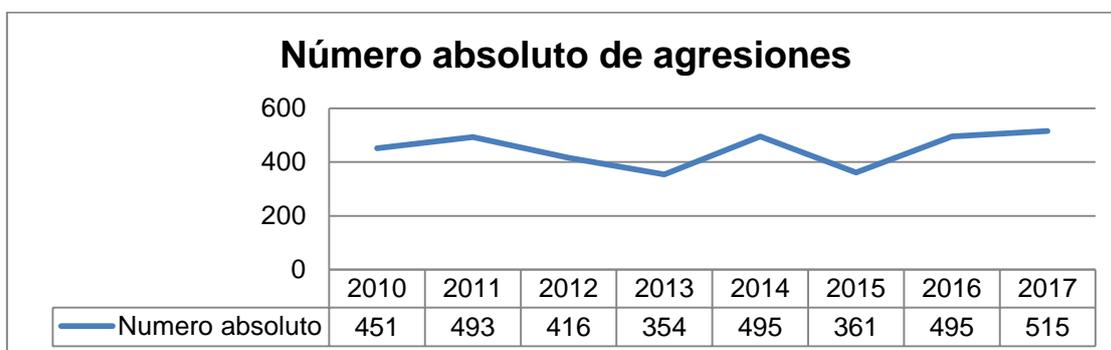


Gráfico 2

4.1.1 Sexo

A nivel Nacional según el observatorio de agresiones a partir del año 2011 hay una tendencia a que el número de agresiones sea más frecuente en mujeres (52% en 2017 frente al 48% en hombres)

como se puede comprobar en el Gráfico 3 de los datos del Observatorio de la OMC. Algunos estudios recientes como el publicado por De Juan-Mazuelas et al en 2017 referían una frecuencia mayor de agresiones entre las mujeres (8) como el



de Rincón del Toro et al (9) refieren [Gráfico 3](#)

una mayor frecuencia de agresiones

en mujeres que en hombres con un 84%. También coincide en esto el estudio

realizado por Yancán et al (10) con un 80,6% de mujeres entre el total de agredidos a pesar de que las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

A nivel autonómico se repite esta tendencia de mayor número de agresiones en mujeres que en varones datos que podemos observar en el Gráfico 4 en el que se presenta el porcentaje de afectados según el total de la plantilla agredida por sexos.

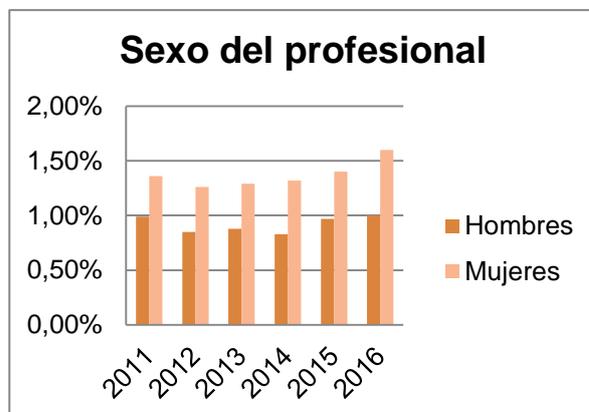


Gráfico 4

4.1.2 Sector Sanitario

Según el estudio publicado por la OMS(3) el 73,4% de las agresiones ocurrieron en instituciones públicas.

En España vemos una tendencia bastante constante a que las agresiones se produzcan en el ámbito público como podemos observar en el gráfico 5 elaborado con los datos de la OMC.

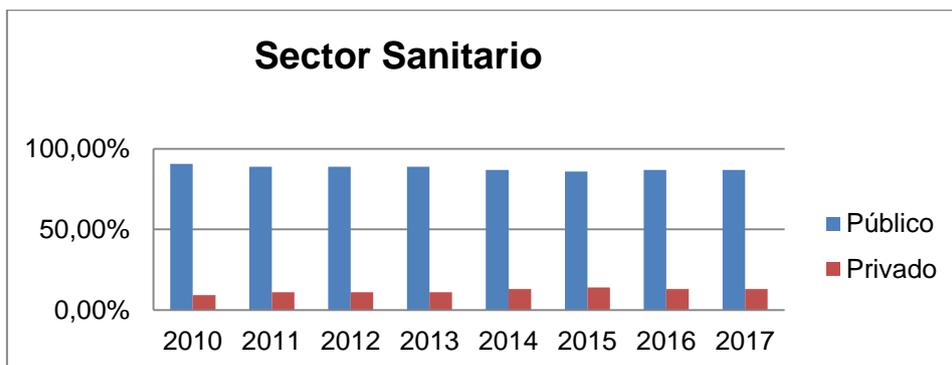


Gráfico 5

4.1.3 Categoría profesional

A nivel internacional médicos, 71,3% informó haber recibido algún tipo de agresión, en un porcentaje muy similar al de los enfermeros (71,6%) aunque existen discrepancias entre los diferentes estudios ya que muchos solo se

centran en determinados colectivos como Enfermería o Medicina. En el estudio de L.A Pompeii et al(5) se recogen todas las categoría profesionales que trabajan en los hospitales americanos para averiguar la prevalencia

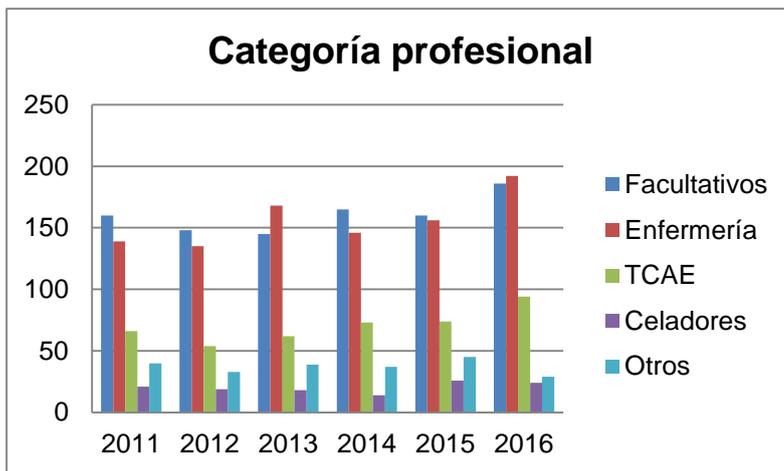


Gráfico 6

de las agresiones dando como resultado una mayor

tasa de estas entre el personal de seguridad 63,8%, Enfermería 53,8% y Auxiliar de enfermería/celador 45,8%.

En nuestra Comunidad Autónoma los datos de agresiones separados por categorías profesionales se empezaron a recoger a partir del año 2011 y muestran un número superior de éstas en el colectivo médico y de enfermería (Gráfico 6)

A nivel nacional no podemos encontrar claramente cuál es el colectivo más afectado por este tipo de agresiones se han realizado múltiples estudios pero centrados en determinados Servicios como Urgencias, Atención Primaria o Atención Especializada. De Juan- Mazuelas et al(8) en su revisión concluyen que el colectivo más afectado es Enfermería. En estudio de San Segundo et al(11) se recogen las agresiones registradas entre los años 2009-2014 en el Servicio de Prevención Mancomunado de Grupo ubicado en el HU Infanta Leonor que comprende Atención Primaria y Atención Especializada que determina que un 53,1% de las agresiones en Atención Primaria fueron contra el colectivo médico y en Atención Especializada fue Enfermería con un 47,4% la más afectada.

Centrándonos en pequeños estudios podemos encontrar el de Ortells Abuyé et al(12) realizado en el Servicio de Urgencias de un hospital comarcal que determinó que el colectivo más afectado fue Enfermería con un 39% seguido del médico con un 19,5%. Yancán et al(10) en su estudio en un hospital de segundo nivel determina al igual que en el caso anterior que el colectivo más

afectado por este tipo de agresiones es el de enfermería con un 39% seguido por el médico con un 20,1% y auxiliar de enfermería con un 19,5%. Por su parte al contrario que en los dos anteriores estudios Rincón-Del Toro et al(9) concluyen que los colectivos más afectados en Atención Primaria son el médico y el auxiliar administrativo con un 15,1%.

4.1.4 Tipo de agresor

La mayoría de los estudios a nivel internacional coinciden en que los ataques son perpetrados en su mayoría por los pacientes seguidos de los acompañantes (5,13).

A su vez en España, De Juan- Mazuelas et al(8) determinan en su revisión una mayor frecuencia de agresiones por parte de los pacientes al igual que el resto de estudios realizados a nivel nacional (9–11) al contrario que Ortells Abuyé et al(12) en su estudio en el Servicio de urgencias refiere un mayor porcentaje de agresiones por parte del acompañante.

En el registro de la OMC determina que las agresiones hacia el colectivo médico fueron perpetradas por el propio paciente como podemos ver en el Gráfico 7

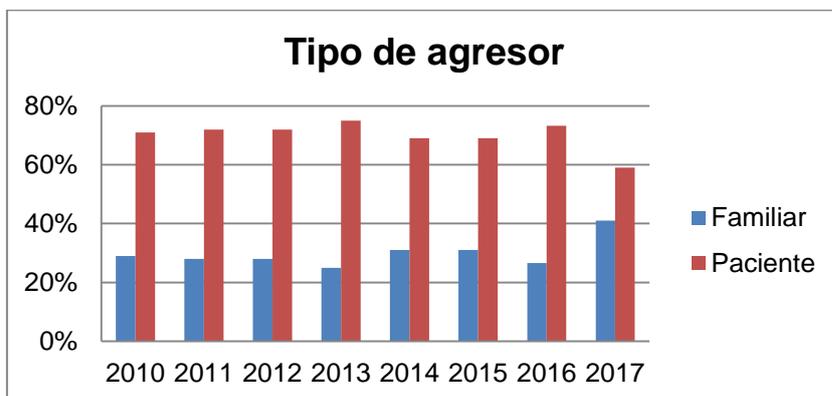


Gráfico 7

A nivel autonómico en el registro de agresiones de Castilla y León se objetiva una mayor frecuencia de agresiones perpetradas por el propio paciente como se puede ver en el gráfico 8.

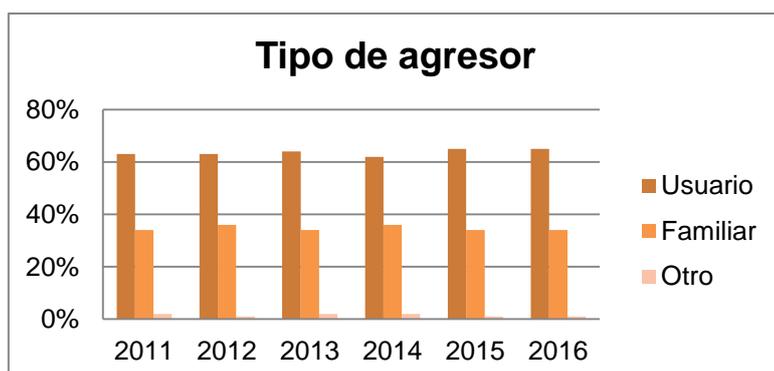


Gráfico 8

4.1.5 Causas de la agresión

A nivel internacional según Travetto et al(3) las causas más frecuentes de agresión fueron la demora en la atención (44,2%), carencia de recursos (33,6%), los informes médicos (28,2%) y la comunicación de fallecimientos (8,6). Por su parte L.A Pompeii et al(5) refiere como posibles causas la insatisfacción con la asistencia 72,7%, uso de drogas 10%, situaciones de emergencia 9,6%, tiempo de espera 6,4%.

En los estudios realizados a nivel nacional no existe tampoco un consenso sobre cuál es el móvil de esta agresión como bien refiere De Juan- Mazuelas et al (8) en su revisión. En el estudio realizado en el Servicio de urgencias por Ortells Abuyé et al(12) se concluye que el principal motivo es el tiempo de espera frente a Rincón del Toro et al(9) que refiere la disconformidad con la asistencia recibida como móvil principal. Como dato a destacar en todos los estudios se ha determinado un porcentaje superior al 10% de las agresiones totales tuvo como móvil una discrepancia en cuanto a la prescripción del tratamiento.

En Castilla y León la causa más frecuente de agresión contra los profesionales sanitarios fue la disconformidad con la asistencia recibida seguida de la descompensación psíquica y la disconformidad con el trato como se puede ver el gráfico 9.

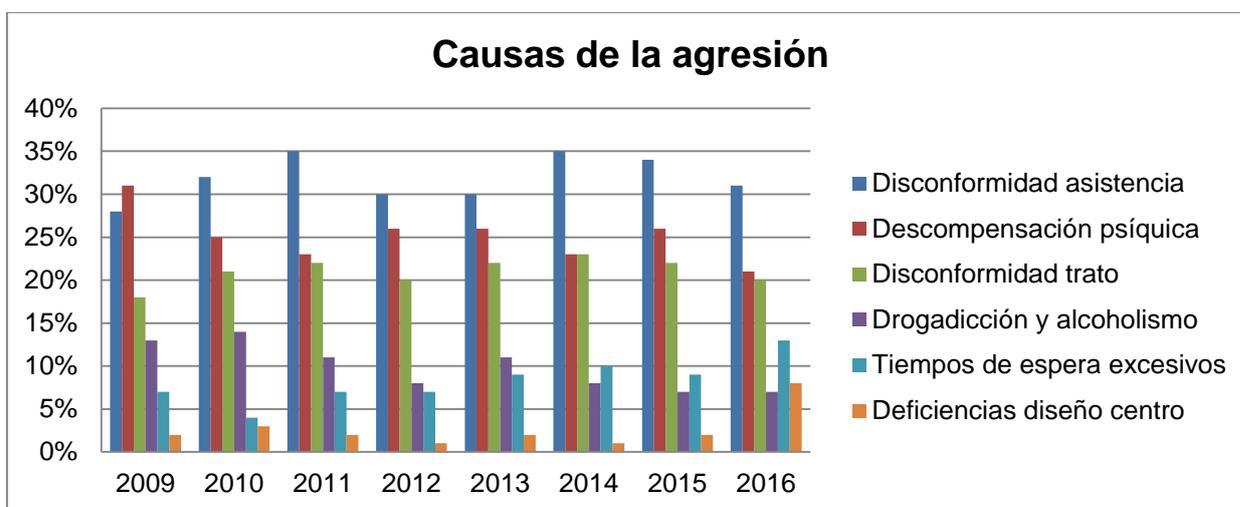


Gráfico 9

A nivel nacional la causa más frecuente de agresión contra un médico fue la discrepancia con la atención médica como se puede observar en el gráfico 10.

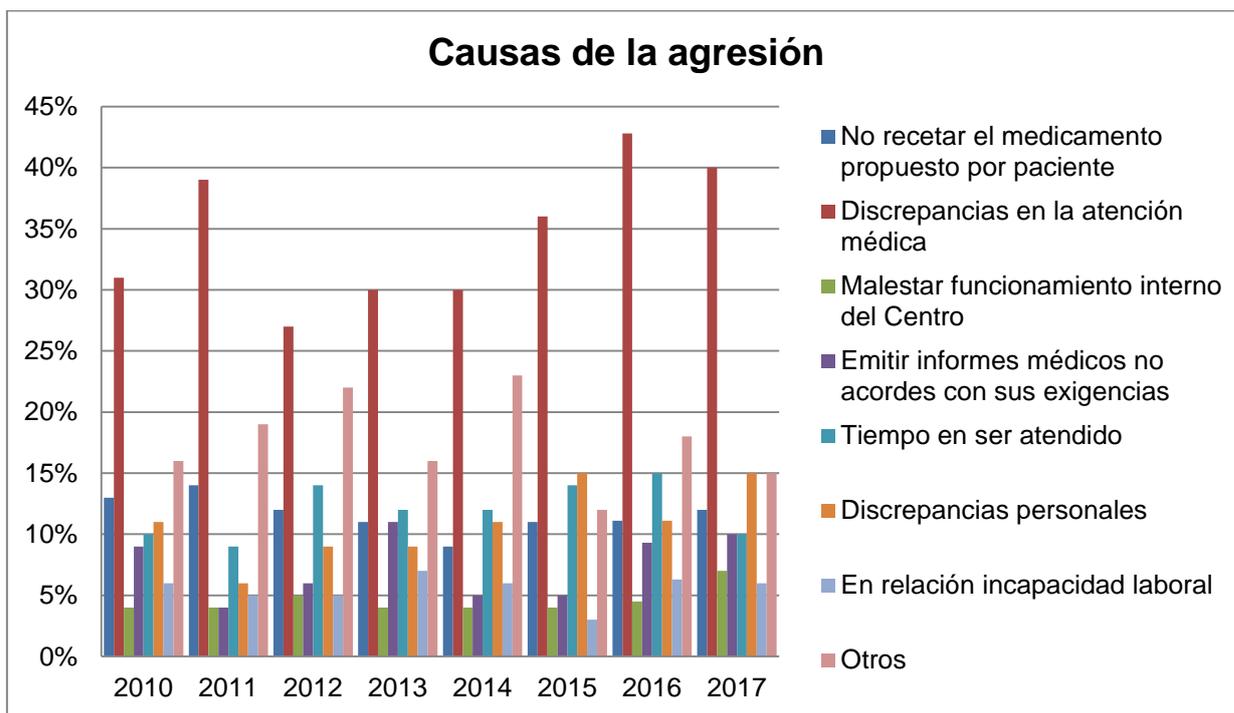


Gráfico 10

4.1.6 Servicios más afectados

Existen diversos estudios realizados en otros países como es el de Travetto et al (3) que determinan una mayor frecuencia de estas agresiones en los servicios de Emergencias. Por otro lado Johansen et al(4) concluye que el Servicio más afectado es Psiquiatría y por último Wu et al(6) se inclina hacia los dos servicios citados anteriormente.

En nuestra comunidad de Castilla y León se registró un mayor número de incidentes en los hospitales y en atención primaria como muestra el gráfico 11

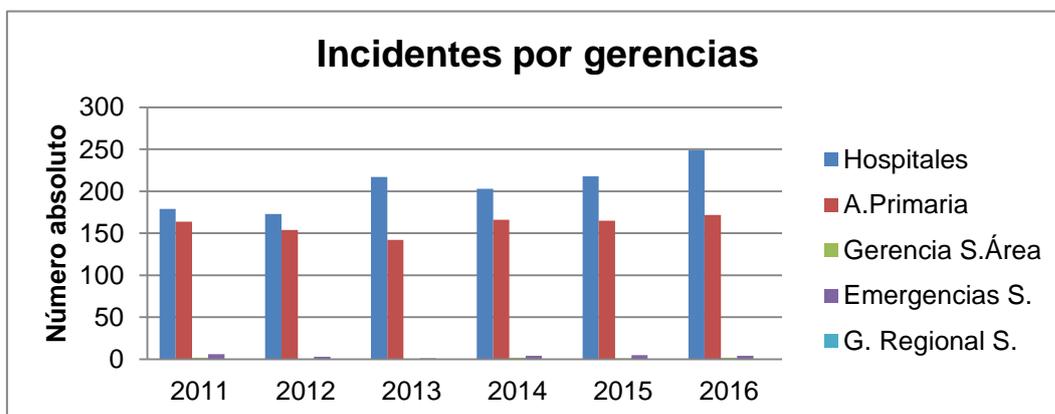


Gráfico 11

Según el registro de la OMC el principal ámbito en el que se producen las agresiones contra el profesional es la Atención primaria responsable de más del 50% de éstas. (Gráfico 12)

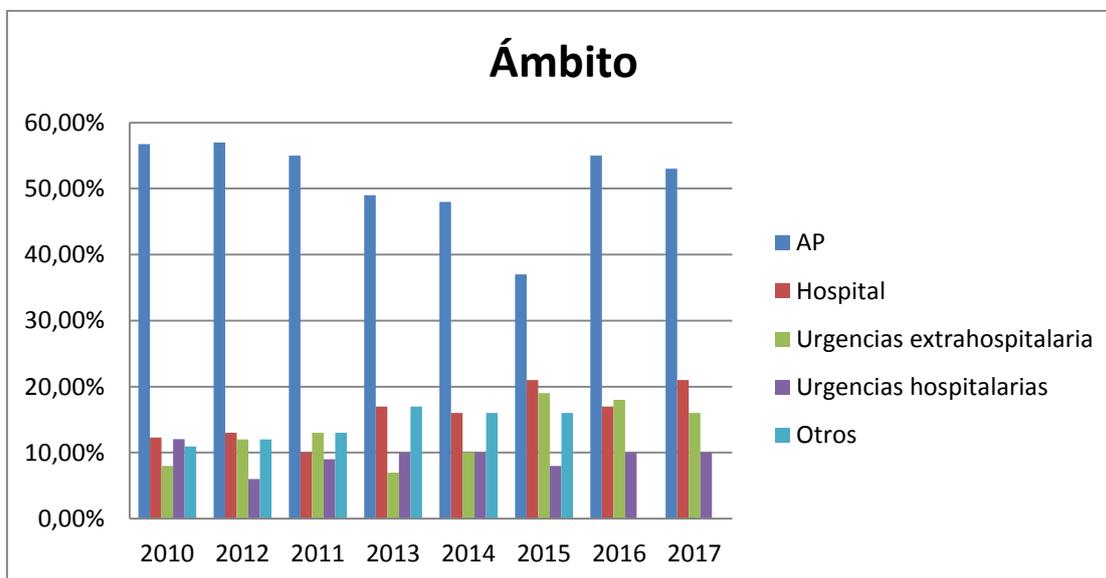


Gráfico 12

4.2 Marco jurídico

Debemos remontarnos al año 1993 para encontrar el primer juicio por agresión a médico contratada de la Seguridad Social (STS 1183/1993 de 20 mayo). Se aplicó un recurso RJ\1993\4189 a dicha sentencia cuyo motivo de impugnación fue al amparo del núm. 1.º del art. 849 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, y en el mismo se denuncia infracción por aplicación indebida de los arts. 236 y 231 del Código Penal, al considerar al médico como funcionario público.

Pero el recurso fue desechado atendiendo a la Sentencia de la Sala Penal de 15-11-1973 (RJ 1973\4318), que estimó que un médico de la Seguridad Social es funcionario público a efectos del art. 119 del Código Penal, y las de 15-6-1979 (RJ 1979\2673) y 7-4-1981 (RJ 1981\1605), declararon que los farmacéuticos, médicos y enfermeras que por disposición legal se incorporan a la prestación de un servicio social a cargo del Instituto Nacional de Previsión, que depende del Estado, les otorga los requisitos necesarios para alcanzar el carácter de funcionario público(14).

No ha sido hasta la reforma del Código Penal en 2015 cuando estas agresiones se han etiquetado como delito de atentado aunque ya venían juzgándose por la jurisprudencia de esta manera cómo podemos ver en el artículo de Sánchez-Benito et al(15) y las sentencias: (STS RJ 2008, 648 de 4 de diciembre de 2007), (Juzgado de lo Penal de Córdoba ARP\2007\667 de 27 de septiembre), (Sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga, PROV 2001, 288360 del 12 julio), (Sentencia Juzgado Penal núm. 2 de Jaén de 2001 PROV 2001, 332593 de 26 de octubre), (Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Jaén PROV 2002, 19511 de 7 de noviembre de 2001), (STS num. 1030/2007 de 4 diciembre), etc. En las que se cataloga al médico como funcionario público siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo citada anteriormente ya que es necesaria dicha condición.

En la reforma del Código Penal de 2015 se han incluido a los profesionales sanitarios en el artículo 550 Párrafo I, que dice lo siguiente *“Son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas. En todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas”*

Dotándoles de la condición de funcionario público aunque no de autoridad lo que condiciona una diferencia en las penas como se indica en el Art.550 del CP párrafo II *“Los atentados serán castigados con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de tres a seis meses si el atentado fuera contra autoridad y de prisión de seis meses a tres años en los demás casos”*.

En el anterior Código Penal de 1995 se decía *“son reos de atentado los que acometan a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o empleen la fuerza contra ellos, lo intimiden gravemente o les hagan resistencia activa también grave, cuando se hallen ejecutando las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas”*. Por lo que ya se hacía referencia de forma general a los funcionarios públicos como sujetos protegidos por dicho artículo.

Hay que tener en cuenta que solo se aplicará el delito de atentado a la agresión al personal sanitario solo presente en caso de una ofensa grave la acusación pública y la particular del sanitario(16,17).

Podemos preguntarnos entonces cómo están protegidos los profesionales que trabajan en la sanidad privada. Al no estar trabajando para el Estado están desprotegidos por el artículo 550 CP ya que como se ha dicho anteriormente es un requisito indispensable para ser juzgados como delito de atentado. Sorprendentemente, realizando una búsqueda de jurisprudencia encontramos la Sentencia del Juzgado de lo Penal de León num. 343/2010 de 2 noviembre ARP\2010\1332. En la que se acusa al agresor de un delito de atentado en concurso ideal con una falta de lesiones y se le condena a un año de prisión y una multa de un mes por una agresión a un médico de Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales producida al manifestarle que le iba a dar el alta médica. Esto puede chocarnos pero se consideró a dicho médico como funcionario público siguiendo lo previsto en el artículo 1.1 de la Ley 53/84 en la que se considera a estas Mutuas como colaboradoras con la Seguridad Social.

Con la reforma del CP las agresiones graves contra profesionales médicos de la sanidad privada pueden estar amparadas como bien indica Sánchez-Benito et al(15) por el artículo 554.3 del CP que dice lo siguiente *“También se impondrán las penas de los artículos 550 y 551 a quienes acometan, empleen violencia o intimiden gravemente: a) A los bomberos o miembros del personal sanitario o equipos de socorro que estuvieran interviniendo con ocasión de un siniestro, calamidad pública o situación de emergencia, con la finalidad de impedirles el ejercicio de sus funciones. b) Al personal de seguridad privada, debidamente identificado, que desarrolle actividades de seguridad privada en cooperación y bajo el mando de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad”*

Según lo referido en este artículo solo podrán ser juzgadas por un delito de atentado las agresiones contra profesionales del ámbito privado si la agresión se comete en situación de Emergencia o catástrofe.

Otra de las modificaciones importantes de la reforma de 2015 es la desaparición de las faltas como bien refleja Juan-Mazuelas et al(18) que pasan a ser delitos leves o se derivan a vía civil o administrativa.

Podemos dividir por tanto los distintos tipos de agresión llevada a cabo por el sujeto activo:

Violencia física

Las lesiones (artículo 147 del CP) reducen su pena de prisión de 6 meses a 3 años que tenía en el CP 1995 a 3 meses a 3 años en el de 2015. Así mismo se da la posibilidad de castigar con una multa de 6 a 12 meses. A pesar de estas modificaciones sigue siendo necesario el requisito de tratamiento médico o quirúrgico posterior no siendo suficiente con una primera asistencia ni con el seguimiento de las lesiones.

Por tanto las lesiones de menor gravedad (las que no requieren tratamiento médico o quirúrgico) se sancionan a partir de la reforma con el tipo atenuado del art. 147.2 con una pena de multa de 1 a 3 meses mientras que con el CP de 1995 se castigaban con el art. 617.1. Por otro lado las agresiones no causantes de lesiones, maltrato de obra (antiguo 617.2), se prevé una pena de multa de 1 a 2 meses (Art. 147.3). En el CP de 1995 la pena era de localización permanente de dos a seis meses o multa de diez a treinta días, mientras que en el de 2015 se ha eliminado la posibilidad de localización permanente.

Violencia verbal o psíquica

Las amenazas (arts 169 del CP y en adelante) pasan a ser delitos leves y se distinguen dos tipos:

- Amenazas condicionales (art 169.1 CP) con pena de prisión de uno a cinco años si consigue su propósito, si no lo hubiera conseguido de seis meses a tres años
- Amenazas no condicionales con pena de prisión de seis meses a dos años y las coacciones leves (art. 620 CP de 1995) pasan a ser delitos

leves en los artículos 171.7 y 172.3 con una pena de multa de uno a tres meses.

En los dos delitos anteriores se afecta a la libertad de una persona mediante el empleo de violencia física o psíquica en las coacciones y de la violencia moral en las amenazas. Las coacciones protegen la libertad de obrar mientras que las amenazas inciden en la libertad de acción o decisión(19). Para diferenciarlas nos fijaremos en la proximidad de la violencia mayor en las coacciones (inmediata y actual) y diferida en el tiempo en las amenazas.

Las injurias (acción o expresión que lesionan la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación)(19) consideradas como delito se contemplan en el artículo 209 y se penan con pena de multa de tres a seis meses si se realizan sin publicidad y de seis a catorce meses con publicidad. Las injurias leves y las vejaciones (excepto en lo que concierne a lo que estipula el artículo 173.4, en relación con las personas que determina el art. 173.2), antes contempladas en el art. 620.2 (CP de 1995), y que son muy frecuentes en el ámbito sanitario, pasan a considerarse ofensas de carácter privado y la reparación puede exigirse mediante la vía civil o a través de los actos de conciliación, quedando por tanto fuera del ámbito penal.

4.3 Medidas de prevención

Los gobiernos de los distintos países y de las comunidades autónomas se han hecho eco del problema y han propuesto una serie de planes de prevención.

El primer plan de prevención en ser lanzado a nivel internacional fue por parte de la OMS en 2002 con las Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud(2) que tenían como objetivo ser un instrumento de referencia para la creación de planes de prevención y tratamiento de la violencia en el ámbito laboral sanitario de distintas naciones, empresas y regiones. En primer lugar da una serie de pautas para la evaluación del riesgo en el lugar de trabajo, en segundo lugar propone una serie de intervenciones en cuatro aspectos diferentes: organización de los centros, entorno (salas de

espera, accesibilidad, sistemas de vigilancia, etc), personas (formación y asesoramiento) y a posteriori (registro, asesoramiento jurídico, etc) y en tercer lugar propone que estas medidas deben incluir planes de evaluación para saber los resultados de éstas.

A nivel nacional se ha creado en España el día 5 de Julio de 2017 la Figura del Interlocutor Policial Sanitario que surgió a raíz de una reunión entre el Ministerio del Interior, Ministerio de Sanidad y la Organización médica Colegial. Tiene como objetivo establecer un procedimiento común para las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado ante cualquier tipo de agresión dirigida a profesionales de la salud comprendiendo agresiones físicas, agresiones verbales, etc. Además de profundizar en el conocimiento de dicha problemática en los centros sanitarios para adoptar posteriormente medidas que aumenten la seguridad y reduzcan los hechos. La Instrucción 3/2017, de la Secretaría de Estado de Seguridad, sobre medidas policiales a adoptar frente a las agresiones a profesionales de la salud es la encargada de dictar las pautas necesarias para la implantación de dicha figura en las distintas regiones.

Por último en nuestra comunidad el 4 de febrero de 2008, la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y diversas organizaciones sindicales firmaron el Pacto para elaborar el Plan Integral frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. De este pacto surgió un protocolo de actuación frente a las agresiones dirigido a los profesionales sanitarios en el que se da información para saber reconocerlas, una serie de pautas para actuar en el momento de la agresión (ANEXO 1) y para realizar a posteriori. Así mismo a partir de este momento han surgido diferentes campañas como Espacio de Salud, Espacio de respeto y la de Stop Agresiones.

5. Conclusiones

- Las agresiones al personal sanitario constituyen un problema de creciente importancia en nuestra sociedad ya que afectan de forma clara

- a la relación médico-paciente y están relacionados con el burnout de nuestros profesionales(20).
- La prevalencia de este tipo de agresión es de entre un 40 a un 66,7%, siguiendo una tendencia al ascenso y con clara prevalencia del sector público sobre el privado. Aunque no existen registros a nivel internacional o nacional que agrupen las agresiones de todas las categorías profesionales del ámbito sanitario, si a esto sumamos el fenómeno de la infradenuncia solo nos podemos hacer una idea aproximada de la magnitud del problema partiendo de registros de determinadas profesiones (Registro de la OMC) o por encuestas.
 - En cuanto al sexo podemos decir que las víctimas más frecuentemente son mujeres aunque con gran variabilidad porcentual entre estudios. No podemos determinar, cuál es el profesional más afectado debido a la poca concordancia entre estudios aunque parece que es el personal de enfermería el que aparece como uno de los más afectados en casi todos los estudios citados(5,8,10–12).
 - Las agresiones contra los sanitarios son perpetradas con mayor frecuencia por el propio paciente como coinciden la mayoría de los trabajos analizados en este estudio(5,8,9,11,13), movidos por diferentes razones como discrepancia con la atención recibida(5,9), tiempo de espera(3,5,12) y discrepancias en la prescripción de tratamiento.
 - El ámbito en el que se dan estas agresiones difiere entre los diferentes estudios debido a que muchos de ellos han sido realizados en determinados servicios como por ejemplo en Atención Primaria, Emergencias, etc. En los estudios analizados los más frecuentes son Atención Primaria, Psiquiatría y Emergencias.
 - Debido al aumento del número de agresiones, durante estos últimos años se han propuesto una serie de medidas para intentar reducirlas. Una de estas medidas ha sido la reforma del Código Penal en 2015 incluyendo a los sanitarios dentro del delito de atentado (art 550) considerando a éstos funcionarios públicos, y penando por tanto las ofensas graves con penas de prisión de seis meses a tres años aunque muchos de estos delitos venían considerándose así por jurisprudencia.

- Con esta reforma se aumenta la pena de los delitos considerados graves contra el personal sanitario que ejerce en el ámbito público pero quedan desprotegidos los profesionales de la sanidad privada. Los delitos ejercidos contra estos últimos solo podrán ser juzgados con el artículo 550 si se producen en situación de emergencia tal y como dice el artículo 554 del Código Penal.
- La última medida que se ha puesto en marcha han sido distintos planes de prevención a nivel internacional (Directrices de la OMS), nacional (Figura del Interlocutor Policial Territorial Sanitario) y a nivel autonómico (Protocolo de actuación frente a agresiones del SACYL) de los que en unos años podremos evaluar su eficacia en cuanto a reducción del número de éstas.

6. Bibliografía

1. Sentencia num 236/2011 de 8 junio.
2. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. :38. OMS
3. Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. Rev Panam Salud Publica. :9.
4. Johansen IH, Baste V, Rosta J, Aasland OG, Morken T. Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. BMJ Open. agosto de 2017;7(8):e017757.
5. Pompeii LA, Schoenfisch AL, Lipscomb HJ, Dement JM, Smith CD, Upadhyaya M. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. Am J Ind Med. 1 de noviembre de 2015;58(11):1194-204.
6. Wu J-C, Tung T-H, Chen PY, Chen Y-L, Lin Y-W, Chen F-L. Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals. J Occup Health. 2015;57(6):540-7.
7. Gómez-Durán EL, Gómez-Alarcón M, Arimany-Manso J. Las agresiones a profesionales sanitarios. Rev Esp Med Leg. :1-2.
8. Juan-Mazuelas D, Isabel A. Las agresiones a profesionales sanitarios. Estado actual de la investigación. Diálisis y Trasplante. 2017;vol.38(2):5.

9. Rincón-Del Toro T, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, de Castro-Monteiro E, et al. [Aggressions towards Primary Health Care Workers in Madrid, Spain, 2011-2012]. Rev Esp Salud Publica. 25 de octubre de 2016;90:e1-12.
10. Yancán M, Arturo I, Lucena García S, Martínez C, Elena M, Méndez L, et al. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas? Med Segur Trab. junio de 2013;59(231):235-58.
11. de-San-Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez-de-Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez-Úriz MÁ. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). Med Fam SEMERGEN. :85-90.
12. Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina Marcos M, Morató Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. Enferm Glob. abril de 2013;12(30):196-207.
13. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. N Engl J Med. 27 de abril de 2016;374(17):1661-9.
14. Rosa Agapito, Luis. Concepto de autoridad y de funcionario público a efectos penales. Aranzadi de Derecho y Proceso Penal. 2013;(31).
15. Sánchez-Benito MC, Juan-Mazuelas D, Isabel A. Agresiones al personal sanitario: modificaciones sustanciales del delito de atentado a partir de 2015. Med Clínica. :107-8.
16. Sánchez Uriz M^a Ángeles. Agresiones a profesionales sanitarios. Editorial académica española; 2017.
17. Goyena Huerta, Jaime. La reforma del delito de atentado operada por la Ley Orgánica 1/2015. Aranzadi Doctrinal. 2016;(9).
18. Juan-Mazuelas D, Isabel A, Sánchez-Benito C, Martínez-León C, Martínez-León M. Agresiones a profesionales sanitarios: tratamiento a partir de la reforma del Código Penal de 2015 de las lesiones y las antiguas faltas. Rev Esp Med Leg. :166-72.
19. Urreuela Mora Asier. El Derecho Penal ante el fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios. Comares, S.L; 2017.
20. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout: *The role of aggressions suffered*. J Clin Nurs. noviembre de 2013;22(21-22):3120-9.

