

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

14 febrero 2014

ÍNDICE

<i>Sección</i>	<i>Página</i>
1. <u>Resumen</u>	3
2. <u>Introducción</u>	5
3. <u>Contexto nacional e internacional</u>	5
4. <u>Antecedentes</u>	8
5. <u>Mesa Técnica I: “Causas, evolución y dimensiones del problema”</u>	11
6. <u>Mesa Técnica II: “Análisis de las medidas adoptadas y su eficacia”</u>	30
7. <u>Mesa Técnica III: “Recomendaciones y propuestas de solución”</u>	48
8. ANEXOS:	
<u>Anexo I: Cuestionario cumplimentado con las agresiones a profesionales del SNS (2008-2012). Tabla y gráfico</u>	61
<u>Anexo II-A: Informe de las Medidas Preventivas Adoptadas por las Comunidades Autónomas frente a las Agresiones a Profesionales de la Salud</u>	64
<u>Anexo II-B: Modelo de cuestionario que tiene como objeto conocer la eficacia de la implantación de las medidas adoptadas frente a las agresiones en las Comunidades Autónomas</u>	119
<u>Anexo II-C: Cuestionarios cumplimentados por las Comunidades Autónomas de Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, La Rioja, Murcia y Valencia</u>	125
<u>Anexo II-D: Documentos de análisis interno de la eficacia de las medidas implantadas frente a las agresiones en las Comunidades Autónomas de Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, La Rioja, Murcia y Valencia</u>	150
<u>Anexo III: Composición de la Mesa Técnica I</u>	174
<u>Anexo IV: Composición de la Mesa Técnica II</u>	175
<u>Anexo V: Composición de la Mesa Técnica III</u>	176
9. <u>Bibliografía</u>	177

1. RESUMEN

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en una preocupación prioritaria a nivel mundial en las últimas décadas.

El personal de los servicios sanitarios presenta un grado de riesgo mucho mayor que otros ámbitos laborales.

En el presente informe se ha estudiado la problemática de las agresiones a los profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) desde tres vertientes:

1. Causas, evolución y dimensiones del problema.
2. Análisis de las medidas adoptadas y su eficacia.
3. Recomendaciones y propuestas de solución.

La evolución de las agresiones a los profesionales del SNS ha sido creciente hasta el año 2011, descendiendo ligeramente en 2012.

La mayoría de las agresiones no son físicas, sino que se trata de amenazas, insultos, vejaciones, intentos de agresión física, coacciones, etc.

Las agresiones se producen en ambos niveles asistenciales, atención primaria y atención especializada.

De igual forma, se distribuyen de manera similar entre grupos profesionales, aunque se observa mayor incidencia en el personal facultativo; no obstante, esta tendencia va haciéndose menor año tras año.

Las más frecuentemente agredidas son las profesionales del sexo femenino, si bien hay que tener en cuenta que el sector sanitario está integrado mayoritariamente por mujeres.

Se detecta un bajo índice de denuncia por parte de los profesionales agredidos.

Las Comunidades Autónomas han adoptado diversas medidas en relación a las agresiones con objeto de prevenir y disuadir las agresiones a los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario.

Las medidas implantadas en las diferentes Comunidades Autónomas son de diversa índole: normativas, organizativas, de seguridad, formativas e informativas.

Una vez valoradas las medidas adoptadas, se concluye que el grado de eficacia de la mayoría de las mismas es medio-alto, si bien en el caso de determinadas medidas el grado de eficacia es bajo.

El análisis realizado sobre las agresiones a profesionales del SNS demuestra que se trata de un fenómeno muy complejo, en el que interaccionan una pluralidad de causas.

Para que la estrategia resulte eficaz, el abordaje de esta problemática debe realizarse desde una perspectiva *global*, tanto por lo que se refiere a las *medidas* (normativas, organizativas, de seguridad, formativas e informativas) como a los *destinatarios* de las mismas (profesionales y usuarios del SNS).

Para lograr el éxito de este enfoque *integrado y participativo*, es necesaria además la implicación y colaboración de todos los *agentes* que interactúan en este ámbito: administraciones públicas, responsables de organizaciones sanitarias, Servicios de Prevención de riesgos laborales, Organizaciones Sindicales, Colegios Profesionales, Universidades, Fundaciones, Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado, Ministerio Fiscal, así como los propios profesionales y usuarios del SNS.

El contexto actual condiciona que las medidas que se propongan sean especialmente *eficientes*, tendiendo a la máxima eficacia con el menor coste posible.

El objetivo último es llegar a establecer una cultura de “tolerancia cero” ante las agresiones a profesionales en el SNS.

Una vez analizadas las causas, tendencia y dimensiones del problema y evaluada la eficacia de las medidas adoptadas, se proponen las siguientes líneas de recomendaciones:

1. Enfoque integral y participativo.
2. Fomento de políticas y planes que combatan las agresiones. Cultura de “tolerancia cero”.
3. Importancia de la investigación de las causas de las agresiones. Identificación de los “puntos críticos”. Elaboración de un mapa de riesgo de agresiones.
4. Puesta en marcha del Sistema de Información de Agresiones del SNS. Determinación del conjunto de datos básicos.
5. Constitución del Observatorio de Agresiones del SNS. Intercambio de “buenas prácticas”. Elaboración de “guías de recomendaciones” dirigidas a los profesionales del SNS.
6. Tendencia a la homogeneización de los registros de agresiones de los Servicios de Salud.
7. Potenciación de las medidas formativas e informativas dirigidas a los trabajadores.
8. Apoyo y asesoramiento a los profesionales afectados.
9. Importancia de las medidas destinadas a los usuarios del SNS. Régimen sancionador.
10. Evaluación periódica de la eficacia de las medidas adoptadas. Estrategias para incrementar la eficacia de dichas medidas.
11. Impulso de medidas a adoptar en el ámbito estatal.
12. Consideración de las agresiones “no intencionadas”.

2. INTRODUCCIÓN

La violencia es un factor sociocultural que está presente en casi todas las situaciones de la vida; se habla de violencia callejera, violencia de género, violencia juvenil y, desde fechas recientes, también de “violencia laboral”.

Como refiere la OIT en las directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud, “la violencia laboral afecta a la dignidad de millones de personas en todo el mundo. Es una importante fuente de desigualdad, discriminación, estigmatización y conflicto en el trabajo. Cada vez más aparece como una amenaza grave contra la eficiencia y el éxito de las Organizaciones.”

La violencia en los centros sanitarios difiere significativamente de la de otros lugares de trabajo, como la de los comercios, por ejemplo, en los que la agresión se relaciona más a menudo con el robo. En centros sanitarios, la violencia procede generalmente de usuarios y, en algunas ocasiones, de sus allegados. Asimismo, estas agresiones tienen cierto grado de incoherencia al ir dirigidas a los profesionales de la Sanidad, cuyas principales funciones son la prevención y promoción de la salud de todos los ciudadanos.

La toma de conciencia de este problema en España es reciente, no obstante últimamente está aumentando la sensibilidad ante este fenómeno hasta el punto de que la mayoría de Colegios Profesionales, Organizaciones Sindicales y Comunidades Autónomas han abanderado la defensa de sus profesionales, exigiendo a las Administraciones la adopción de medidas preventivas y disuasorias frente a este problema.

3. CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL

3.1. CONTEXTO INTERNACIONAL

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema mundial que atraviesa las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales. Durante mucho tiempo “olvidada”, ha adquirido una enorme importancia en las últimas décadas y en la actualidad es una preocupación prioritaria tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo.

En 1998 la **Organización Internacional del Trabajo (OIT)** publicó un informe sobre La Violencia en el Trabajo, basado en el estudio mundial más vasto realizado hasta entonces en ese ámbito.

En él se indicaba que ocupaciones como la del personal de los servicios sanitarios presentan un grado de riesgo mucho mayor que otros ámbitos laborales, y que el riesgo es considerablemente mayor para las mujeres.

También se reconocía que las agresiones psicológicas son una forma grave de violencia.

Otra de las conclusiones del informe es que la violencia en el entorno de trabajo se deriva de una combinación de causas, relativas a las personas, el medio ambiente y las condiciones de trabajo, así como a las formas de interacción entre los propios trabajadores, entre los clientes y los trabajadores y entre éstos y los empleadores.

En ese sentido, se sugiere que para actuar contra la violencia se necesitan enfoques globales. En lugar de buscar una única solución aplicable a cada problema y situación, deberían analizarse todos los factores generadores de violencia y explorarse estrategias variadas.

El informe no menciona a España pero sí a países de nuestro entorno europeo: se concluye que Francia, Argentina, Rumania, Canadá e Inglaterra presentaban las tasas más elevadas de agresiones y acoso sexual en el lugar de trabajo.

En 2002 la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) publicó un Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ese mismo año 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 marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.

Estas directrices van destinadas a apoyar las respuestas concretas que se lleven a cabo en los planos empresarial, sectorial, nacional e internacional de los sectores tanto público como privado.

En 2007 se publicó la **Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo** por la que se transmitía el acuerdo marco europeo sobre el acoso y la violencia en el trabajo (firmado por la CES, BUSINESS EUROPE, la UEAPME y el CEEP). 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. Se pide a las empresas de Europa que adopten una política de tolerancia cero frente a este comportamiento y que especifiquen procedimientos para tratar los casos de acoso y violencia que se produzcan.

En 2010 se emitieron unas Directrices multisectoriales para solucionar la violencia y el acoso de terceros relacionados con el trabajo (con la participación de FSESP, UNI-Europa, CSEE, HOSPEEM, CMRE, EFEE, EuroCommerce, CoESS).

A destacar, entre las consideraciones que se hacen en este documento:

□ Hay una mayor preocupación por los efectos de la violencia de terceros sobre los trabajadores, ya que no sólo debilita la salud y dignidad del individuo, sino que también tiene un impacto económico evidente en términos de absentismo laboral. La violencia de terceros puede generar, además, un entorno laboral inseguro e incluso amenazante para el público y usuarios de servicios, y tiene, por lo tanto, un amplio impacto social negativo.

□ Aunque hay diferencias sectoriales y organizativas en relación con la violencia de terceros que afrontan los trabajadores en diferentes puestos laborales y lugares de trabajo, los elementos clave de las buenas prácticas y las medidas para solucionarla son comunes a todos los entornos laborales.

3.2. CONTEXTO NACIONAL

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, que encuentra en la **Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales** su pilar fundamental. Esta ley transpone al Derecho español la Directiva 89/391/CEE, relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, que contiene el marco jurídico general en el que opera la política de prevención comunitaria.

En el art. 8 de la Ley 31/1995 se establecen las funciones del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el órgano científico técnico especializado de la Administración General del Estado que tiene como misión el análisis y estudio de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, así como la promoción y apoyo a la mejora de las mismas. Para ello establecerá la cooperación necesaria con los órganos de las Comunidades Autónomas con competencias en esta materia.

Conforme a lo establecido en el art. 13, se crea la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo como órgano colegiado asesor de las Administraciones públicas en la formulación de las políticas de prevención y órgano de participación institucional en materia de seguridad y salud en el trabajo. Está integrada por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración General del Estado y, paritariamente con todos los anteriores, por representantes de las Organizaciones Empresariales y Sindicales más representativas.

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 normativas para que los profesionales sanitarios sean considerados autoridad pública.

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.

4. ANTECEDENTES

El Pleno del **Senado**, en una sesión celebrada el 13 de septiembre de 2012, aprobó una moción, con la participación de diferentes grupos parlamentarios, por la que instaba 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 Sistema Nacional de la Salud (SNS), la necesidad de que los Servicios de Salud de todas las Comunidades Autónomas cuenten con medidas preventivas y disuasorias frente a las agresiones.

3. Potenciar un estudio a nivel nacional, a propuesta del Consejo Interterritorial de Salud, en colaboración con las Comunidades Autónomas, los Consejos Generales de los Colegios Profesionales sanitarios, las Organizaciones Sindicales más representativas del sector sanitario y las Asociaciones de Pacientes, sobre las dimensiones reales y las soluciones más adecuadas a la problemática de las agresiones a los profesionales sanitarios.

Tras la presentación, en la reunión de la Comisión Técnica Delegada de la Comisión de Recursos Humanos del SNS de 4 de diciembre de 2012, de un informe en el que se planteaba la necesidad de que los Servicios de Salud de todas las Comunidades Autónomas contaran con medidas preventivas y disuasorias frente a las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios, el Pleno de la **Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS)**, reunido el 20 de diciembre de 2012, acordó:

1º. Que por parte de cada Servicio de salud se informe a la Comisión de las medidas de carácter normativo o no, implementadas tanto en materia de prevención potencial de las agresiones a los profesionales sanitarios, como, en su caso, de registro y de desarrollo de un sistema de información ad hoc que permita realizar un seguimiento de la evolución cuantitativa y cualitativa de la casuística, motivos, estratificación y otros aspectos relacionados con las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios en el ámbito de su Comunidad.

2º. Que la Comisión apruebe un informe elaborado con las medidas preventivas y disuasorias adoptadas frente a las agresiones, y que se asuma el compromiso de actualizar este informe anualmente de cara a implementar a futuro medidas de mejora sobre la problemática de las agresiones a profesionales sanitarios.

Por su parte, el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)**, reunido en sesión plenaria en la misma fecha (20/12/12), acordó:

□ La creación y constitución de un Grupo de Trabajo, en el que se encuentren representados el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, los Consejos Generales de Colegios Profesionales de las profesiones sanitarias, las Organizaciones Sindicales más representativas y las Asociaciones de Pacientes y Usuarios más relevantes, el cual en el plazo de, entre 6 y 8 meses, presentará las conclusiones de un estudio realizado sobre la problemática de estas agresiones, contemplando la casuística y los indi-

cadore más destacados de esta cuestión en todo el territorio del SNS, que aborde tanto las dimensiones reales, las medidas preventivas, disuasorias y de todo orden adoptadas y puestas en marcha por las distintas Administraciones Sanitarias y que apunte las propuestas y soluciones que se estimen más adecuadas para su resolución.

□ Que el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS apruebe y suscriba las conclusiones de este estudio nacional, ratificándolo o, en su caso, completándolo, en el plazo de dos meses desde que el Grupo de Trabajo designado le eleve las propuestas que resulten del estudio citado.

Con el mandato del Consejo Interterritorial del SNS y del Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, el día 20 de mayo de 2013 se constituyó el **Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del SNS**, un Grupo de Trabajo compuesto por representantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, las Organizaciones Sindicales más representativas, los Consejos Generales de Colegios Profesionales Sanitarios y las Asociaciones de Pacientes y Usuarios, con el fin de realizar un estudio sobre las agresiones a los trabajadores/as del SNS, las dimensiones del problema, las medidas preventivas y disuasorias adoptadas por las Administraciones Sanitarias, así como las propuestas y soluciones más adecuadas.

En el seno del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del SNS se acordó constituir tres Mesas Técnicas, coordinadas por representantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, cada una de las cuales se encargaría de analizar una faceta de la problemática de las agresiones a profesionales del SNS:

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

La composición de las tres Mesas Técnicas se recoge en los **Anexos V, VI y VII**.

La metodología de trabajo de las Mesas Técnicas ha sido común:

- Celebración de, al menos, dos reuniones presenciales, la constitutiva y la de conclusión de cada Mesa Técnica, en la sede del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Entre ambas reuniones presenciales, podrán celebrarse otras virtuales: vía audioconferencia, con periodicidad quincenal, y/o según los avances en la elaboración del informe.

Las Mesas Técnicas I y II trabajaron en paralelo. Ambas celebraron su reunión constitutiva, de carácter presencial, el 18 de junio de 2013.

En el caso de la Mesa Técnica I, siguieron dos reuniones celebradas vía audioconferencia en fechas 4 y 18 de julio de 2013.

En el de la Mesa Técnica II, las reuniones intermedias vía audioconferencia tuvieron lugar en fechas 3 y 12 de julio de 2013.

La Mesa Técnica I se clausuró con una reunión presencial el 7 de noviembre de 2013.

La reunión de clausura de la Mesa Técnica II tuvo lugar el 17 de septiembre de 2013.

Una vez finalizados los trabajos desarrollados por las Mesas Técnicas I y II y emitidos los correspondientes informes de conclusiones, la Mesa Técnica III celebró su reunión constitutiva el 12 de diciembre de 2013, en la que se presentaron dichas conclusiones así como una propuesta de líneas de recomendaciones.

La Mesa Técnica III celebró una nueva reunión, vía audioconferencia, el 17 de enero de 2014 y se clausuró con una última reunión, con carácter presencial, el 30 de enero de 2014.

5. MESA TÉCNICA I: “Causas, evolución y dimensiones del problema”

1.- OBJETIVOS

1. Identificar las **causas** que motivan la agresión a un profesional de los Servicios de Salud, para lo cual, analizaremos los datos de los registros de agresiones a los profesionales de los distintos Servicios de Salud para poder contestar a la siguiente pregunta **¿Por qué se agrede a profesionales de la Sanidad?**

2. Analizar de manera descriptiva la **evolución** de las agresiones a profesionales de acuerdo con los datos aportados por los Servicios de Salud y poder contestar a la pregunta **¿Cuál es la tendencia de las agresiones a profesionales de la Sanidad?**

3. Por otro lado, para conocer las **dimensiones del problema**, debemos analizar la información que se registra en los distintos Servicios de Salud, señalar sus analogías y diferencias entre sí, proponer indicadores que puedan ser útiles a la hora de hacer el tratamiento de información para conocer las dimensiones del problema de las agresiones profesionales desde el punto de vista cuantitativo, así como, desde el punto de vista cualitativo, cuantas agresiones físicas se dan y su gravedad.

2.- DEFINICION DE AGRESION A PROFESIONAL DE LA SANIDAD CON RESPECTO A LA MOCION DEL SENADO DE 13 DE SEPTIEMBRE DE 2012.

Existen múltiples manifestaciones del fenómeno de la violencia en el trabajo: acoso laboral, agresiones entre los propios trabajadores, la agresión a un trabajador o trabajadora con ocasión de un robo, etc... Por ello, inicialmente se ha delimitado el concepto de “agresión a los profesionales” referida en la moción del Senado de 13/09/2012.

Delimitar claramente el concepto de agresión a profesionales, es fundamental para evitar el margen de discrecionalidad del concepto de agresión, con el fin de facilitar la mayor homogeneización posible de los datos y los indicadores que se obtengan en el estudio. Para ello se ha adoptado la definición de agresión que da la OIT en el “Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla” año 2003.

El repertorio de la OIT de 2003 define *“Violencia en el lugar de trabajo” como 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.*

Según este repertorio, la **violencia interna** en el lugar de trabajo es la que tiene lugar entre los trabajadores, directores, supervisores y la **violencia externa** es la que tiene lugar entre trabajadores y personal directivo y otra persona presente en el lugar de trabajo de manera legítima (cliente, paciente, usuario). Y hay que diferenciar esta violencia externa de la violencia

también externa pero que se ejerce por un individuo que realiza una actividad ilegítima (atracó, robo).

Analizados los distintos conceptos de agresión, entendemos que la moción del Senado se refiere a la ***violencia externa, ejercida por pacientes, familiares, usuarios, a los profesionales de la Sanidad durante el desarrollo de sus funciones.***

En este proceso de delimitación del concepto de agresión al profesional es importante señalar el concepto de acoso sexual: se trata de toda conducta verbal o física de naturaleza sexual, desarrollada en el ámbito de la organización y dirección de la empresa, en una relación de trabajo, realizada por un sujeto, que sabe que es ofensiva y no deseada por la víctima y afectando al empleo, a las condiciones de trabajo y/o creando un entorno laboral ofensivo, hostil, intimidatorio o humillante. (Definición de la Comisión Europea).

Del mismo modo, acoso laboral es un proceso en el que una persona o un grupo de personas ejercen un tipo de violencia psicológica, de manera sistemática y de forma prolongada sobre otra persona en el lugar de trabajo con el fin de perjudicar o deteriorar su estatus profesional. El acoso laboral tiene una problemática propia y un protocolo de actuación determinados en el ámbito de la prevención de riesgos laborales.

Por lo tanto, consideramos excluidas en este estudio, las siguientes agresiones:

- Acoso laboral y acoso sexual.
- Eventos fortuitos que causen una lesión al profesional.
- Agresiones entre profesionales del propio centro asistencial.
- Agresiones como consecuencia de un acto ilícito, robo, atraco, etc...

Así mismo, estimamos imprescindible acompañar un glosario de términos que defina la mayoría de aspectos que están presentes en las agresiones a profesionales:

4.1.- Glosario de términos.-

4.1.1 Conceptos globales

Violencia Laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo -incluidos los viajes de ida y vuelta a él- que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud. (Definición adaptada de la Comisión Europea).

La violencia se puede manifestar de forma física, verbal, gestual, simbólica, sexual, psicológica y por discriminación (de edad, sexo, nacionalidad, etnia, minusvalía u orientación sexual). (Tomado de la definición de violencia en el lugar de trabajo de la O.I.T.).

Violencia física es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos. Se incluyen en ella las palizas, patadas, bofetadas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos. (Adaptado de la definición de violencia, de la O.M.S.).

Violencia Psicológica es el uso deliberado del poder o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, y las amenazas. (Adaptado de la definición de violencia, de la OMS).

La violencia psicológica comprende el acto de crear un ambiente hostil mediante palabras, acciones o contactos físicos molestos que no tengan como consecuencia un daño físico.

4.1.2 Conceptos específicos

Incidente VIOLENTO es el suceso que acontece en el curso de una prestación sanitaria o relacionada con ella, en donde se produce una agresión a uno o varios profesionales del Sistema Nacional de Salud.

ACCIDENTE lesivo o con potencial lesivo es la situación que produce o puede producir un daño a un profesional por un suceso fortuito en aquellas situaciones causadas o provocadas por un usuario/a o por sus familiares sin ánimo de causar tal perjuicio o lesión

Agresión al profesional sanitario es la violencia ejercida por el paciente, allegado, o usuario sobre el trabajador o la trabajadora del Servicio de Salud.

Agresión / ataque es un comportamiento violento con intención de dañar a otra persona y se realiza con o sin armas. Hay que tener en cuenta que en un incidente se pueden dar más de un tipo de agresión (insulto, agresión física y daños materiales, por ejemplo).

Intimidación / atropello es un comportamiento ofensivo y repetido en el tiempo, con intentos vengativos, crueles o maliciosos de humillar o minar a un empleado o grupo de empleados. (Adaptado de Violencia en el trabajo- OIT)

Amenaza es la promesa de recurso a la fuerza física o al poder (es decir, la fuerza psicológica), que produce miedo al daño físico, sexual, psicológico u otras consecuencias negativas en las personas o grupos a los que se dirige.

Según el artículo 243 del Código Penal, **amenaza** es la acción de intimidar a alguien con el anuncio de causarle a él, a su familia o a otras personas con las que esté íntimamente vinculado, un mal que constituya delito de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico.

Víctima es todo trabajador/a o empleador/a que es objeto de violencia en el lugar de trabajo.

Autor/a / agresor/a es la persona que presuntamente expresa un comportamiento violento en el lugar de trabajo.

Lugar de trabajo son todas las áreas del centro de trabajo, edificadas o no, en los que los trabajadores y las trabajadoras deban permanecer o a las que se puedan acceder en razón de su trabajo y están destinadas a albergar los puestos de trabajo.

Están incluidos los servicios higiénicos y locales de descanso, los locales de primeros auxilios y los comedores. Igualmente se incluyen las instalaciones de servicio o protección aneja a los lugares de trabajo, como salas de calderas, de compresores, salas de máquinas de ascensores, centros de transformación, instalaciones de protección contra incendios, etc.

En todo caso, se considera lugar de trabajo toda instalación de atención de salud, cualesquiera que sean sus dimensiones, su ubicación (urbana o rural) y el tipo de los servicios que preste, incluidos los complejos hospitalarios, los hospitales de las ciudades, los hospitales comarcales, los centros de salud, consultorios y edificios administrativos o de Administración. En el caso de los servicios prestados fuera de las instalaciones de atención de salud, como los servicios ambulatorios o a domicilio, se considerará lugar de trabajo cualquier lugar en que se presten esos servicios.

De la misma manera se consideran lugar de trabajo el transporte sanitario, ambulancia.

3.- DEFINICIÓN DE TIPOS DE AGRESION

Las agresiones que se infligen a profesionales pueden ser de los siguientes tipos:

- Agresiones físicas. Son aquellos actos o ataques violentos que implican contacto físico con o sin armas entre agresor/a y trabajador/a con ánimo de provocar un daño o lesión a éste y pueden o no producir un daño físico o lesión.
- Agresiones no físicas. Son aquéllas que no conllevan contacto físico. Se corresponden con insultos, amenazas, intento de agresión, acoso por razón de sexo.
Estas agresiones podemos subdividirlas:
 - Grado 1: insultos y vejaciones.
 - Grado 2: amenazas, coacciones, intento de agresión, uso de armas.
- Violencia patrimonial. La violencia ejercida en los bienes materiales o enseres. Esta violencia tiene un importante poder intimidatorio, por esta razón la hemos incluido como un tipo más de agresión que se infringe a profesionales y que cuando se da suele venir acompañada de los otros tipos de agresiones.

4.- INFORMACION SOBRE AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SNS

La información sobre las agresiones a profesionales de los Servicios de Salud se encuentra dispersa por los distintos registros de agresiones que cada Servicio de Salud recopila, con el fin de poder conocer mejor el fenómeno de la violencia ejercida sobre profesionales y articular ac-

tuaciones de prevención de las agresiones o conflictos en los centros asistenciales de su correspondiente ámbito.

Por otro lado, no hay ningún sistema de información que a su vez, recoja la información de cada registro de agresiones de los Servicios de Salud. Así, en el portal estadístico del SNS, que se encuentra en la web del Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad se recoge información sobre el Sistema Nacional de Salud, como la actividad, efectivos, medicamentos, gasto sanitario, etc.; sin embargo, no recoge ninguna información relativa a las agresiones que sufren los y las profesionales.

Ante la necesidad de tratar la información de las agresiones a los profesionales del SNS se consideró conveniente elaborar un sencillo cuestionario (**Anexo I**) que sirviera para recopilar de primera mano la información sobre agresiones a los profesionales sanitarios de cada Servicio de Salud. El cuestionario recoge 34 aspectos que se consideraron imprescindibles por el grupo de trabajo para poder llevar a cabo la misión encomendada.

Este cuestionario recoge información sobre:

- Los cinco últimos años, de 2008 a 2012 (año 2012 sin incluir información de efectivos SNS ni actividad asistencial).
- Información sobre el lugar de la agresión: atención primaria u hospitalaria.
- Tipos de agresión: físicas y no físicas, que a su vez, se subdividen en grado 1 para las agresiones verbales y grado 2 para las psicológicas.
- Daños materiales que habitualmente se producen con ocasión de las agresiones.
- Categoría profesional de la víctima, agrupando en tres grandes grupos a los y las profesionales de la Sanidad.
- Vinculación contractual de la víctima, en cuanto a modalidad eventual o indefinida.
- Gravedad de la agresión, es decir si la víctima ha tenido que pasar a la situación de baja por incapacidad temporal (IT) debido a la agresión.
- Denuncia de las agresiones.
- Causas de la agresión.

Con respecto a las causas de las agresiones a profesionales se observó una multiplicidad de aspectos que hacían difícil su registro, como:

- Importante ausencia de información sobre las causas que dan origen a las agresiones, pues con frecuencia no se registran las causas del incidente violento, aunque haya un apartado en el registro en donde se relatan los hechos acaecidos.
- La información de las causas de las agresiones debido a la descentralización de los registros, tienen denominaciones diferentes de hechos idénticos, por lo tanto resulta difícil casar datos de distintos registros.
- Dificultad intrínseca para poder resumir, en una causa, una sucesión de hechos que llevan a una agresión en un determinado momento. Hay que señalar la dificultad

añadida de reclasificar los datos de los registros de los Servicios de Salud al cuestionario creado en el grupo de trabajo y en el que está basado este trabajo.

Con esta problemática se elaboró un catálogo, básico de causas, que sirviera para ir clasificando las distintas causas de las agresiones producidas a los profesionales:

- 1.- Causas relativas al proceso de prestación de la Incapacidad Temporal (IT)
- 2.- Causas derivadas de la organización del centro asistencial
 - 2.1. Relacionadas con tiempo de espera.
 - 2.2. Relacionadas con falta de información.
 - 2.3. Relacionadas con falta de señalización.
 - 2.4. Espacios comunes: limpieza, confort, diseño...
 - 2.5. Otras causas.
- 3.- Disconformidad con la atención profesional recibida
 - 3.1. Por parte del Personal Facultativo.
 - 3.2. Por parte del Personal Sanitario.
 - 3.3. Por parte del Personal No Sanitario.
- 4.- Disconformidad con el trato recibido del profesional.
 - 4.1. Por parte del Personal Facultativo.
 - 4.2. Por parte del Personal Sanitario.
 - 4.3. Por parte del Personal No Sanitario.

Del cuestionario se ha obtenido una información que nos ayudará a dimensionar el fenómeno de los actos violentos sobre profesionales de la Salud, así mismo, se han elaborado una serie de indicadores que nos aportarán mayor información, desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo, como por ejemplo, saber cuál es el promedio de días de IT de las agresiones, o cuál es el porcentaje de agresiones que causan IT.

Aprovechando las bases de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como son SIAP, CMBD, y ESCRI, se ha relacionado el dato de las agresiones globales con la actividad asistencial, y del mismo modo, las agresiones con el número de efectivos totales del Sistema Nacional de Salud.

Por último, con respecto al tratamiento de la información recibida de los distintos Servicios de Salud, se debe hacer una puntualización:

- El sesgo por infra registro que se puede dar en los datos globales, pues la información de los años 2008 y 2009 en muchos de los ítems analizados no es completa debido a que los registros de agresiones de los Servicios de Salud se crearon hace 5 o 6 años, y esta preexistencia de los registros, supone que algunos datos que se han solicitado mediante el cuestionario no se registran en los Servicios de Salud, como por ejemplo, el número de agresiones que suponen IT, o la duración de las IT por agresiones.

5.- DEFINICION E IDENTIFICACION DE CAUSAS

Con respecto a las causas de las agresiones a los profesionales de los Servicios de Salud hay que concluir que existe dificultad para registrar las causas en los registros de agresiones a profesionales, así:

- De los 17 Servicios de Salud e Ingesa, solamente 8 registran las causas de la agresión, y 4 las han registrado de manera incompleta, por esta razón, y para evaluar este apartado, hemos recogido únicamente los datos de los 12 Servicios de Salud que recogen las causas aunque sean de manera incompleta, totalizando las agresiones por años, del 2008 al 2012 (Cuadro 5.2).

- Existe diversidad de denominación de las causas que motivan una agresión.

Mediante el tratamiento de la información recogida por el cuestionario se ha observado que las causas de las agresiones se distribuyen con la siguiente proporción (Cuadro 5.2):

- El 40% de las agresiones han tenido su causa en aspectos relacionados con la organización del centro: tiempos de espera, falta de información, o señalización, limpieza de los espacios comunes, confort, etc.

- El **26%** de las agresiones en donde se han registrado las causas, éstas están referidas a disconformidad con la atención profesional recibida, y a su vez de manera muy similar proporcionalmente entre las distintas categorías profesionales (personal facultativo, personal de enfermería, otros profesionales no sanitarios).

- Por otro lado, las causas de agresiones relacionadas con las demandas del paciente en el proceso de IT, exigiendo, por ejemplo al médico de familia la baja médica o la continuidad de dicha baja, no llega al 1% (0,8%).

- En el **28-30%** de las agresiones (cuadro 5.2 solo de Servicios de Salud que han informado “Causas de agresiones”) se ha podido obtener información adicional del agresor/a, según la cual el agresor estaba bajo los efectos del alcohol o sufría de síndrome de abstinencia o sufría algún trastorno mental, el cual pudo provocar la agresión a los profesionales, por lo tanto podemos señalar que el “perfil del agresor/a” se ha considerado como un factor que ha influido en la agresión al profesional sanitario. No consideramos que el perfil del agresor sea una causa de la agresión, sino que supone un factor que puede facilitar la agresión.

Con respecto a las agresiones de pacientes psiquiátricos a profesionales de la Sanidad se ha planteado en los debates del grupo de trabajo, la posibilidad de no considerarlas “agresión” y calificarlas como “accidente lesivo” por estimar que es un evento fortuito, al no tener el paciente psiquiátrico ánimo de hacer daño, ni causar lesión o perjuicio; al final se ha dejado en el apartado “perfil del agresor”.

• Si tenemos en cuenta que la suma total acumulada de profesionales agredidos desde 2008 a 2012 es de 30.416 profesionales, de acuerdo con lo registrado por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, solamente se han podido calificar dentro de una causa, **22.267** agresiones a profesionales, es decir queda el **26.8 %** de las agresiones sin conocer la causa de la agresión.

Tabla 5.2. Causas de agresiones en porcentaje % (*)	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Total 2008-2012
Profesionales agredidos	2230	4607	5173	5392	4865	22267
Causas relativas proceso IT (%)	1.40	1.14	1.33	1.24	1.18	1.25
Derivadas de la Organización del Centro (%)	55.57	52.12	50.19	52.49	48.82	51.50
Otros	52.9	51.8	56.73	51.54	47.82	52.24
Disconformidad atención profesional recibida (%)	37.13	36.46	38.43	36.84	38.55	37.51
Disconformidad con el trato recibido (%)	5.9	10.27	10.04	9.43	11.45	9.73

(*) Datos sobre causas de agresiones: Andalucía, Islas Baleares, Castilla y León, Canarias, Cantabria, Cataluña, La Rioja Madrid, Murcia, Extremadura, Valencia e Ingesa

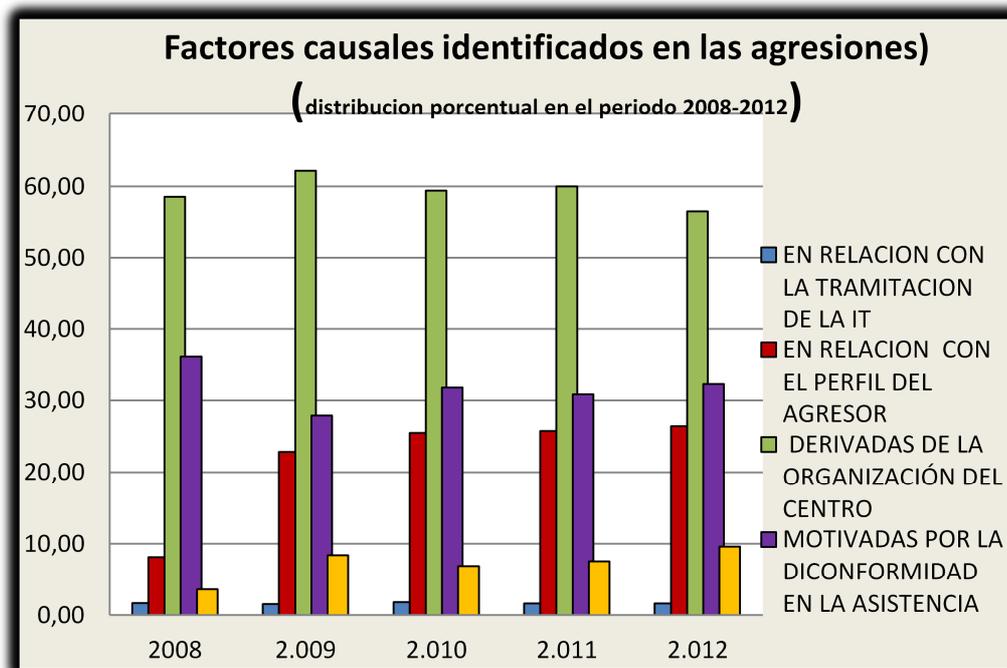
Factor Perfil del Agresor/a.-

	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Total 2008-2012
Perfil del agresor/a (%)	13.4	27.9	30.48	31.37	32.12	28.81

Distribución porcentual de causas derivadas de la organización del Centro



Así mismo, se planteó en los debates del grupo el beneficio que podría suponer desde un punto de vista preventivo, registrar los datos del agresor, como poder adoptar medidas preventivas en próximas visitas del mismo sujeto, se debatió la legalidad o no de tener un fichero de agresores. Sin embargo, el registro de los datos del agresor requerirá de todas las garantías del derecho a la protección de datos personales, recogido en el artículo 18.4 de la Constitución. Entre las garantías mencionadas, se requerirá su consentimiento, tendrá derecho acceder, modificar y suprimir los datos y a ser informado de la finalidad del tratamiento de sus datos.



6.- EVOLUCION Y DIMENSIONES DEL PROBLEMA

Del estudio de las cifras de agresiones recogidas por el citado cuestionario en el que se recopila información de los registros de los 17 Servicios de Salud e Ingresa, durante los años 2008 a 2012, y del análisis realizado mediante los indicadores relacionados en la tabla 6.2., observamos lo siguiente:

- Los datos de agresiones del año 2012, con respecto a las agresiones del año 2011 suponen un **-11.40 %**, y con respecto a 2010 también suponen un descenso de **-4.73%** de agresiones. A este respecto, no se ha considerado la información recogida en los años 2008 y 2009 por entender que se daría lugar a un sesgo por infra-registro.

- Tasa de incidencia, expresa la relación que existe entre el número total de profesionales agredidos/as en un determinado año y la cantidad total de efectivos del mismo periodo.

Este coeficiente sirve para señalar la velocidad de cambio de un determinado fenómeno en una serie determinada de tiempo, o desde otro punto de vista, sí nos puede servir como índice predictivo del riesgo de sufrir una agresión.

Los datos de la tabla 6.2 indican un incremento año a año de las agresiones a profesionales, es decir en el año 2010, de cada 1.000 trabajadores, 11.73 fueron agredidos; y en el 2011, de cada 1.000 trabajadores, 12.83 sufrieron una agresión. No podemos añadir este indicador de 2012, año en el que se produce un importante descenso en el número de profesionales agredidos al no disponer de los datos de efectivos al igual que ocurre con los datos de actividad correspondiente a este año.

- Con respecto a la relación de las agresiones con la actividad asistencial se aprecia que cuando ésta aumenta, también aumentan las agresiones, así en el año 2009 y 2010, años de mayor actividad, coinciden con años de mayor incremento de agresiones.

Tabla 6.1. Frecuencias absolutas

	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Nº total profesionales agredidos (*)	4.659	5.924	6.550	7.043	6.240
Total actividad asistencial(**)	469.635.148	513.084.404	505.240.558	513.351.109	-
Nº total profesionales SNS (***)	521.793	531.984	558.519	548.844	-
Personal Facultativo	107.572	110.639	112.209	112.437	-
Personal Enfermería	148.424	152.740	167.439	165.950	-
Otros profesionales SNS	265.797	268.871	278.871	270.457	-

(*) Información recogida de los 17 Servicios de Salud. 2013

(**) Total actividad asistencial: Actividad de A. Primaria más actividad de A. Especializada:

o Atención Primaria: nº consultas de médico, pediatra y enfermera), ordinarias y de urgencia, realizadas en el centro de salud y en domicilio.

○ Fuente: MSSS; Sistema de información de Atención Primaria (SIAP)

○ Atención Especializada : nº de ingresos hospitalarios+ nº consultas externas+ nº de urgencias hospitalarias+ nº de cirugías ambulatorias (CMA y resto de Cirugías ambulatorias)

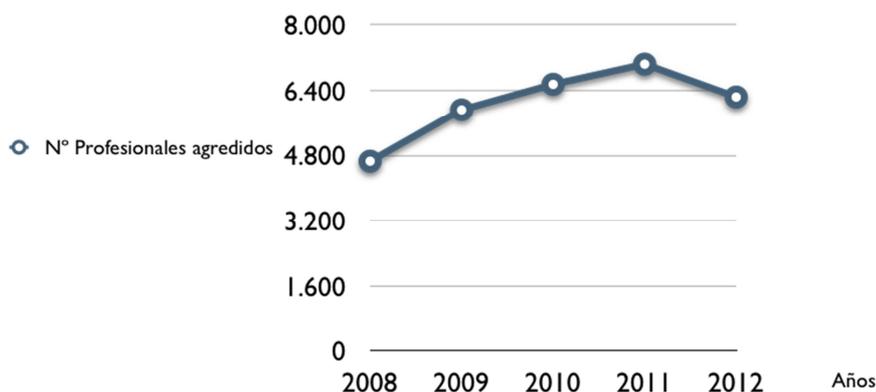
○ Fuente: MSSSI, SIAE

(NOTA: En la Actividad ambulatoria de Atención Especializada no incluye la actividad de hospital de día, hospitalización a domicilio y procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos invasivos.

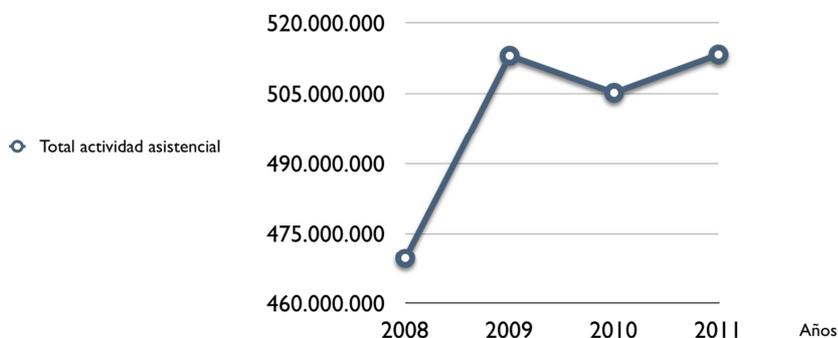
(***) Total de profesionales del SNS. (Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad):2008 y 2009 ESCRI y 2010. 2011 SIAE

- Personal Facultativo, no se incluye MIR.
- Personal Enfermería, Matrona, Enfermera, Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional.
- Otros profesionales SNS, personal no sanitario, técnicos especialistas y auxiliares de enfermería.

Evolución agresiones a los profesionales
Años 2008 - 2012



Evolución actividad asistencial
Años 2008 - 2011



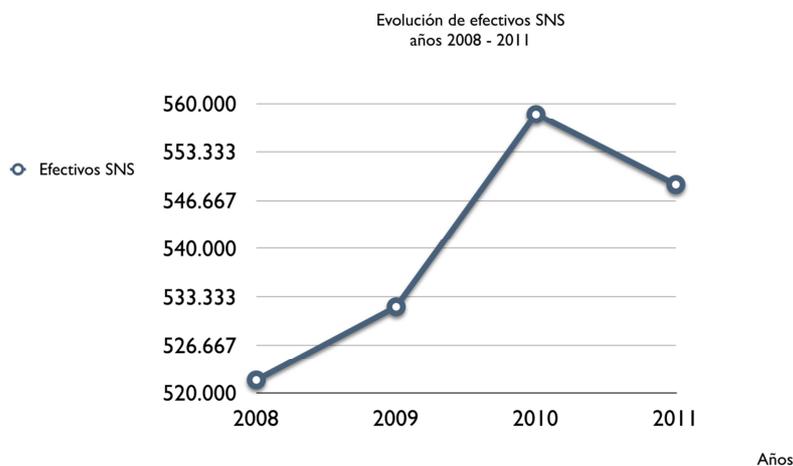


Tabla 6.2. Indicadores

	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Variación 2011- 2010
Tasa de incidencia (*)	8.93	11.14	11.73	12.83	
Facultativos agredidos/trabajadores*1.000	3.01	3.84	4.07	4.49	
Enfermería agredidos/trabajadores*1.000	2.56	3.37	3.60	4.00	
Otros prof. agredidos/trabajadores*1.000	2.8	3.6	4.0	4.2	
Nº de agredidos por acto médico *1.000.000	9.92	11.55	12.96	13.72	

(*) N^o total de profesionales agredidos/ n^o de trabajadores *1.000

Los y las profesionales de los Servicios de Salud que han sido víctimas de una agresión desde 2008 a 2011, de acuerdo con los datos registrados por los diecisiete Servicios de Salud son 24.176. Dado que el promedio de los efectivos del SNS de los años 2008 a 2011 es de 540.285 trabajadores/as, y la media de profesionales agredidos en esos años es de 6.044, la incidencia del fenómeno de las agresiones a profesionales de los Servicios de Salud es del 1,12% sobre el total de los efectivos del SNS.

Hay que reiterar que la fuente de información de este informe han sido los registros de las Comunidades Autónomas, que con referencia al año 2008 y 2009 son registros que adolecen de cierta regularidad, y así mismo, hay que considerar que en general hay incidentes violentos, amenazas y agresiones que se dan día a día en los centros asistenciales, caracterizándose por su baja notificación por parte de los trabajadores y trabajadoras.

¿Dónde se producen las agresiones, en el ámbito hospitalario o en atención primaria?

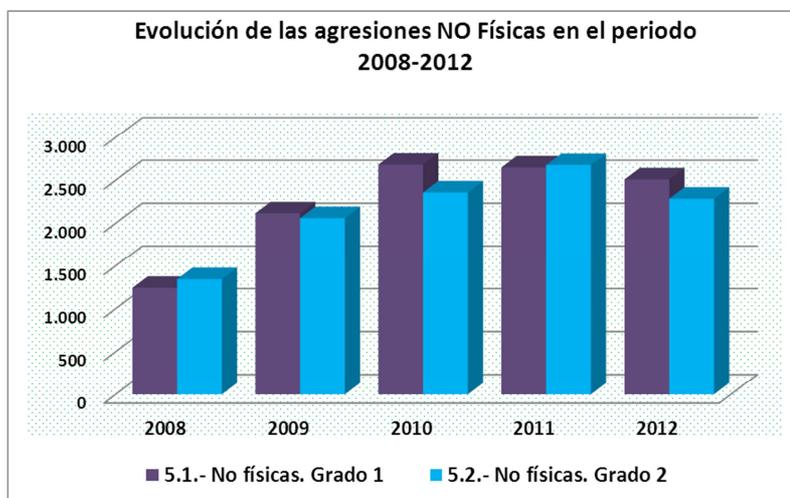
Según nuestros datos globales, hay un ligero aumento de agresiones en atención primaria 51%, aunque en la mitad de los Servicios de Salud estos datos se invierten y son más numerosos los actos violentos en los hospitales que en primaria.

Los tipos de agresión que se dan en el entorno sanitario en este periodo 2008-2012 son:

- La agresión física, es todo contacto físico que se lleva a cabo con intención de provocar un daño a la otra persona, bien con ayuda de un objeto o sin él. Este tipo de agresión, supone el **17.83%** del total de las agresiones que sufren los profesionales. Del total de agresiones y debido a la gravedad, el **2.10%** provocan en el agredido el inicio de un periodo de baja por incapacidad temporal (IT), La duración media del periodo de IT es variable cada año, aunque las cifras **oscilan entre los 7.1 días del año 2010, hasta los 21 días correspondientes al año 2009, siendo el promedio del periodo 2008 a 2012 de 6.551 días.**
- Las agresiones no físicas son el **82.17%** aproximadamente del total de las agresiones, son las más habituales, pues dentro de este grupo de agresiones hay una multiplicidad de comportamientos, como son insultos, vejaciones, amenazas, intentos de agresión, coacciones. Dentro de estas agresiones, el 43.72% son del tipo I mientras que el 44.42% son del tipo II, todo ello considerando las cifras globales en el periodo 2008-2012, sin cambios significativos año tras año.
- La violencia patrimonial o daños materiales que se pueden dar a la vez que los otros tipos de agresión, los cuales suponen el 4% de los registros de agresión notificados.



- Las víctimas de agresión son mayoritariamente mujeres, con un porcentaje del 72%, de los datos informados por las catorce Comunidades Autónomas; a este respecto hay que tener en cuenta que el sector de la sanidad está integrado en un 73% por mujeres (EPA 2005, citado en el libro *"La feminización de las profesiones sanitarias"*. Fundación BBVA. 2010), y este hecho puede explicar en parte el alto porcentaje de agresiones a mujeres, mientras que los hombres agredidos suponen un 28 %.

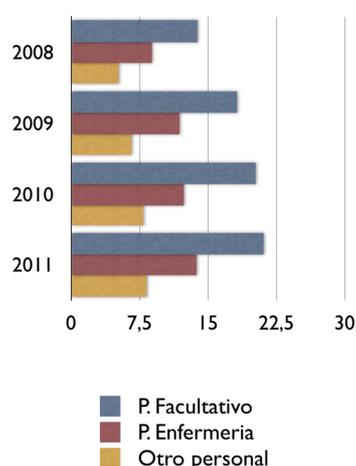


El reparto de víctimas agredidas de acuerdo al grupo profesional aparece con mayor proporcionalidad de lo que ocurre con el sexo, así la incidencia acumulada 2008-2011 (**nº facultativos agredidos/nº efectivos SNS *1000**) facultativos/as: 3,87‰; enfermeros/as: 3.40 ‰; otros profesionales: 3.65‰.

Analizando el grupo de profesionales agredidos en porcentaje (**nº facultativos agredidos/nº profesionales agredidos *100**) se aprecia que el personal facultativo son el grupo que recibe un mayor número de agresiones, de acuerdo a nuestros datos (años 2008 a 2011), este grupo profesional tiene el 35,07 % de las agresiones, y con magnitudes parecidas el personal de enfermería con un 31,18% y el resto de personal que engloba a categorías de auxiliares de enfermería, seguridad, y personal no sanitario congregan el 33,76% de las agresiones.

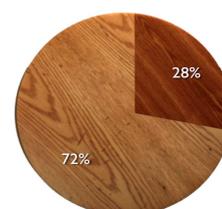
La incidencia acumulada de este periodo estudiado de 4 años, por tipo de profesional, (**nº facultativos agredidos/total de médicos * 1000**) confirma que son el grupo de facultativos el que mayor número de agresiones sufre frente al grupo de profesionales de enfermería y el conjunto de "otros profesionales", siendo los datos un 18,86‰, 11,56‰ y un 7.28 ‰ trabajadores respectivamente.

Tasa de incidencia por grupos profesionales



Sexo del agredido

Datos acumulados años 2008 a 2012



● Hombres ● Mujeres



<i>Tasa incidencia por grupos profesionales</i>	<i>Año 2008</i>	<i>Año 2009</i>	<i>Año 2010</i>	<i>Año 2011</i>
<i>Nº de médicos agredidos/ total médicos*1000</i>	<i>14.59</i>	<i>18.48</i>	<i>20.26</i>	<i>21.93</i>
<i>Nº enfermeras agredidas/total enferm.*1000</i>	<i>9.01</i>	<i>11.73</i>	<i>12.01</i>	<i>13.24</i>
<i>Nº otros profesionales/ total otros prof.*1000</i>	<i>5.49</i>	<i>7.07</i>	<i>8.03</i>	<i>8.49</i>

<i>% Agredidos por grupos profesionales</i>	<i>Año 2008</i>	<i>Año 2009</i>	<i>Año 2010</i>	<i>Año 2011</i>
<i>Nº total facultativos agredidos/nº prof. Agredidos*100</i>	<i>35.94</i>	<i>35.65</i>	<i>34.84</i>	<i>35.44</i>
<i>Nº total enfermeras agredidas/nº prof. Agredidos*100</i>	<i>30.63</i>	<i>31.24</i>	<i>30.82</i>	<i>31.58</i>
<i>Nº total Otros profesionales agredidos/nº prof. Agredidos*100</i>	<i>33.42</i>	<i>33.11</i>	<i>34.33</i>	<i>32.98</i>

% Grupo profesional agredido años 2008 a 2011

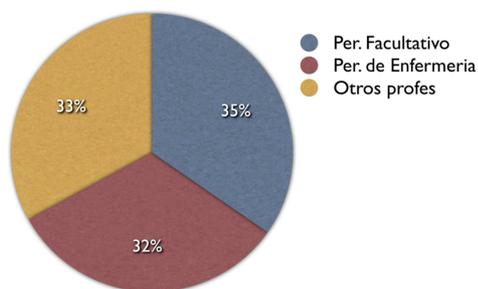




Tabla 7.1.

		2008 (1)	2009	2010	2011	2012	Total
Agresiones totales	Nº de profesionales agredidos	4659	5924	6550	7043	6240	30416
Lugar de la agresión	Aten. Especializada	2131	2739	3213	3527	3134	14744
	Aten. Primaria	2518	3161	3314	3480	3082	15555
Tipo de agresión	Física	930	1218	1167	1590	1265	6170
	No física	3880	5588	6457	6540	5967	28432
	Violencia patrimonial	175	282	291	317	308	1.373
Sexo del (6) agredido	Hombre	1119	1348	1274	1430	1224	6395
	Mujer	2580	3348	3535	3711	3338	16512
Categoría profesional del agredido (7)	Facultativo	1570	2045	2273	2466	2102	10456
	Enfermería	1338	1792	2011	2197	1958	9296
	Otros profes.	1460	1899	2240	2295	2171	10065
Por modalidad de contrato del agredido (2)	Contratación eventual	483	566	590	637	450	2726
	Contratación larga duración	220	497	487	686	726	2616
	Número de agresiones en los que se abre periodo de IT (3)	51	128	127	181	152	639
Por la gravedad de las lesiones	Días de baja que suman entre todos los profesionales agredidos (4)	1035	2683	902	1538	1312	7470
Por denuncia (5)	Número de agresiones que cursan con denuncia	487	755	645	744	700	3331

(1) (7) Año 2008 informado por trece Servicios de Salud.

(2) Informado por cinco Servicios de Salud.

(3) (6) Informado por catorce Servicios de Salud.

(4) Informado por cuatro Servicios de Salud.

(5) Informado por dieciséis Servicios de Salud, el año 2008 solo es informado por diez.

En el análisis de la vinculación eventual o de larga duración del personal agredido, solo está informado por cinco Comunidades Autónomas, de su resultado acumulado desde el año 2008 a 2012 se aprecia que el 51 % de este personal mantenía un nombramiento eventual, mientras que el 49 % restante tenía un nombramiento de larga duración..

Tabla 7.2. Indicadores

	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Agresiones físicas/total agresiones *100	19.33	17.9	15.31	19.56	17.49
Agresiones no físicas/ total agresiones *100	80.67	82.1	84.69	80.44	82.51
Agresiones causan IT/profes. agredidos *100	1.09	2.16	1.94	2.57	2.44
Días IT/agresiones que causan IT (días)	20.3	21.0	7.1	8.5	8.6
Agresiones cursan denuncia/ total agres. *100	10.45	12.7	9.84	10.56	11.21

Solo el 10,95% de las agresiones cursan con denuncia en los Juzgados de Justicia.

Como mencionábamos al principio de este punto, uno de los objetivos de este informe, era tratar de dimensionar el problema de las agresiones a los profesionales de la sanidad, y para ello, entre otras cosas, hemos relacionado los datos de las agresiones que nos han aportado los Servicios de Salud con distintas variables: nº efectivos, actividad asistencial... en esta línea la mesa de trabajo acordó que establecer la relación del nº de agresiones con indicadores de presión asistencial y frecuentación hubiera sido muy adecuada para valorar dimensión y tendencias de este problema. No obstante, dado que se dispone del número de agresiones desagregado únicamente por ámbitos asistenciales y dado que la actividad, tanto del ámbito de primaria como de Especializada, incluye actos y consultas muy heterogéneos en tiempos y recursos empleados, ha sido descartado incluir en este informe un indicador global de presión asistencial y de frecuentación, dadas las distintas características de ambos ámbitos asistenciales, lo que podría haber llevado a conclusiones difícilmente interpretables.

En consecuencia, en informes posteriores sería recomendable disponer del número de agresiones distribuido por cada una de las áreas de actividad que engloba la Atención primaria y la Atención especializada.

Otro indicador interesante podría ser el que relaciona los datos de agresiones con las quejas y reclamaciones de un determinado ámbito, pero no se contaba con estos datos.

7. CONCLUSIONES

- No existe un sistema de información del Sistema Nacional de Salud que recoja, de manera global, los registros de agresiones de los distintos Servicios de Salud, y estos registros tampoco son de acceso público.
- Hasta ahora los registros de agresiones se han centrado en conocer distintos aspectos de la agresión: lugares frecuentes de agresiones, tipo de la agresión, categoría profesional del agredido, momento de la agresión, etc... Sin embargo, se aprecian dificultades para registrar las causas de la agresión, pues entre otras razones puede haber una pluralidad de causas que dificultan el registro de este apartado.

- En los registros de los Servicios de Salud existen distintas denominaciones para las mismas causas.

Cuando se elaboró la relación de causas, algunas de ellas se quedaron fuera del cuestionario, por esta razón las mencionamos aquí, por si se pudieran recoger en futuros trabajos:

- Relacionadas con el tiempo de atención en el centro asistencial, así como los avisos urgentes.
- Relacionadas con la obtención de citas.
- Demandas de prestación
- Por parte de pacientes sin cita.
- Fuera de la cita programada.
- No incluida en apartados posteriores

- El 40% de las agresiones en las que se ha registrado la causa están relacionadas con la organización del Centro asistencial: la falta de información a los pacientes, el tiempo de espera, entre otras causas.

- Se ha visto que en aproximadamente en un 30% de casos el perfil de la persona que causa la agresión se puede considerar como un factor que favorece la misma, y no como una causa.

- La evolución de las agresiones a los y las profesionales de la Sanidad ha sido creciente hasta el año 2011, observándose un decrecimiento de las agresiones en un 11,40% en el año 2012.

- El cuestionario tiene una variable básica sobre la que gira la investigación que es "el número de profesionales agredidos", de tal manera que a partir de este ítem se obtiene el resto de la información, el lugar de la agresión, categoría del profesional del agredido, tipo de agresión infligida, sexo del profesional agredido, gravedad de la agresión (IT) y su duración. Sin embargo, se propone para futuros estudios de las agresiones a profesionales de la Sanidad que se adopte la variable del "incidente", pues facilita que a continuación se analicen el resto de factores que dependen del "incidente": el nº de profesionales agredidos, el lugar, el hecho que lo ha causado, lesiones, etc...

- 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 de 1.12% sobre el total de los efectivos del SNS. El promedio de profesionales agredidos cada año es de 6.044, sobre 540.285 de profesionales de media en estos años.

- Las agresiones a los profesionales se distribuyen en la siguiente proporción:
 - El 80% de las agresiones son del tipo no físicas: amenazas, insultos, vejaciones, intento de agresión física, coacciones, etc...
 - El 20% de las agresiones son físicas.
 - En el 4% de las agresiones se producen además, daños materiales (violencia patrimonial).

- Las agresiones se reparten de manera parecida entre los tres grandes grupos profesionales, aunque se debe señalar una mayor incidencia de las agresiones en el personal facultativo, con respecto al año 2011, 21 de cada 1.000 facultativos fueron agredidos, mientras que enfermeras y enfermeros fueron 13 de cada 1.000. Aunque conviene señalar que esta diferencia va haciéndose menor año tras año.
- En este informe no se ha calculado la significación estadística de los resultados, y sería aconsejable hacerlo de forma sistemática, una vez se mejore la validez de los datos en el futuro.
- El 2,10%¹ de promedio de las agresiones referidas a los periodos 2008 a 2012 han causado baja laboral por IT del agredido/a. Y el periodo medio del proceso de IT como consecuencia de una agresión es muy variable, sin apreciarse una tendencia.
- En el año 2011 con un descenso en el número de efectivos e incremento en la actividad asistencial se produjo un mínimo incremento de las agresiones (7.65%). En el año 2011 se ha producido un incremento del 7,65% respecto al año anterior, considerando que fue un año con un incremento en la actividad del 1.61 junto con un descenso del 1.73 en los profesionales.
- Las agresiones se dan tanto en atención primaria como en la atención especializada. En algunas comunidades la suma de incidentes violentos es más frecuente en la atención especializada, sin embargo los datos globales acumulados de los años 2008 a 2012 refleja un 51% más de agresiones en el nivel primario de atención, frente a la Atención Especializada.
- El 72% de las agredidas son mujeres en el periodo de 2008 a 2012.
- El porcentaje de denuncia por parte de los agredidos y las agredidas es el 10,95% de las agresiones.

¹ Debe tenerse en cuenta que el cálculo de este dato se ha basado en la información recibida de sólo algunas Comunidades Autónomas, con lo cual no necesariamente refleja la realidad del conjunto del SNS.

6. MESA TÉCNICA II sobre ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA

1. OBJETIVOS

Esta Mesa Técnica-II está orientada al análisis de las medidas implantadas en los Servicios de Salud de cada Comunidad Autónoma y de su eficacia. Por tanto, se trataría de contextualizar adecuadamente el problema de las agresiones teniendo como base el “Informe de las medidas adoptadas por las Comunidades Autónomas frente a las agresiones a profesionales de la Salud”, realizar la clasificación y el análisis de las medidas implantadas en las Comunidades Autónomas, así como determinar su eficacia.

Los Servicios de Salud han adoptado diversas medidas en relación a las agresiones con objeto de prevenir y disuadir las agresiones a los profesionales del ámbito sanitario. Existen tanto medidas preventivas, anteriores a la posible agresión, como medidas posteriores a la misma en ayuda de estos profesionales, como pueden ser el apoyo psicológico, el asesoramiento jurídico y la formación en esta materia.

Se acordaron las líneas de trabajo a desarrollar en la Mesa Técnica:

- El objetivo fundamental que se persigue es la elaboración de un informe relativo al análisis de las medidas adoptadas en materia de agresiones y su eficacia.
- Se establece una clasificación de las medidas implantadas en las diferentes Comunidades Autónomas:
 - Medidas normativas.
 - Medidas organizativas.
 - Medidas de seguridad.
 - Medidas formativas.
 - Medidas informativas.
- Se elabora un cuestionario que tiene como objeto conocer la eficacia de la implantación de las medidas adoptadas frente a las agresiones, objetivando los datos y estableciendo una escala de valores. El modelo de cuestionario y los cuestionarios cumplimentados por las Comunidades Autónomas de Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, La Rioja, Murcia y Valencia se recogen en los **Anexos II y III**, respectivamente.
- Los miembros de las Comunidades Autónomas realizan un análisis interno de la eficacia de las medidas implantadas frente a las agresiones en sus Servicios de Salud que servirá como base, junto a los resultados del cuestionario, para la elaboración del informe objeto de esta Mesa Técnica. En el **Anexo IV** se incluyen los informes elaborados por las Comunidades Autónomas de Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, La Rioja, Murcia y Valencia.

Se señalan a continuación los aspectos más significativos que se han puesto de manifiesto en las reuniones celebradas:

- Se valora positivamente el papel coordinador que asume el Ministerio al plantearse como objetivo la elaboración de un informe relativo al análisis de las medidas adoptadas en materia de agresiones y su eficacia.
- Se intenta contextualizar adecuadamente el problema de las agresiones teniendo como base el “Informe de las medidas adoptadas por las Comunidades Autónomas frente a las agresiones a profesionales de la Salud”, realizar la clasificación y el análisis de las medidas implantadas en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, así como determinar su eficacia.
- Se considera de gran interés por parte de las distintas Comunidades Autónomas integrantes de la Mesa Técnica la realización de un análisis interno del nivel de eficacia de las medidas adoptadas en los Servicios de Salud.
- Se considera útil y enriquecedor el intercambio de información entre los distintos Servicios de Salud con el fin de compartir experiencias que contribuyen a mejorar el abordaje de este problema común y buscar conjuntamente las posibles soluciones.
- Se valoran positivamente las aportaciones realizadas por el representante del Consejo General de Enfermería.
- Los miembros de la Mesa Técnica proponen establecer una clasificación de las medidas implantadas en las diferentes Comunidades Autónomas, la realización de un análisis interno de la eficacia de las medidas introducidas en sus Servicios de Salud, así como la elaboración de un cuestionario que tenga como objeto conocer la eficacia de la implantación de las medidas adoptadas frente a las agresiones.

2. ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO PARA CONOCER LA EFICACIA DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS FRENTE A LAS AGRESIONES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

La Mesa Técnica-II decide elaborar un cuestionario con objeto de conocer la eficacia de las medidas implantadas frente a las agresiones en las Comunidades Autónomas. Después de varias versiones de borradores del cuestionario se acuerda, por consenso, un modelo definitivo de cuestionario que va acompañado de unas instrucciones de cumplimentación y unas notas metodológicas.

Objetivo del cuestionario.

El objetivo general del cuestionario es la obtención de información sobre la eficacia de las medidas implantadas en los Servicios de Salud en relación con la problemática de agresiones a

profesionales en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, se define el concepto de eficacia: "capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera" (RAE - Real Academia Española).

Estructura del cuestionario y notas metodológicas.

La estructura organizativa del cuestionario está basada en la clasificación en cinco grupos de las medidas, consensados en el seno de la Mesa Técnica, y que son las siguientes:

1. Medidas normativas.
2. Medidas organizativas.
3. Medidas de seguridad.
4. Medidas formativas.
5. Medidas informativas.

Cada uno de los grupos de medidas, anteriormente citados, se subdivide en varios apartados, uno relacionado con la implantación de las medidas adoptadas por los Servicios de Salud, otro apartado en relación con la valoración sobre el grado de eficacia de las medidas y otro en el cual se pueden realizar comentarios sobre el grupo de medidas.

En la última parte del cuestionario se solicita el dato del número total de las agresiones producidas en los años 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012 con objeto de poder analizar la evolución temporal de las agresiones en las Comunidades Autónomas.

En relación al apartado del "grado de eficacia de estas medidas" se tendrá en cuenta la siguiente tabla para valorar la eficacia del grupo de medidas implantadas:

Escala	Eficacia	
1	0 % a 19 %	Baja
2	20 % a 49 %	Media
3	50 % a 74 %	Media-alta
4	75 % a 100 %	Alta

Esta tabla se interpretará teniendo en cuenta que el 1 es el valor menor y el 4 es el valor mayor en relación a la eficacia del grupo de medidas adoptadas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas encaminadas a conseguir, por una parte, el objetivo de mejorar la salud y la seguridad del trabajador y, por otra, el descenso de las agresiones.

Para la selección de la escala de valores del 1 al 4 hay que tener en cuenta la eficacia del grupo de medidas adoptadas en función del número de agresiones en el período de un año.

En relación a la valoración de esta escala, se señala que se realiza por parte de las Comunidades Autónomas, desde un punto de vista cualitativo subjetivo, basado en la experiencia de aquellas personas que conocen y trabajan el tema en el Servicio de Salud y que sería convenient-

te, con objeto de mejorar la objetividad de la misma, extender la realización de la encuesta a los distintos actores que intervienen en el proceso: Dirección, Servicios de Prevención, Delegados de Prevención, trabajadores, etc. y que los resultados de la misma pudieran ser el punto de partida para evaluaciones futuras.

El conocimiento/difusión de las medidas encaminadas a prevenir las agresiones a profesionales pueden ser un estímulo para denunciar y dar a conocer las agresiones, por tanto a la hora de valorar los resultados se debería tener en cuenta que puede aumentar el número de registros de agresiones.

En la primera fase de implantación del Plan de Prevención específico de agresiones es previsible que aumenten las declaraciones de las agresiones por la propia difusión del Plan. Por tanto, inicialmente cuanto mejor funcione el Plan mayor número de registros se producirán, por el aumento en las expectativas de los trabajadores en relación a los resultados.

Se propone que la valoración de la eficacia, dentro de la implantación del Plan de Prevención específico de agresiones, esté orientada hacia resultados cuantitativos y cualitativos y se realice mediante indicadores específicos, relacionados con los objetivos que se establezcan en el mismo, por ejemplo:

- Mejorar la seguridad y salud de los trabajadores con relación a las agresiones.
- Aumentar el número de declaraciones de agresiones recibidas por los profesionales, con el fin de que las agresiones declaradas se aproximen lo más posible al 100% de la realidad.
- Identificación de puntos críticos (Atención Primaria / Atención Especializada, categorías profesionales, localidad, etc.).
- Prevenir las agresiones y actos de violencia a profesionales.
- Proteger a los profesionales, que han sufrido agresiones, desde el punto de vista de asistencia sanitaria, psicológica, jurídica.

Asimismo, se indica que los resultados que se expresen numéricamente, además de su presentación como datos absolutos, también deben presentarse como tasas o índices, en relación al número de profesionales, con objeto de que los datos sean comparables entre Comunidades Autónomas, áreas, categorías profesionales, años, etc.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, teniendo en cuenta las premisas anteriormente señaladas y una vez recibidos los cuestionarios, debidamente cumplimentados, de las Comunidades Autónomas, ha realizado un análisis de la información facilitada y señala las siguientes conclusiones:

1. Medidas normativas.

- Las Comunidades Autónomas tienen un Plan de Prevención específico de agresiones y han desarrollado una normativa interna (resoluciones, circulares, convenios, protocolos de actuación, etc.) exclusiva relativa a las agresiones. Alguna Comunidad Autónoma, como es el caso de Castilla-La Mancha ha creado un plan integral que aborda la violencia no solo dirigida contra los profesionales sino también hacia los usuarios y el patrimonio.
- Existe un elevado número de Comunidades Autónomas que han establecido diferentes tipos de colaboración/cooperación con organizaciones profesionales como los Colegios de Abogados, los Colegios de Médicos y de Enfermería. Así como convenios de colaboración en materia de violencia con la Fiscalía de la Comunidad Autónoma.
- Se ha iniciado la tramitación en las Cortes de Aragón del Anteproyecto de Ley de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón.²
- La valoración del grado de eficacia de las medidas normativas implantadas efectuada por parte de las Comunidades Autónomas está en la mayoría de ellas en el grado de eficacia 3, es decir, un grado de eficacia medio-alto, aunque también hay un pequeño porcentaje de casos en los que el grado de eficacia oscila entre un valor 2, grado de eficacia medio y un valor 4 que es un grado de eficacia alto.

2. Medidas organizativas.

- En el grupo de medidas organizativas se ha establecido la diferenciación entre “medidas generales” y “medidas individuales”. Estas últimas están dirigidas mayoritariamente al personal agredido. También se ha precisado esta distinción en la valoración del grado de eficacia de estas medidas.
- Del análisis de los datos facilitados por las Comunidades Autónomas respecto a las “medidas generales” los aspectos más significativos son los siguientes:
 - Todas las Comunidades Autónomas tienen un registro de agresiones, abren una investigación sobre las agresiones que sufre el personal, reasignan a los usuarios con antecedentes violentos y, prácticamente todas las Comunidades, tienen identificados a los agresores reincidentes.
 - La mayoría de las Comunidades Autónomas han creado un observatorio de agresiones, con la misión no solo de describir la situación y la evolución de este riesgo en su contexto, sino de llevar a cabo un análisis de las necesidades en esta materia y para contribuir en la elaboración de estrategias y

² 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 12/12/2013.

políticas preventivas. Algunas Comunidades Autónomas, como La Rioja, a través del observatorio, comparten información de incidentes sufridos por profesionales del sector privado.

- Por lo general, en las Comunidades Autónomas no existe una iniciativa a nivel central de mejora de circuitos asistenciales para prevenir agresiones específicamente, aunque cada Gerencia ha podido desarrollar acciones de mejora en este campo.

- Algunas Comunidades Autónomas, como es el caso de Castilla y León, realizan encuestas de satisfacción y mejora sobre el plan integral frente a las agresiones a los profesionales que trabajan en los centros de salud. Otras Comunidades Autónomas, como Extremadura, hacen encuestas de satisfacción a los usuarios para tener una idea de la imagen del servicio sanitario público y sirve para valorar parámetros de atención o de percepción del usuario.

- La valoración del grado de eficacia de estas “medidas generales” efectuada por parte de las Comunidades Autónomas está en la mayoría de ellas en el grado de eficacia 3, es decir, un grado de eficacia medio-alto, aunque también hay un pequeño porcentaje de casos en los que se alcanza un valor 4 que es un grado de eficacia alto.

- En relación al análisis de los datos facilitados por las Comunidades Autónomas respecto a las “medidas individuales” los aspectos más relevantes son los siguientes:

- Estas medidas individuales están orientadas al personal que ha sufrido una agresión, una vez facilitada la asistencia médica y/o psicológica, se realizan todas las acciones necesarias para ofrecer apoyo institucional y proporcionar el asesoramiento y la asistencia letrada de la forma más eficiente posible a los trabajadores agredidos.

- Las “medidas individuales” también se dirigen a los agresores y un elevado número de Comunidades Autónomas envían cartas de amonestación a los usuarios agresores.

- La valoración del grado de eficacia de estas “medidas individuales” efectuada por parte de las Comunidades Autónomas está en la mayoría de ellas en el grado de eficacia 3, es decir, un grado de eficacia medio-alto, aunque también hay un pequeño porcentaje de casos en los que el grado de eficacia oscila entre un valor 2, grado de eficacia medio y un valor 4 que es un grado de eficacia alto.

3. Medidas de seguridad.

- En el grupo de medidas de seguridad se ha establecido la distinción entre medidas de tipo “administrativas”, medidas que se implantan “en el centro sanitario”

y “en la atención domiciliaria”. También se ha precisado esta diferenciación en la valoración del grado de eficacia de estas medidas.

- Del análisis de los datos facilitados por las Comunidades Autónomas respecto a las “medidas administrativas” los aspectos más significativos son los siguientes:

- Todas las Comunidades Autónomas tienen un protocolo de actuación ante las agresiones y elaboran un mapa de riesgo con la información que obtienen de las diversas fuentes, como por ejemplo del registro de agresiones, de las reclamaciones y las quejas de los pacientes y de las denuncias de los profesionales, con objeto de identificar aquellas zonas especialmente conflictivas. Alguna Comunidad Autónoma, como es el caso de Murcia, ha elaborado protocolos específicos de actuación personalizados para cada centro de trabajo.

- Algunas Comunidades Autónomas han establecido mecanismos de coordinación y protocolos de colaboración con los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado.

- La valoración del grado de eficacia de estas “medidas administrativas” efectuada por parte de las Comunidades Autónomas está en la mayoría de ellas en el grado de eficacia 3, es decir, un grado de eficacia medio-alto, aunque también hay un pequeño porcentaje de casos en los que el grado de eficacia oscila entre un valor 2, grado de eficacia medio y un valor 4 que es un grado de eficacia alto.

- En relación al análisis de los datos facilitados por las Comunidades Autónomas respecto a las “medidas implantadas en el centro sanitario” los aspectos más relevantes son los siguientes:

- Todas las Comunidades Autónomas disponen de personal de seguridad y de diversos dispositivos de alarma. Algunas Comunidades Autónomas tienen instalados botones antipánico en áreas consideradas como puntos críticos. Es el caso de urgencias, atención al paciente, psiquiatría, etc. Disponen de aplicaciones informáticas para alertar a los compañeros o al personal de seguridad en caso de necesidad, mamparas protectoras, videocámaras de vigilancia en accesos y zonas comunes.

- Se han adoptado algunas iniciativas novedosas, como la monitorización de un Proyecto Piloto de Seguimiento Interno de Pacientes Psiquiátricos, mediante pulsera de control (Proyecto Deimos) en la Comunidad de Madrid.

- Algunas Comunidades Autónomas han mejorado la accesibilidad a los centros sanitarios, las áreas de espera y espacios públicos, la señalización interna y externa, informan y gestionan adecuadamente las consultas y las visitas, hacen

efectivos los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Nacional de Salud a través del servicio de atención al paciente.

- La valoración del grado de eficacia de estas “medidas implantadas en el centro sanitario” efectuada por parte de la mayoría las Comunidades Autónomas está entre el grado de eficacia 3 y 4, es decir, un grado de eficacia medio-alto y alto, aunque también hay un pequeño porcentaje de casos en los que el grado de eficacia tiene un valor 2, grado de eficacia medio.

- Del análisis de los datos facilitados por las Comunidades Autónomas respecto a las “medidas implantadas en la atención domiciliaria” los aspectos más significativos son los siguientes:

- Las Comunidades Autónomas recomiendan, en el caso de pacientes con comportamientos previos inadecuados, que la atención debe realizarse acompañado de otro profesional sanitario y, en caso de pacientes violentos, se debería requerir el acompañamiento de las fuerzas de seguridad. También, aconsejan dotar al personal de teléfonos móviles.

- La valoración del grado de eficacia de estas “medidas implantadas en la atención domiciliaria” efectuada por parte de la mayoría de las Comunidades Autónomas está entre el grado de eficacia 2 y 3, es decir, un grado de eficacia medio y medio-alto, aunque también hay un pequeño porcentaje de casos en los que el grado de eficacia tiene un valor 1, grado de eficacia bajo.

4. Medidas formativas.

- Las Comunidades Autónomas desarrollan actividades formativas anuales dirigidas a proporcionar al profesional técnicas en comunicación que mejoren la interacción con los usuarios y familiares que faciliten el desarrollo de habilidades para el control de situaciones de conflicto, dentro del marco de recomendaciones y acciones contenidas en los Planes de Prevención.

- El objetivo de estas actividades formativas es garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores frente a las agresiones mediante estrategias formativas para la prevención, protección y control de situaciones conflictivas en los centros. Por tanto, se pretende dotar a los trabajadores y profesionales de la salud de los conocimientos necesarios y de las habilidades básicas que les permitan prevenir y manejar las situaciones de riesgo de violencia en el desempeño de su actividad laboral.

- Algunas Comunidades Autónomas, como es el caso de Murcia, complementan la formación presencial con talleres prácticos y formación on-line. Se organizan actividades formativas específicas para grupos de riesgo en atención primaria y en atención especializada.

- Se organizan actividades formativas relativas a la adquisición de habilidades de comunicación y resolución de conflictos, sobre técnicas de detección de

conductas violentas, prevención de las agresiones, manejo de pacientes con problemas psíquicos, asertividad, empatía, escucha activa, etc.

- La valoración del grado de eficacia de las medidas formativas implantadas efectuada por parte de las Comunidades Autónomas está en la mayoría de ellas en el grado de eficacia 3, es decir, un grado de eficacia medio-alto, aunque también hay un pequeño porcentaje de casos en los que el grado de eficacia oscila entre un valor 2, grado de eficacia medio y un valor 4 que es un grado de eficacia alto.

5. Medidas informativas.

- En el grupo de medidas informativas se ha establecido la diferenciación entre “información a los trabajadores” e “información a los usuarios”. También se ha precisado esta distinción en la valoración del grado de eficacia de estas medidas.

- Las Comunidades Autónomas realizan campañas informativas y de sensibilización dirigidas tanto a los trabajadores como a los usuarios del Sistema Nacional de Salud sobre prevención de la violencia en los lugares de trabajo.

- La difusión de estas campañas informativas y de sensibilización se realizan a través de trípticos informativos, portales y páginas web de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, artículos y anuncios en prensa escrita y digital, espacios informativos y divulgativos en televisión, cuñas publicitarias en radio y en espacios sanitarios. En algunas Comunidades Autónomas se editan guías para pacientes.

- Del análisis de los datos facilitados por las Comunidades Autónomas respecto a la “información a los trabajadores” los aspectos más significativos son los siguientes:

- Las Comunidades Autónomas difunden a través de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales planes de comunicación internos entre sus trabajadores, ponen a su disposición protocolos de actuación ante agresiones, facilitan información preventiva periódica sobre el riesgo de agresiones e informan en los planes de acogida a los nuevos profesionales de los riesgos en este ámbito y de las medidas adoptadas.

- La valoración del grado de eficacia de esta “información a los trabajadores” efectuada por parte de las Comunidades Autónomas está en la mayoría de ellas en el grado de eficacia 3, es decir, un grado de eficacia medio-alto, aunque también hay un pequeño porcentaje de casos en los que el grado de eficacia oscila entre un valor 2, grado de eficacia medio y un valor 4 que es un grado de eficacia alto.

- En relación al análisis de los datos facilitados por las Comunidades Autónomas respecto a la “información a los usuarios” los aspectos más relevantes son los siguientes:

- Las Comunidades Autónomas realizan actividades informativas y de sensibilización dirigidas a la población con objeto de emitir una imagen positiva que permita resaltar el importante papel que desempeñan los profesionales de los Servicios de Salud para la comunidad, además de resaltar la importancia de mantener una buena relación entre el profesional y el paciente o usuario basada en el respeto y la confianza mutua.

- El objetivo de esta medida es la información, sensibilización y educación sanitaria, dirigida a pacientes, usuarios y a la población general, mediante la elaboración y difusión de campañas informativas y de concienciación de las personas que entran en relación con el sistema sanitario, de sus deberes y obligaciones frente a la administración sanitaria, del uso adecuado de los servicios sanitarios y del respeto al personal que trabaja en los Servicios de Salud.

- La valoración del grado de eficacia de esta “información a los usuarios” efectuada por parte de las Comunidades Autónomas está en la mayoría de ellas en el grado de eficacia 1, es decir, un grado de eficacia bajo, aunque también hay un pequeño porcentaje de casos en los que el grado de eficacia tiene un valor 3 que es un grado de eficacia medio-alto.

En el análisis de estos datos, como se ha manifestado anteriormente, hay que tener en cuenta el posible sesgo de valoración subjetiva de los datos que se han aportado, puesto que la valoración de la eficacia, en cada una de las Comunidades Autónomas que integran esta Mesa Técnica, ha sido realizada por un número reducido de personas, expertas en este tema, y faltaría la visión de otros actores en este tema, entre ellos la de los propios trabajadores.

Evolución temporal de las agresiones en las Comunidades Autónomas.

En la última parte del cuestionario se solicita el dato del número total de las agresiones producidas entre los años 2008 y 2012 con objeto de poder analizar la evolución temporal de las agresiones en las Comunidades Autónomas.

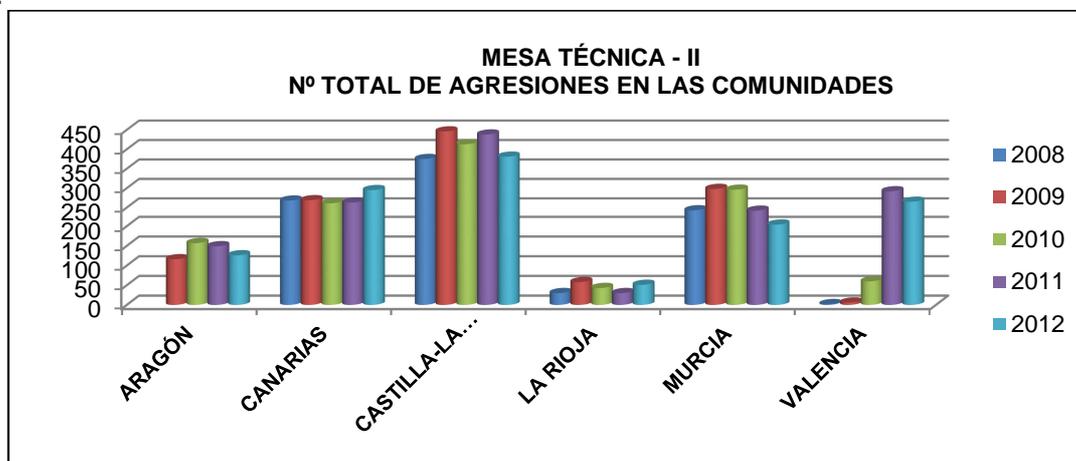
En esta Mesa Técnica participan los representantes de las Comunidades Autónomas de Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, La Rioja, Murcia y Valencia. En la tabla siguiente se recogen los datos de estas Comunidades Autónomas:

NÚMERO TOTAL DE AGRESIONES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS					
COMUNIDAD AUTÓNOMA	AÑO				
	2008	2009	2010	2011	2012
ARAGÓN		116	157	149	126
CANARIAS	268	269	261	263	295

CASTILLA-LA MANCHA	375	446	413	438	381
LA RIOJA	30	58	43	30	51
MURCIA	243	298	296	242	204
VALENCIA	2 (*)	6 (*)	60 (*)	292	265

(*) En Valencia el registro de agresiones estaba en fase de implantación y funcionaba parcialmente.

El siguiente gráfico refleja la evolución de las agresiones en estas Comunidades Autónomas:



El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, una vez recibidos estos datos de las Comunidades Autónomas que participan en esta Mesa Técnica, ha realizado un análisis de la información facilitada y señala las siguientes conclusiones:

- La implantación del registro de agresiones unido a que los profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud notifican los incidentes y las agresiones sufridas cada vez más, ha producido un aumento del número total de agresiones. Sin embargo, ese aumento no significa que la eficacia de las medidas adoptadas frente a las agresiones en las Comunidades Autónomas disminuya.
- Valorada la consecución de los objetivos planteados por las distintas Comunidades Autónomas, se considera que el resultado de la implantación de las medidas encaminadas a prevenir y disuadir las agresiones es positivo. La eficacia de estas medidas (normativas, organizativas, de seguridad, formativas e informativas) aumenta cuando se aplican de forma conjunta y coordinada, puesto que se está afrontando el problema desde un punto de vista global.
- Se propone el establecimiento de un índice que relacione el número total de trabajadores por Comunidades Autónomas con el número total de agresiones que se han producido. Estos datos se han estado recopilando y tratando en la Mesa Técnica-I.

- Se señala que un número alto o bajo de casos en alguna Comunidad Autónoma puede tener relación con un mayor o menor nivel de implantación, difusión, sensibilización, aceptación o de la percepción de la eficacia del programa por parte de los trabajadores.

3. DOCUMENTOS DE ANÁLISIS INTERNO DE LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS IMPLANTADAS FRENTE A LAS AGRESIONES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Comunidades Autónomas integrantes de la Mesa Técnica-II deciden realizar un análisis interno del nivel de eficacia de las medidas adoptadas en los Servicios de Salud. A continuación, se relacionan los aspectos más significativos que se han puesto de manifiesto:

1. Medidas normativas.

- La elaboración de los Planes de Prevención específicos de agresiones y la normativa interna desarrollada por las Comunidades Autónomas, así como la cooperación con diversas organizaciones profesionales y organizaciones sindicales ha resultado muy eficaz para tomar conciencia de la necesidad de acometer medidas que aborden el problema de las agresiones a los profesionales sanitarios. Y algunas Comunidades Autónomas, como Aragón, han iniciado la tramitación de un Anteproyecto de Ley de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos con objeto de que tengan la consideración de autoridad pública.
- Los Planes de Prevención específicos de agresiones son elaborados por grupos de trabajo en los que participan la dirección, los profesionales sanitarios de los colectivos más afectados por este problema (urgencias, atención primaria, salud mental), junto con los representantes de las organizaciones sindicales y de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y tienen un enfoque eminentemente preventivo, definen una serie de medidas (organizativas, estructurales, de seguridad, etc.) encaminadas a garantizar mayor seguridad a los trabajadores y un procedimiento de actuación ante una situación conflictiva.
- La valoración del grado de eficacia de las medidas normativas implantadas efectuada por parte de la mayoría de las Comunidades Autónomas está en el grado de eficacia 3, es decir, un grado de eficacia medio-alto.

2. Medidas organizativas.

- El registro sistemático de las agresiones, los informes que se elaboran periódicamente por los observatorios de agresiones o por las comisiones de seguimiento y la investigación de las agresiones han demostrado ser una herramienta de enorme eficacia para conocer el número de casos violentos que se producen en las Comunidades Autónomas. Dimensionar adecuadamente la problemática existente a través de la elaboración de mapas de riesgo, identificando los centros, servicios o unidades de mayor conflictividad, así como las causas o circunstancias que más frecuentemente

se relacionan con estas conductas violentas han sido de gran ayuda para la toma de decisiones en cuanto a las diversas medidas que se podrían adoptar.

- Por lo general, en las Comunidades Autónomas se identifica a los agresores, se reasigna a los usuarios con antecedentes violentos y se intenta mejorar los circuitos asistenciales para prevenir las agresiones. Además, manifiestan que se podrían realizar encuestas de satisfacción con objeto de poder utilizar los resultados de las mismas dentro de un proceso de retroalimentación en la valoración de la eficacia de las medidas implantadas. Algunas Comunidades Autónomas proponen avanzar en estas medidas y realizar encuestas de satisfacción periódicamente a profesionales y usuarios.

- Las Comunidades Autónomas proporcionan la atención psicológica y el asesoramiento jurídico a los trabajadores agredidos, directamente ellas mismas o a través de los Colegios Profesionales o de mutuas de accidentes de trabajo. Además, los trabajadores afectados agradecen mucho el apoyo recibido. Algunas Comunidades Autónomas manifiestan que sería conveniente realizar encuestas o entrevistas al personal agredido con objeto de conocer el grado de satisfacción en relación a estas medidas.

- La valoración del grado de eficacia de las medidas organizativas, tanto generales como individuales, implantadas efectuada por parte de la mayoría de las Comunidades Autónomas está en el grado de eficacia 3, es decir, un grado de eficacia medio-alto.

3. Medidas de seguridad.

- Las Comunidades Autónomas disponen de protocolos de actuación con objeto de definir los pasos a seguir ante una agresión. Esta medida es eficaz puesto que contribuye a que todos los trabajadores conozcan detalladamente qué actuaciones tienen que hacer en caso de encontrarse ante una situación violenta, tanto para prevenir que la situación vaya a más, como para actuar una vez se ha producido la agresión. No obstante, la eficacia de esta medida es relativa si no llega a todos los trabajadores, por tanto es imprescindible potenciar su difusión.

- La eficacia de las medidas de seguridad adoptadas en el centro sanitario, como vigilantes de seguridad, dispositivos de alarma, botón antipánico, videocámaras de vigilancia, etc. es considerada bastante alta, sobre todo desde el punto de vista de la percepción que tienen de ellas los trabajadores, siendo bien valoradas porque transmiten seguridad. Otras medidas como las salidas alternativas en consultas, la adecuación de infraestructuras y las mamparas protectoras no están generalizadas en todos los centros.

- La existencia de personal de seguridad es una de las medidas de prevención más demandada por los profesionales. Es una medida eficaz en el sentido de que hace que el profesional se sienta más seguro. Sin embargo, aunque evidentemente

puede tener efecto disuasorio, no impide la posible agresión dentro de una consulta a puerta cerrada, todo ello sin entrar a valorar su alto coste.

- Los dispositivos de alarma y el botón antipánico han resultado muy eficaces y han demostrado tener una relación coste/beneficio muy buena. Asimismo, la existencia de videocámaras de vigilancia puede tener efectos diversos, por una parte como medida disuasoria y, por otra, como medio probatorio en un juicio. Algunas Comunidades Autónomas han incluido estas medidas como criterios de diseño para los nuevos centros.

- Las Comunidades Autónomas, en cuanto a la atención domiciliaria, recomiendan que la asistencia en el caso de pacientes conflictivos o con comportamientos previos inadecuados debería realizarse en compañía de otro profesional sanitario. Disponer de teléfono móvil e incluso establecer acuerdos y procedimientos de actuación con los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, se han rebelado también como herramientas eficaces.

- La valoración del grado de eficacia de las medidas de seguridad de tipo administrativo implantadas efectuada por parte de la mayoría de las Comunidades Autónomas está en el grado de eficacia 3, es decir, un grado de eficacia medio-alto.

- La valoración del grado de eficacia de las medidas de seguridad implantadas en el centro sanitario efectuada por parte de la mayoría de las Comunidades Autónomas está entre el grado de eficacia 3 y 4, es decir, un grado de eficacia medio-alto y alto.

- La valoración del grado de eficacia de las medidas de seguridad implantadas en la atención domiciliaria efectuada por parte de la mayoría de las Comunidades Autónomas está entre el grado de eficacia 2 y 3, es decir, un grado de eficacia medio y medio-alto.

4. Medidas formativas.

- Las medidas formativas adoptadas, tanto la formación presencial como la formación on-line, se consideran muy eficaces si se tiene en cuenta la buena valoración que los alumnos tienen de las mismas. Sin embargo, cuando la formación no es obligatoria, se observa que el número de participantes en las acciones formativas ofertadas desciende.

- De forma generalizada, cuando se han puesto en marcha los Planes de Prevención en las Comunidades Autónomas, se han organizado cursos presenciales pero últimamente se está apostando por la formación on-line puesto que favorece la difusión a un mayor número de trabajadores.

- Las actividades formativas relacionadas con la prevención de agresiones son una de las demandas planteadas por los representantes de los trabajadores en los planes de formación anuales de las Comunidades Autónomas.

- La valoración del grado de eficacia de las medidas formativas implantadas efectuada por parte de la mayoría de las Comunidades Autónomas está en el grado de eficacia 3, es decir, un grado de eficacia medio-alto

5. Medidas informativas.

- Las actividades informativas puestas en marcha por la mayoría de las Comunidades Autónomas están dirigidas a los trabajadores y en menor medida a los usuarios, por tanto la eficacia de las medidas informativas es diferente en función de los destinatarios.

- La difusión de estas campañas informativas y de sensibilización a los trabajadores se realizan a través de trípticos informativos, portales y páginas web de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, etc. si bien estas informaciones se consideran de gran utilidad, la eficacia de las mismas está condicionada a la voluntad del trabajador de acceder a dichos recursos.

- Las Comunidades Autónomas manifiestan que estas medidas no se deben desactivar sino todo lo contrario, potenciar su divulgación y poner en marcha planes de comunicación interna así como iniciar actuaciones de información hacia los usuarios de los Servicios de Salud. Algunas Comunidades Autónomas proponen para mejorar la eficacia de las medidas dirigidas a los usuarios realizar campañas informativas a nivel nacional.

- La valoración del grado de eficacia de las medidas informativas dirigidas a los trabajadores efectuada por parte de la mayoría de las Comunidades Autónomas está en el grado de eficacia 3, es decir, un grado de eficacia medio-alto.

- La valoración del grado de eficacia de las medidas informativas dirigidas a los usuarios efectuada por parte de la mayoría de las Comunidades Autónomas está en el grado de eficacia 1, es decir, un grado de eficacia bajo.

4. CONCLUSIONES

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, una vez recibida la información solicitada a las Comunidades Autónomas, es decir, los cuestionarios que tienen por objeto conocer la eficacia de las medidas implantadas frente a las agresiones y los documentos de análisis interno del nivel de eficacia de las medidas adoptadas en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas ha realizado un análisis de la información facilitada y señala las siguientes conclusiones:

- Se valora positivamente el papel coordinador que asume el Ministerio al plantearse como objetivo la elaboración de un informe relativo al análisis de las medidas adoptadas en materia de agresiones y su eficacia. Asimismo, el intercambio de información entre los Servicios de Salud se considera útil y enriquecedor puesto que se compar-

ten experiencias que contribuyen a mejorar el abordaje de este problema común y se buscan conjuntamente las posibles soluciones.

- Se intenta contextualizar adecuadamente el problema de las agresiones teniendo como base el “Informe de las medidas adoptadas por las Comunidades Autónomas frente a las agresiones a profesionales de la Salud”, se realiza una clasificación y un análisis interno de las medidas implantadas en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas para determinar su eficacia y se elabora un cuestionario que tiene por objeto conocer la eficacia de la implantación de las medidas adoptadas frente a las agresiones. Se propone que anualmente se remita al Ministerio este cuestionario cumplimentado por todas las Comunidades Autónomas con el fin de implementar medidas de mejora sobre la problemática de las agresiones y determinar su eficacia.

- Las Comunidades Autónomas han adoptado diversas medidas en relación a las agresiones con objeto de prevenir y disuadir las agresiones a los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario. Existen tanto medidas preventivas, anteriores a la posible agresión, como medidas posteriores a la misma en ayuda de estos profesionales, como pueden ser el apoyo psicológico y el asesoramiento jurídico. Todas estas medidas deben ir acompañadas de formación y de difusión a través de campañas informativas y de sensibilización a los trabajadores y a los usuarios. También las Organizaciones Sindicales y los Colegios Profesionales han adoptado un papel muy activo en la defensa de los profesionales sanitarios. Estos últimos cuentan además, por mandato legal, con la obligación de poner en marcha Servicios de Atención a los pacientes y a los colegiados donde van a tramitar cualquier reclamación o denuncia que reciban en este campo, entre otros muchos.

- Los Planes de Prevención específicos de agresiones y la normativa interna desarrollada por las Comunidades Autónomas, así como la cooperación con diversas organizaciones profesionales ha resultado ser muy eficaz para tomar conciencia de la necesidad de acometer medidas que aborden el problema de las agresiones a los profesionales sanitarios. Algunas Comunidades Autónomas, como Aragón, han iniciado la tramitación de un Anteproyecto de Ley de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos con objeto de que tengan la consideración de autoridad pública.

- El registro sistemático de las agresiones, la elaboración de informes de seguimiento y la investigación de las agresiones ha demostrado ser una herramienta de enorme eficacia para dimensionar adecuadamente la problemática existente a través de la elaboración de mapas de riesgo, identificando los centros, servicios o unidades de mayor conflictividad, así como las causas o circunstancias que más frecuentemente se relacionan con estas conductas violentas y, además, de gran ayuda para la toma de decisiones en cuanto a las diversas medidas que se podrían adoptar. Asimismo, se identifica a los agresores, se reasigna a los usuarios con antecedentes violentos y se intentan mejorar los circuitos asistenciales para prevenir las agresiones. Las Comunidades Autónomas proponen generalizar la realización periódica de encuestas de satisfacción a profesionales y usuarios con objeto de poder utilizar los resultados de las mismas dentro de un proceso de retroalimentación en la valoración de la eficacia de las medidas implantadas. También

manifiestan que sería conveniente realizar encuestas o entrevistas al personal agredido con objeto de conocer el grado de satisfacción en relación a estas medidas.

- Las Comunidades Autónomas disponen de medidas de seguridad diversas en el centro sanitario y en la atención domiciliaria así como protocolos de actuación frente a las agresiones, coordinación y colaboración con los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado. Estas medidas son las más demandadas por los profesionales del ámbito sanitario, tienen una valoración del grado de eficacia medio-alto y desde el punto de vista de la percepción de los trabajadores, son bien valoradas porque transmiten seguridad. Las Comunidades Autónomas proponen incluir algunas de estas medidas de seguridad como criterios de diseño para los nuevos centros puesto que la relación coste/beneficio es muy buena.

- Las medidas formativas, tanto la formación presencial como la formación on-line, por la que últimamente se está apostando en las Comunidades Autónomas, ya que favorece la difusión a un mayor número de trabajadores, se consideran muy eficaces, si se tiene en cuenta la buena valoración que los alumnos tienen de las mismas. Sin embargo, cuando la formación no es obligatoria se observa que el número de participantes en las acciones formativas ofertadas desciende. Las actividades formativas relacionadas con la prevención de agresiones son una de las demandas planteadas por los representantes de los trabajadores en los planes de formación anuales de las Comunidades Autónomas.

- La difusión de las campañas informativas y de sensibilización se realizan a través de trípticos informativos, portales y páginas web de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, etc. Están dirigidas a los trabajadores y en menor medida a los usuarios. Estas actividades informativas se consideran de gran utilidad, pero la eficacia de las mismas está condicionada a la voluntad del trabajador de acceder a dichos recursos. Las Comunidades Autónomas proponen potenciar la divulgación de planes de comunicación interna sobre agresiones e iniciar actuaciones de información hacia los usuarios y con objeto de mejorar la eficacia de las medidas dirigidas a los usuarios realizar campañas informativas a nivel nacional.

- En la medida de lo posible, sería muy útil, aprovechando esta importante iniciativa y el trabajo realizado, llevar a cabo periódicamente estudios y análisis, y reforzar la cooperación entre los agentes intervinientes en este campo, compartiendo la mayor información posible, de manera que aquellas medidas que puedan ser realizadas a nivel nacional se llevaran a cabo en este ámbito, con el fin de homogenizar actuaciones y facilitar la realización de las mismas, evitando duplicidades, con la consiguiente disminución de costes. Sería muy aconsejable que su puesta en práctica no dependa de la sensibilización del Gobierno de la Comunidad Autónoma o Consejería correspondiente. A modo de ejemplo, estas actuaciones podrían ser las siguientes:

- Acuerdos de colaboración con Colegios Profesionales (Consejo General de Colegios Médicos, de Enfermería, de Abogados) para poner en común información y realizar el seguimiento del problema, y con el Ministerio Fiscal, para promover la aplicación de penas más graves en función de la cualidad de autoridad pública del personal sanitario.

- Protocolos de colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.
- Ley de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos.
- Formación on-line.
- Campañas de sensibilización y observatorio de agresiones a nivel nacional.
- Realización periódica de encuestas para valoración de la eficacia de las medidas implantadas.

7. MESA TÉCNICA III: “Recomendaciones y propuestas de solución”

Las líneas de recomendaciones que se proponen por parte de la Mesa Técnica III son las siguientes:

1. Enfoque integral y participativo.
2. Fomento de políticas y planes que combatan las agresiones. Cultura de “tolerancia cero”.
3. Importancia de la investigación de las causas de las agresiones. Identificación de los “puntos críticos”. Elaboración de un mapa de riesgo de agresiones.
4. Puesta en marcha del Sistema de Información de Agresiones del SNS. Determinación del conjunto de datos básicos.
5. Constitución del Observatorio de Agresiones del SNS. Intercambio de “buenas prácticas”. Elaboración de “guías de recomendaciones” dirigidas a los profesionales del SNS.
6. Tendencia a la homogeneización de los registros de agresiones de los servicios de salud.
7. Potenciación de las medidas formativas e informativas dirigidas a los trabajadores.
8. Apoyo y asesoramiento a los profesionales afectados.
9. Importancia de las medidas destinadas a los usuarios del SNS. Régimen sancionador.
10. Evaluación periódica de la eficacia de las medidas adoptadas. Estrategias para incrementar la eficacia de dichas medidas.
11. Impulso de medidas a adoptar en el ámbito estatal.
12. Consideración de las agresiones “no intencionadas”.

1. ENFOQUE INTEGRAL Y PARTICIPATIVO

Las agresiones en el entorno laboral no son problemas individuales ni aislados, sino un problema estructural y estratégico que tiene sus raíces en factores sociales, económicos, organizacionales y culturales. Por ello, debe promoverse un enfoque integrado y participativo que ataque el problema en su raíz y que implique a todas las partes interesadas.

Para que la estrategia sea eficaz, el abordaje debe ser global: por una parte, las administraciones públicas y los responsables de las organizaciones sanitarias deben llevar a cabo medidas a todos los niveles: normativas, organizativas, de seguridad (administrativas, implantadas en el centro sanitario y en la atención domiciliaria), formativas e informativas. Y además, tales medidas deben dirigirse tanto a los profesionales como a los usuarios del SNS.

Para que este enfoque integral y participativo tenga éxito, es necesaria además la implicación y colaboración de todos los agentes que interactúan en este ámbito: administraciones públicas, responsables de organizaciones sanitarias, Servicios de Prevención de riesgos laborales, Organizaciones Sindicales, Colegios Profesionales, Universidades, Fundaciones, Cuerpos y Fuerzas

de la Seguridad del Estado, Ministerio Fiscal, así como los propios profesionales y usuarios del SNS.

El contexto actual condiciona que las medidas que se propongan sean especialmente eficaces, con los recursos humanos y económicos disponibles.

2. FOMENTO DE POLÍTICAS Y PLANES QUE COMBATAN LAS AGRESIONES. CULTURA DE “TOLERANCIA CERO”

Las administraciones públicas y los responsables de las organizaciones sanitarias deben proporcionar el marco necesario para reducir y eliminar las agresiones en el entorno laboral, para lo cual deben fomentar la aplicación de políticas y planes en el lugar de trabajo destinados a combatirlas.

En este sentido es necesario que dentro del Plan de Prevención de Riesgos Laborales, se recojan:

- Objetivos, políticas y metas, incluidos los relativos a riesgos derivados de la violencia a terceros.
- Compromiso de adoptar cuantas medidas preventivas y reparadoras sean necesarias para proteger la integridad y salud de los trabajadores.

Igualmente, deben establecerse los necesarios mecanismos de vigilancia y las correspondientes sanciones a los responsables de dichas agresiones, de acuerdo con la legislación vigente.

Tanto en la formación a los profesionales como en la información a los usuarios o en las campañas de sensibilización, se debe informar sobre la necesidad y el interés de todos los intervinientes (Administraciones, Sindicatos, Colegios Profesionales...) de condenar y propiciar la sanción de todos los comportamientos de violencia en el trabajo.

Debería tenderse a establecer una cultura de “tolerancia cero” ante las agresiones.

3. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS DE LAS AGRESIONES. IDENTIFICACION DE LOS “PUNTOS CRÍTICOS”. ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGO DE AGRESIONES.

Los conceptos de “incidente” y “agresión” no son excluyentes. “Incidente” se refiere al suceso, “episodio violento” o “situación conflictiva” que ocurre cuando existen factores que lo desencadenan, mientras que “agresión” hace referencia al / a los profesionales que se han visto involucrados en el incidente. Los dos son aspectos importantes, el primero hace referencia a las causas que han originado el episodio violento y el segundo más humano, está referido a las personas que se ven afectadas por el mismo.

Desde otra perspectiva, los “episodios de violencia” por parte de terceros sobre un trabajador³, se consideran como un “accidente”/“incidente” laboral. Por este motivo, estos incidentes deben enmarcarse en el contexto general de riesgos laborales y accidentes laborales, y en el particular de Violencia en el Ámbito Laboral, que incluye la violencia de terceros pero no es la única posible.

En numerosas ocasiones, los “incidentes” o “agresiones” que se notifican son verbales de carácter leve, y no se constatan daños físicos o psíquicos en el trabajador que ha sufrido la agresión, ni dan lugar a baja laboral. En este sentido, hay que tener en cuenta que el artículo 115 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprobó el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, define el accidente de trabajo como “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”. Por consiguiente, de no existir lesión física o psíquica del profesional, no debería declararse como “accidente laboral”.

La investigación de los sucesos no se centra tan sólo en las propias “agresiones a profesionales” sino en los “incidentes” en los que se producen tales agresiones, por lo que desde el punto de vista de los Servicios de Prevención de Riesgos la variable a analizar es el “incidente”, no la “agresión”. La consideración de ambos conceptos debería entrar a formar parte de los datos relevantes que todos los Servicios de Salud e incluso los registros de Colegios Profesionales o Sindicatos deberían contemplar.

La investigación de los “incidentes” es más amplia, ya que se tienen en cuenta, además de las figuras de agredidos y agresores, el contexto y momento en que se producen, las causas que interaccionan en cada caso, etc.

Todos los incidentes deberían ser investigados e integrarse en el sistema de registro de notificaciones, aunque no constituyan un accidente laboral por no existir lesión.

En muchos casos resultará de utilidad, para esclarecer los hechos y el origen de los conflictos, la revisión e investigación de las reclamaciones presentadas por los usuarios del SNS y su posible relación con las denuncias de agresiones a profesionales del Sistema.

Para la elaboración de un mapa de riesgo de agresiones, se tendrá en cuenta la magnitud del riesgo de agresión de las evaluaciones de riesgos realizadas en los centros de trabajo, los incidentes y las agresiones por categoría profesional y sexo. De esta forma se podrán establecer “puntos críticos”.

De especial importancia es la identificación de estos “puntos críticos” o puntos de mayor incidencia de agresiones, entendiendo que pueden ser tanto los entornos especialmente conflictivos, como los “agresores reincidentes”, o los propios profesionales “agredidos” reiteradamente.

³ En la Clasificación de la Violencia en el Trabajo elaborada por la California Division of Occupational Health Safety (Cal/Osha), que después adoptó la OIT, se denomina con el término Violencia Tipo II a aquellos casos en los que existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima.

Las investigaciones de las agresiones son muy importantes de cara a poder tomar las consiguientes medidas que sean efectivas para la prevención de estos episodios. La investigación incluye la entrevista y valoración del personal agredido y, en ocasiones, también del agresor, con el fin de establecer las causas de la agresión y, en consecuencia, ejecutar las oportunas acciones de formación orientadas tanto a profesionales como a usuarios.

Partiendo de la base de que las agresiones nunca tienen una justificación, algunas pueden tener una motivación que escape a la percepción del profesional agredido (o del Servicio de Prevención que investiga el suceso) o que directamente estén relacionadas con su propio comportamiento ante el usuario, o con problemas organizativos. Esto exigiría, en determinados casos, contar con la versión del propio agresor para intentar conocer qué hay detrás de ese comportamiento agresivo. Esta valoración se va a llevar a cabo siempre cuando exista un proceso judicial o un procedimiento administrativo sancionador pero no en el resto de los casos en los que la agresión no tiene entidad suficiente para ser calificada como ilícito penal o administrativo, lo que no implica que no deba intentar atajarse el problema que lo ha provocado. Por eso, se plantea la mediación como una posible alternativa ante algunos de estos conflictos, cuando reúnan unas características determinadas.

Todas las evaluaciones de riesgos han de contemplar el riesgo de violencia en el trabajo, evaluarlo e integrarlo en el sistema preventivo de las organizaciones. Por otra parte, las notificaciones de incidentes deberían retroalimentar dicha evaluación de riesgos, para comprobar si las medidas están siendo efectivas.

4. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE AGRESIONES DEL SNS. DETERMINACIÓN DEL CONJUNTO DE DATOS BÁSICOS

Para poder abordar y proponer soluciones a cualquier problema, se precisa tener un conocimiento de la situación de partida, con el fin de poder analizarla en profundidad.

Actualmente, todos los Servicios de Salud disponen de sistemas de registros de las agresiones que sufren los profesionales en el desempeño de sus funciones, no obstante no existe un sistema de información del Sistema Nacional de Salud que recoja, de manera global, los registros de agresiones de los distintos Servicios de Salud.

Por un lado, los propios Servicios de Salud, que son los responsables del registro de las agresiones, tienen dificultades para registrar las causas de las mismas, dado que puede haber una pluralidad de causas. Por otro, existen también dificultades para la recogida de la información en todo el SNS, puesto que los registros de los Servicios de Salud utilizan distintas denominaciones para las mismas causas.

En esta situación, no ha sido posible llegar a tener conocimiento de la dimensión real del fenómeno y es por ello que se considera recomendable la puesta en marcha de un sistema de información global del SNS que permita conocerla.

Esta herramienta se considera, pues, indispensable si se pretende disponer de una información integrada en el ámbito estatal.

El diseño de un sistema de información estatal correspondería al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad porque el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud es competencia del mismo, y, presumiblemente, debiera integrarse en dicho Sistema de Información.

El papel de las Comunidades Autónomas sería proveer la información que se les demande y, en la medida de lo posible, adecuar sus propios sistemas para recoger la información precisa que se pretende recabar.

En este sentido, en el sistema de registro conviene incorporar la información relevante de los informes de investigación de accidentes realizados por el Servicio de Prevención.

Las agresiones de terceros deben considerarse y analizarse en un contexto de Violencia en el ámbito laboral, cuando menos, pero, además, sería más correcto situarlas en el marco de la Prevención de Riesgos Laborales, como ya ha establecido la Jurisprudencia, por lo que convendría recabar la información integrada por comunidad autónoma de los accidentes laborales para conocer la verdadera dimensión del problema, en cuanto a incidencia, colectivos afectados, puntos más conflictivos, repercusiones laborales, etc. La doctrina de sentencias judiciales del Tribunal Supremo establece claramente que la violencia externa que sufren los trabajadores con motivo de su actividad laboral implica un riesgo laboral y, en consecuencia, la responsabilidad del empresario en la prevención de la violencia física ejercida contra sus trabajadores en el lugar de trabajo⁴.

La idea de crear una base de datos común para todo el SNS podría parecer la ideal, no obstante, conllevaría una inversión de carácter económico, así como la adopción de otra serie de medidas a nivel autonómico y estatal (medidas de seguridad, formación, etc.) cuyos costes también hay que considerar.

Teniendo en cuenta el contexto actual de restricciones presupuestarias, convendría realizar una propuesta que fuera menos ambiciosa pero viable, en base a las disponibilidades presupuestarias.

Se trataría por tanto de analizar los registros autonómicos existentes en la actualidad y decidir cuáles serían los datos más relevantes que interesaría fueran facilitados por todos los Servicios de Salud.

Se establecerían, con criterio de utilidad, unas pautas comunes a todas las Comunidades Autónomas para notificar de manera homogénea las agresiones ocurridas en el ámbito sanitario. La idea es evitar recoger datos que no sean significativos o no resulten de utilidad a la hora de realizar análisis o estadísticas.

En base a ello, se configuraría una base de datos que incluyera ese conjunto de datos básicos a facilitar al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por todos los Servicios de Salud, con el fin de alimentar el Servicio de Información Sanitaria de Agresiones del SNS.

⁴ Según consta en el "Criterio Técnico Nº 87/2011 sobre actuaciones inspectoras en relación al riesgo laboral de atraco", de la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Las sentencias a las que se hace mención son: STS de 20 de septiembre de 2007 y STS de 25 de junio de 2008.

Deberá priorizarse la labor de determinar cuáles serían estos datos imprescindibles y la periodicidad de su notificación a través de un parte-tipo a cumplimentar por las Comunidades Autónomas con una determinada periodicidad (mensual, trimestral, semestral, anual, etc.).

Prácticamente todos los Servicios de Salud consideran como una agresión más aquellas producidas en los Servicios de Psiquiatría. Dado que las causas de estas agresiones y la gestión de las mismas son completamente distintas, se propone recomendar a los Servicios de Salud que especifiquen este tipo de agresiones de forma diferenciada al resto para darles el tratamiento que necesitan.

En la recomendación nº 12 se hace una propuesta respecto de esta cuestión.

Debería acometerse también la unificación de las causas de las agresiones.

5. CONSTITUCIÓN DEL OBSERVATORIO DE AGRESIONES DEL SNS. INTERCAMBIO DE “BUENAS PRÁCTICAS”. ELABORACIÓN DE GUÍAS DE RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES DEL SNS.

Dado que existen órganos muy similares en muchos Servicios de Salud o en organizaciones profesionales, la importancia de un Observatorio de ámbito nacional estribaría en que con su creación se difundiría más el problema, lo que contribuiría a la sensibilización de la sociedad, que constituye la base sobre la que se asienta la solución al mismo.

Serviría, además, para analizar los resultados obtenidos en los distintos Servicios de Salud y valorar si estos resultados están relacionados con la implantación de medidas concretas, de modo que pudiera valorarse más objetivamente la efectividad de las mismas y ayudara a extender en otras Comunidades Autónomas aquellas medidas que se consideren más eficaces.

En la actualidad existen varios Observatorios de Agresiones constituidos por ciertos Servicios de Salud, así como el Observatorio de Agresiones a Médicos de la OMC.

La coordinación a nivel estatal de los trabajos llevados a cabo por los distintos observatorios autonómicos podría resultar más beneficiosa que la situación actual.

Es por ello por lo que se propone la constitución de un Observatorio de Agresiones del SNS, ubicado en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que funcionaría en coordinación con el Observatorio de Agresiones a Médicos de la OMC y de los observatorios de otras organizaciones colegiales que pudieran establecerse, los observatorios autonómicos de agresiones que existan y que pudieran establecerse, así como con los puntos de contacto que se designen en las Comunidades Autónomas que no dispongan de observatorios autonómicos.

El Observatorio de Agresiones del SNS analizaría la información procedente del Sistema de Información de Agresiones del SNS, se evaluarían periódicamente las medidas adoptadas a todos los niveles en relación con esta cuestión, proponiendo las estrategias y recomendaciones que pudieran resultar más eficaces.

Asimismo, la coordinación en este ámbito puede facilitar el intercambio de buenas prácticas. Por ejemplo, en determinados ámbitos (hospitales militares) parecen resultar útiles actuaciones como el seguimiento de los “manuales de estilo” (evitar tratar a los pacientes con excesiva familiaridad) y determinadas medidas disuasorias, como la vigilancia privada, no obstante esta última no tiene un bajo coste, especialmente para el nivel de asistencia primaria.

El Observatorio podría además elaborar guías de recomendaciones dirigidas a los profesionales del SNS que incluyan consejos para prevenir las agresiones.

Este Observatorio de Agresiones del SNS constituiría en la práctica una sección del futuro Observatorio del SNS, que agrupará a todos los observatorios existentes en la actualidad en el seno del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

6. TENDENCIA A LA HOMOGENEIZACIÓN DE LOS REGISTROS DE AGRESIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como se ha mencionado anteriormente, se aprecian dificultades para registrar las causas de las agresiones debido a que, por un lado, puede haber una pluralidad de causas y, por otro, en los registros de los Servicios de Salud se utilizan distintas denominaciones para las mismas causas.

La situación ideal es que se tendiera a una homogeneización de los registros de los Servicios de Salud, no obstante esto puede resultar difícil y costoso por la incompatibilidad de los programas informáticos.

En este sentido, la puesta en marcha de un Sistema de Información sobre Agresiones del SNS, así como el trabajo coordinado del Observatorio de Agresiones del SNS con los observatorios autonómicos y los puntos de contacto designados por los Servicios de Salud, con el consiguiente intercambio de información, facilitaría la tendencia a la homogeneización de los registros de agresiones en los Servicios de Salud.

Hay que tener en cuenta también el papel que pueden jugar otros Registros, tales como los de los Colegios Profesionales, pues muchas de las agresiones a profesionales pueden constar, al menos, en dos registros distintos (Servicio de Salud y Colegio Profesional) y, por otra parte, estos Colegios pueden aportar datos de lo que sucede en el sector privado.

Los Colegios Profesionales de Médicos de toda España aportan al Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos de la OMC el total de sus datos de cada año, con los mismos ítems por parte de todos, y en ellos aparecen recogidos los correspondientes a las agresiones registradas dentro del Sector Privado; estos datos son de gran relevancia, ya que suponen más del 10% de las Agresiones a Médicos.

7. POTENCIACIÓN DE LAS MEDIDAS FORMATIVAS E INFORMATIVAS DIRIGIDAS A LOS TRABAJADORES

Estas medidas son competencia de las Comunidades Autónomas, aunque el Ministerio, asumiendo su papel de liderazgo en el SNS, puede y debe instar a las mismas a que se sensibilicen con

la problemática de las agresiones y de la violencia laboral en su conjunto porque es un hecho que atenta contra la dignidad de las personas y contra su seguridad y salud y desestabiliza la organización de los servicios sanitarios.

Por ello, se les pide que asuman su papel director acometiendo medidas de carácter informativo para sensibilizar, en primer lugar, al profesional y, en segundo lugar, al usuario del sistema.

Y medidas de carácter formativo, para dotar al profesional de conocimiento y herramientas que le capaciten para afrontar con mayor habilidad estas situaciones. En este sentido, las técnicas de resolución y afrontamiento de conflictos deberían estar integrados en los planes de formación de los profesionales sanitarios y resto de trabajadores del sector que estén en contacto con los usuarios, pacientes y familiares.

Por otra parte, una actitud claramente activa por parte de la Administración, transmite a los trabajadores una sensación de mayor seguridad, comprensión y respeto, que contribuye a fortalecer los vínculos de pertenencia e identificación con la institución o empresa.

Las políticas y planes deben incluir todas las medidas y procedimientos, preventivos y de protección que sean necesarios para reducir y suprimir los riesgos de agresiones en el entorno laboral, incluyendo una adecuada información y formación de los trabajadores, considerando los riesgos concretos a que se enfrenta cada una de las categorías de trabajadores del sector sanitario y los riesgos que presentan ciertos entornos de trabajo.

En primer lugar, debe garantizarse la obligación de información a los trabajadores sobre los riesgos de su puesto de trabajo.

En este sentido, a fin de dar cumplimiento al deber de protección establecido en el artículo 18 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, el empresario debe adoptar las medidas adecuadas para que los trabajadores reciban todas las informaciones necesarias en relación con: a) Los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo, tanto aquellos que afecten a la empresa en su conjunto como a cada tipo de puesto de trabajo o función. b) Las medidas y actividades de protección y prevención aplicables a esos riesgos y c) Las medidas de emergencia adoptadas de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 31/1995.

En segundo lugar, la formación constituye asimismo un imperativo legal (conforme al artículo 19 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales). En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, en materia preventiva, tanto en el momento de su contratación, cualquiera que sea la modalidad o duración de ésta, como cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo. La formación deberá estar centrada específicamente en el puesto de trabajo o función de cada trabajador, adaptarse a la evolución de los riesgos y a la aparición de otros nuevos y repetirse periódicamente, si fuera necesario.

En este sentido, la formación debería estar dirigida a todo el personal pero en especial a los profesionales que han sido agredidos, así como a los profesionales jóvenes recién incorporados a sus puestos, y estará dirigida a adquirir “habilidades sociales” y al “manejo adecuado de situaciones conflictivas”.

La evaluación de riesgos y el establecimiento de los mapas de riesgo son la base para priorizar los puestos y servicios tendentes a recibir formación específica, al margen de que esta formación se encuentre dirigida a todo el colectivo que trabaja en un centro sanitario.

Los profesionales “nuevos”, con menos experiencia, suplentes, han de considerarse diana para recibir la formación adecuada para su puesto de trabajo, conforme el art 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, por lo que debería considerarse la existencia de un protocolo para que estos profesionales sean formados en el menor tiempo posible desde su incorporación.

Los profesionales deben estar formados en dos frentes fundamentalmente para prevenir la agresión y para afrontarla:

- 1.- Comunicación con los usuarios (pacientes, familiares) incorporando técnicas de asertividad, empatía, escucha activa;
- 2.- Capacidad de reacción cuando la situación con un usuario se tensa o ante pacientes violentos.

Esta formación no tiene por qué variar de unos Servicios de Salud a otros, pues la asistencia sanitaria que se presta es idéntica en todos ellos. Esto facilitaría la existencia de cursos de teleformación homogéneos y formatos comunes.

Dado que existen muchos contenidos comunes, sería conveniente que las Comunidades Autónomas trabajaran conjuntamente (y con menor coste para la Administración, y por tanto para los ciudadanos) para ofrecer aspectos de calidad y homogeneidad en sus programas formativos.

Se propondría, por tanto, realizar de manera periódica acciones de formación con el objeto de mejorar las habilidades de comunicación y trato con el paciente de los profesionales y favorecer una mejora en la dinámica relacional.

Sería muy recomendable que todo el personal que ha sufrido agresiones, así como el que trabaja en las áreas con un mayor índice de agresiones recibiera obligatoriamente este tipo de formación específica, sin perjuicio de que se haga extensiva al resto de trabajadores de la organización, en especial a los que desarrollan funciones de atención directa a los usuarios del SNS.

Una vez formados, los profesionales deben tener información clara de qué hacer si sufren una agresión. Deben saber a quién dirigirse, cómo comunicar el suceso y qué recursos se encuentran a su disposición (psicológicos, jurídicos, sancionadores, cambio de adscripción...). Dado que cada Servicio de Salud dispone de sus propios protocolos, los cuales varían en función de las características organizativas de cada uno de ellos, es difícil establecer pautas de información más allá de la insistencia en la necesidad de potenciarla. No obstante, como se ha indicado en la recomendación nº 5, el Observatorio Nacional de Agresiones del SNS podría elaborar guías de recomendaciones dirigidas a los profesionales del SNS que incluyan consejos para prevenir las agresiones.

Hay que tener en cuenta además que las actividades de formación e información deberán concienciar a los profesionales de la importancia de la notificación de los incidentes.

8. APOYO Y ASESORAMIENTO A LOS PROFESIONALES AFECTADOS

Además de las medidas informativas y formativas, las administraciones deben facilitar el necesario apoyo, defensa y asesoramiento jurídico a todos los profesionales afectados por agresiones en el entorno laboral y les mantendrán informados del curso de la tramitación de las denuncias. Los costes del asesoramiento jurídico no tendrán que ser soportados por el profesional agredido.

Es conveniente mantener un estrecho contacto con la Fiscalía para el seguimiento de las actuaciones judiciales. Pueden resultar también eficaces las campañas de formación dirigidas a los colectivos de fiscales y jueces. Es necesario seguir impulsando ante fiscales y jueces la calificación como delito de atentado a funcionario público las agresiones que sufren los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

Del mismo modo, se prestará atención al tratamiento (incluyendo el psicológico) y rehabilitación de los profesionales agredidos en la medida en la que sean necesarios, así como al seguimiento de las correspondientes situaciones de incapacidad temporal.

9. IMPORTANCIA DE LAS MEDIDAS DESTINADAS A LOS USUARIOS DEL SNS. RÉGIMEN SANCIONADOR

Los pacientes deben ser informados no sólo de los derechos que tienen, sino también de las obligaciones en materia de salud que deben observar.

Como se ha recogido en la sección nº 4 de este informe (resumen de las conclusiones de las Mesas Técnicas I y II), este tipo de medidas destinadas a los usuarios, en especial las informativas y las formativas, son las que tienen un mayor impacto, y precisamente son las que han sido valoradas con un grado de eficacia más baja en la evaluación realizada.

Se trata de medidas, en general, de alto coste, especialmente las campañas de sensibilización, dirigidas a la población general.

Hay que recalcar igualmente la importancia de la colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y la policía autonómica, en su caso, como elemento disuasorio en el caso de “agresores conocidos o reincidentes”.

En el supuesto de los usuarios responsables de las agresiones, pueden resultar necesarias medidas sancionadoras, como las amonestaciones por escrito, la reasignación de dichos usuarios a otros profesionales o centros, o las sanciones pecuniarias a los agresores. Las medidas sancionadoras podrían llegar a ser del tipo penal en determinados supuestos.

Este régimen sancionador no está desarrollado homogéneamente por los diferentes Servicios de Salud y podría beneficiarse de una regulación común para todo el SNS (véase la recomendación nº 11).

Con los usuarios hay que efectuar una labor de sensibilización, difundiendo el problema y las soluciones que se están adoptando frente al mismo. Al igual que ha ocurrido en otros ámbitos, como el de la violencia doméstica o la seguridad vial, es necesario insistir mucho en la propia existencia de la problemática para sensibilizar a la sociedad y evitar que tanto los usuarios como los profesionales consideren hechos normales que, con motivo o sin él, se recurra a la violencia verbal o física para demandar asistencia sanitaria o determinados aspectos de la misma. Es muy importante que a la sociedad llegue el mensaje claro de que se están tomando medidas para evitar las agresiones en los centros sanitarios y que existen medios a través de los cuales pueden hacer llegar sus reclamaciones o sugerencias a los distintos Servicios de Salud por lo que consideran un mal funcionamiento de los mismos y que estos medios son eficaces.

Para conseguir este objetivo, se podrían llevar a cabo campañas publicitarias nacionales (complementarias a las realizadas por las Comunidades Autónomas) de sensibilización a los usuarios sobre el buen uso de las instalaciones de los centros sanitarios y su deber de respeto y consideración a los profesionales del SNS.

Pero no sólo se sensibiliza con campañas publicitarias. Sería interesante conseguir la implicación de los medios de comunicación, de forma que se preste atención a estos hechos cotidianos que no deberían serlo. Es necesario que los medios de comunicación se hagan eco de los pequeños incidentes y no sólo de los más graves, porque actuando contra los más habituales se previenen los de mayor relevancia.

Además, con la publicación de informaciones sobre las sentencias recaídas y procedimientos sancionadores contra usuarios por agresiones, el efecto positivo no sólo incide sobre las personas contra las que se ha actuado sino sobre todos aquellos que reciben el mensaje. De poco sirve imponer una multa a un usuario agresivo si no se difunde la posibilidad de ser sancionado en casos similares que impliquen el uso de la violencia.

10. EVALUACIÓN PERIÓDICA DE LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS. ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA EFICACIA DE DICHAS MEDIDAS

Tras el análisis realizado de las medidas adoptadas en las Comunidades Autónomas (organizativas, de seguridad, formativas e informativas), la mayoría han sido valoradas con un grado de eficacia medio-alto, sin embargo, determinadas medidas (en concreto, las informativas destinadas a los usuarios) han sido valoradas como poco eficaces.

En general, se recomienda que la eficacia de todas las medidas adoptadas sea re-evaluada periódicamente, con el fin de introducir correcciones si se estima necesario.

La evaluación de las medidas adoptadas compete a las propias Comunidades Autónomas, no obstante la evaluación de la eficacia de las medidas puede perder objetividad cuando se hace por los propios Servicios de Salud que las han puesto en práctica. Una evaluación conjunta de todas las medidas adoptadas por los distintos Servicios de Salud podría hacerse en el seno del Observatorio Nacional de Agresiones del SNS y beneficiar por tanto a todas las Comunidades Autónomas.

En el caso de que las medidas sean valoradas con un grado de eficacia baja (como ha ocurrido en este caso con las medidas informativas destinadas a los usuarios), será necesario replantear las estrategias oportunas para intentar lograr que sean más eficaces. La mejor estrategia es el conocimiento de lo que otros hacen y tiene resultado, por lo que el intercambio de información tanto de medidas adoptadas como de resultados obtenidos puede ser determinante. Esto es lo que generalmente se denomina selección y transmisión de “buenas prácticas” enfocadas a un determinado objetivo, como es el caso.

El estudio del grado de eficacia de las medidas preventivas permitiría determinar y priorizar las más efectivas utilizando la metodología más adecuada según el objeto de análisis.

11. IMPULSO DE MEDIDAS A ADOPTAR EN EL ÁMBITO ESTATAL

Determinadas medidas pueden ser llevadas a cabo en el ámbito estatal, con el fin de homogeneizar actuaciones, evitar duplicidades y reducir costes.

Se entiende que se trata de aquellas medidas que se pueden llevar a cabo por iniciativa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, aunque impliquen a otros organismos.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad asume un papel de liderazgo en esta cuestión, abordada inicialmente como “agresiones a profesionales”, que pretende gestionar adecuadamente la Violencia en el Ámbito Laboral, como un fenómeno creciente y peligroso para el correcto funcionamiento de los servicios públicos, con absoluto respeto a las competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas pero asumiendo la responsabilidad que requiere el mantenimiento de un Sistema Nacional de Salud y de su necesaria cohesión y calidad.

En consonancia con ello, es obligado conocer el alcance real del problema, no solo en su conjunto sino en su diversidad, en función de las Comunidades Autónomas y, dentro de éstas, en función de los centros, niveles asistenciales, colectivos u otros condicionantes (aislamiento, turnos, características del trabajo, etc.). Para ello, el papel integrador de la información, conservando la riqueza de la misma, es importante y necesario.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad asume también un rol mediador para la transmisión e intercambio de “buenas prácticas” adoptadas en las Comunidades Autónomas.

Se considera que esta problemática no es una cuestión que afecte únicamente a la gestión de recursos humanos puramente, sino también a la de seguridad y salud.

Si bien se está haciendo referencia al SNS únicamente, el Ministerio es órgano rector de la sanidad en su conjunto, no únicamente del ámbito público, por lo que podría estudiarse la extensión de la actitud y medidas adoptadas al ámbito privado el cual, por otra parte, puede facilitar información que puede resultar de mucha utilidad como elemento comparativo.

Algunas de las iniciativas de ámbito estatal podrían ser las siguientes:

- Desarrollo de iniciativas legislativas por las que se otorga la consideración de “autoridad pública” a los profesionales sanitarios del SNS, en el ejercicio de sus funcio-

nes (se han aprobado en Aragón y Castilla y León). Esta normativa supondría reconocer y reforzar la autoridad del profesional, fomentar la consideración y el respeto que le son debidos en el ejercicio de sus funciones y responsabilidades, así como la prerrogativa de la “presunción de veracidad”.

- Desarrollo de una regulación relativa al régimen sancionador aplicable a los supuestos de agresiones a profesionales del SNS.

- Desarrollo de Convenios o Protocolos de colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado u otras instancias que puedan aportar actuaciones diligentes y asesoramiento en caso de que se produzcan situaciones de Violencia en el Ámbito Laboral.

- Acuerdos de colaboración con el Ministerio Fiscal.

- Formación presencial o a distancia de los profesionales del SNS.

- Observatorio de agresiones del SNS.

- Evaluación periódica de la eficacia de las medidas implantadas para luchar contra las agresiones en el SNS.

- Campañas de sensibilización dirigidas a la población; formación de pacientes y usuarios del SNS.

- Acuerdos de colaboración con Colegios Profesionales.

- Acuerdos de colaboración con Universidades y otras entidades.

- Encontrar la vía para conseguir el mayor impacto en los medios de comunicación con el objeto de sensibilizar sobre esta problemática.

12. CONSIDERACIÓN DE LAS AGRESIONES “NO INTENCIONADAS”

Una parte importante de las agresiones son provocadas por pacientes psiquiátricos, de forma no intencionada.

El tratamiento de los incidentes relacionados con este tipo de pacientes psiquiátricos resulta complejo, toda vez que no siempre se pueden identificar, ya que en muchas ocasiones esta identificación sólo puede realizarse en caso de encontrarse ingresado el paciente en un hospital psiquiátrico, en servicios de psiquiatría de hospitales, o si están recibiendo asistencia en centros de salud mental. Si el paciente está siendo atendido por otros motivos (de origen no psiquiátrico), no siempre se dispone de información acerca de la posible patología psiquiátrica.

Convendría realizar un estudio en profundidad para determinar cuáles de estas agresiones se pueden considerar como tales y cuáles deben excluirse de esta terminología (y considerarse accidente, o el término que se estime más apropiado), teniendo en cuenta la patología del paciente, así como el criterio y opinión de personas autorizadas en la materia. De esta forma podría acordarse un protocolo común para la valoración homogénea de estos sucesos en todo el SNS.

6. ANEXOS

ANEXO I

**Questionario cumplimentado con las agresiones a profesionales del SNS (2008-2012)
Tabla y gráfico**



CUESTIONARIO CUMPLIMENTADO CON LAS AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SNS (2008-2012)							
CONCEPTOS		AÑO					TOTAL 2008 2012
		2008	2009	2010	2011	2012	
Agresiones totales	1.- Numero total agresiones (1)	4.659	5.924	6.550	7.043	6.240	30.416
Lugar de la agresión	2.- Atención Hospitalaria (2)	2.131	2.739	3.213	3.527	3.134	14.744
	3.- Atención Primaria	2.518	3.161	3.314	3.480	3.082	15.555
Tipos de agresión	4.- Físicas	930	1.218	1.167	1.590	1.265	6.170
	5.- No físicas	3.880	5.588	6.457	6.540	5.967	28.432
	5.1.- No físicas. Grado 1 (3)	1.243	2.117	2.682	2.650	2.510	11.202
	5.2.- No físicas. Grado 2 (4)	1.345	2.061	2.360	2.677	2.286	10.729
Violencia patrimonial (5)		175	282	291	317	308	1.373
Por sexo del agredido	6.- Hombres	1.119	1.348	1.274	1.430	1.224	6.395
	7.- Mujeres	2.580	3.348	3.535	3.711	3.338	16.512
Perfil del agresor (6)		299	1.286	1.577	1.692	1.563	6.417
Por profesional agredido	8.- Facultativos (7)	1.570	2.045	2.273	2.466	2.102	10.456
	9.- Enfermería (8)	1.338	1.792	2.011	2.197	1.958	9.296
	10.- Otros profesionales	1.460	1.899	2.240	2.295	2.171	10.065
Por modalidad de contrato del agredido	11.- Contratación eventual	483	566	590	637	450	2.726
	12.- Contratación larga duración	220	497	487	686	726	2.616
Por la gravedad	13.- Nº de agresiones en los que se abre periodo de IT	51	128	127	181	152	639
	14.- Total días de baja que suman entre todos los profesionales agredidos	1.035	2.683	902	1.538	1.312	7.470
Por denuncia	15.- Nº de agresiones que cursan con denuncia	487	755	645	744	700	3.331
Causa de la agresión	16.- Relativas al proceso prestación IT	27	38	48	46	39	198
	18.- Derivadas de la organización del centro	1.073	1.731	1.805	1.942	1.612	8.163
	18.1 Tiempos de espera	354	486	426	510	452	2.228
	18.2 Falta información	147	325	324	400	368	1.564
	18.3 Falta de señalización y/o de información	2	6	0	5	3	16
	18.4 Espacios comunes: Limpieza, confort, diseño...	1	7	16	12	6	42
	18.5 Otras	568	898	1.024	1.001	774	4.265
	19.- Disconformidad con la atención profesional recibida	717	1.211	1.382	1.363	1.273	5.946
	19.1.- Por parte del Personal Facultativo (7)	66	265	248	240	267	1.086
	19.2.- Por parte del Personal Sanitario (8)	37	161	186	170	130	684



	19.3.- Por parte del personal no Sanitario	28	102	100	71	88	389
	20.- Disconformidad con el trato recibido del profesional	114	341	361	349	378	1.543
	20.1.- Por parte del Personal Facultativo (5)	19	52	66	54	82	273
	20.2. - Por parte del Personal Sanitario (6)	14	90	93	81	83	361
	20.3.- Por parte del personal no Sanitario	23	95	62	74	78	332

Datos de la tabla:

(1) Número de profesionales agredidos.

(2) incluida Salud Mental.

(3) Agresiones verbales: insultos, vejaciones.

(4) Agresiones psicológicas: amenazas, coacciones, intento de agresión, uso de armas, etc.

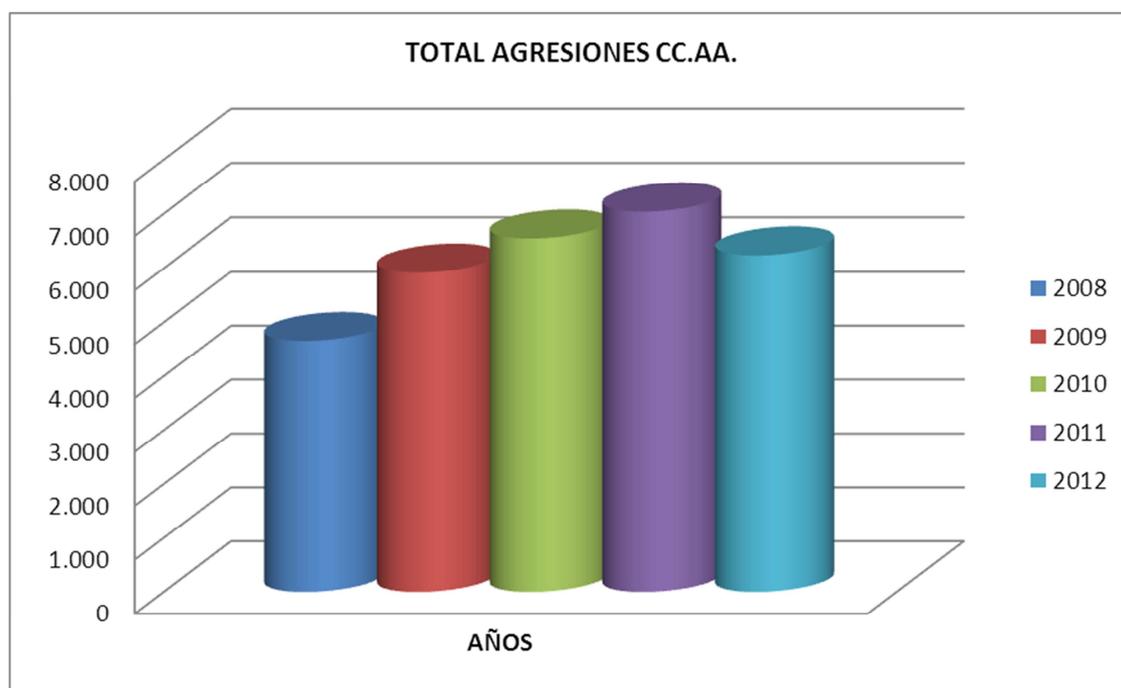
(5) Número de agresiones en los que se han registrado daños en los enseres del centro sanitario.

(6) Número de agresiones en los que se ha registrado algún dato referente al perfil del agresor: trastorno psiquiátrico, alcoholismo, drogodependencias, carácter violento, conducta racista, etc.

(7) Incluidos MIR.

(8) Enfermera, Matrona, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional.

Gráfico de la tabla:





Comisión
Recursos
Humanos
del
Sistema
Nacional
de Salud



ANEXO II-A

Informe de las Medidas Preventivas Adoptadas por las Comunidades Autónomas frente a las Agresiones a Profesionales de la Salud

INTRODUCCIÓN.-

El Pleno del Senado, en su sesión celebrada el día 13 de septiembre de 2012, ha instado al Gobierno a:

- Establecer mecanismos de información para reforzar la figura de los profesionales sanitarios como autoridad en su trabajo.
- Plantear, en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, la necesidad de que los Servicios de Salud de todas las Comunidades Autónomas cuenten con medidas preventivas y disuasorias frente a las agresiones.
- 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.

En el seno de la Comisión Técnica Delegada de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, celebrada el 4 de diciembre de 2012, se propone:

- Que cada Servicio de Salud informe de las medidas preventivas y disuasorias frente a las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios.
- Que se apruebe un informe elaborado con las medidas preventivas y disuasorias adoptadas frente a las agresiones que se actualizará anualmente con objeto de implementar medidas de mejora sobre la problemática de las agresiones a profesionales sanitarios.

Estas propuestas fueron elevadas al Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud en la reunión celebrada el 20 de diciembre de 2012.

En la actualidad, las Comunidades Autónomas han desarrollado diferentes medidas preventivas frente a las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios como los Planes de Prevención, registros u observatorios para el seguimiento de estas situaciones o bien tienen proyectada alguna iniciativa normativa que suponga que los profesionales sanitarios vayan a ser considerados autoridad pública. También los Colegios Profesionales y las Organizaciones Sindicales han adoptado un papel muy activo en la defensa de los profesionales sanitarios.

Teniendo en cuenta las propuestas realizadas en la Comisión Técnica Delegada y en el Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, se relaciona la documentación aportada de las medidas tomadas por las diferentes Comunidades Autónomas y el INGESA en relación a las agresiones que sufre el personal que trabaja en las instituciones sanitarias.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA.

Normativa.

- Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Contiene actuaciones dirigidas a dotar a los profesionales de habilidades de comunicación que mejoraran la interacción con los pacientes y familiares, acciones contra los usuarios agresivos, como por ejemplo medidas que justifiquen la decisión de facilitar al médico un acompañante para hacer la visita médica o la denuncia al juzgado (Medidas preventivas del Plan). Destacar las actuaciones en caso de incidentes dirigidas a establecer de manera explícita qué hacer en caso de sufrir una situación de agresión por parte de un usuario.

Registro de agresiones.

El registro informático de agresiones es la herramienta que por un lado permite recoger todos los datos específicos de cada incidente violento y por otro mediante el análisis de los datos, ya tabulados y estudiados para elaborar el mapa de riesgo sobre agresiones.

Atención psicológica.

El Servicio Andaluz de Salud ofrece apoyo psicológico al personal que ha sufrido una agresión.

Asesoramiento jurídico.

En el asesoramiento legal y asistencia jurídica se cuenta con una “Guía de Orientación Jurídica”.

El personal que ha sufrido una agresión contará con el asesoramiento jurídico necesario:

- Denuncia ante el órgano competente de los hechos: Juzgado, Guardia Civil, etc.
- Desde la Subdirección de Asesoría Jurídica del Servicio Andaluz de Salud se elaborará un modelo tipo de denuncia utilizable en estos supuestos.

Esta denuncia será independiente de la que haya interpuesto el profesional agredido y especificará, en su caso, los daños materiales que se hayan producido.

Puede ocurrir que, con ocasión de las anteriores infracciones penales contra el referido personal, se produjeran además daños o perjuicios para el Servicio Sanitario Público Andaluz e incluso que se cometieran otros hechos ilícitos (daños, sustracciones, estafas, incendios, etc.), de forma simultánea o independiente. En tales casos, los letrados de la Administración Sanitaria promoverán o comparecerán en el procedimiento para ejercitar las acciones penales y civiles que se deriven de tales hechos, en reclamación de los daños y perjuicios causados.

Formación.

Para abordar de una forma integral el problema de las agresiones, se considera prioritario el desarrollar un proceso de formación específico dirigido a todos los profesionales de la salud sobre la forma o el manejo de las situaciones conflictivas, con el fin de obtener unas habilidades que permitan manejar situaciones de riesgo, manejo del estrés con efectividad y actuaciones de control sobre el ambiente de trabajo. Objetivos:

- Analizar la relación de los profesionales sanitarios con sus pacientes y familias en situaciones agresivas y de conflicto.
- Debatir sobre estrategias de mejora a desarrollar por los profesionales para ser capaces de dar respuesta ante dichas situaciones.
- Entrenarse en algunas habilidades básicas en la relación profesional sanitario-paciente para conseguir una atención más eficaz en dichas situaciones.

Contenidos de formación:

- Principios básicos de la comunicación en situaciones difíciles, elementos que facilitan y dificultan la comunicación, la asertividad: diferentes técnicas, la escucha activa, la comunicación no verbal.
- Análisis de situaciones difíciles en la relación con el público (como la recepción del paciente agresivo, las demoras, cómo actuar ante un error nuestro, cómo decir “no” qué hacer ante un paciente o familiar agresivo, cómo hacer una crítica, cómo recibir una crítica, cómo dar una mala noticia, etc.).
- Técnicas y habilidades de negociación. Autocontrol emocional y manejo del estrés.

Participación de los profesionales.

Con carácter al menos anual y en los distintos foros de presencia, representación y/o participación social, sindical, ciudadana, etc., establecidos tanto en el Servicio Andaluz de Salud como en los distintos proveedores de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se analizará el seguimiento de los resultados y actuaciones desarrolladas por el Plan, hecho compartido con otras organizaciones como el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.

Se elaboran informes sobre puntos críticos derivados del mapa de riesgos: esta información se enviará a la Subdelegación del Gobierno y a las Juntas Locales de Seguridad. Se recabará la coordinación de la Policía Local de los diferentes municipios, la Guardia Civil y Policía Nacional.

Destaca la importancia en la sensibilización en cuanto a la rapidez en la actuación.

Campañas informativas y de sensibilización.

Se ha desarrollado un Plan de comunicación interno y externo:

- Interno: a través de las Unidades de Atención al profesional y Unidades de Prevención de Riesgos Laborales para organismos colaboradores con el Plan, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, etc.
- Externo: sobre la población en general, orientado a emitir una imagen positiva que permita resaltar el importante papel que desempeñan los profesionales de los servicios de salud para la comunidad de la que forman parte, además de resaltar la importancia de mantener una buena relación profesional-paciente o usuario basada en el respeto y la confianza mutua.

Medidas organizativas.

Al objeto de poder conocer la evolución de este tipo de situaciones a lo largo del tiempo es preciso instaurar un sistema que permita la evaluación de las agresiones notificadas y planificar las medidas a instaurar:

- Supervisión y desarrollo del Plan de Comunicación.
- Compromiso de mantener sólo la vía de acceso y comunicación con el agredido especificada en el Plan para mantener la confidencialidad.
- Asesoramiento y apoyo al profesional de la salud.
- Coordinación con otras instituciones y organismos.
- Elaboración de informes sobre la evolución de este tipo de incidentes.

Existen programas de conciliación laboral como acción preventiva y siempre que exista una sentencia firme que indique la necesidad de proteger al profesional y previo el informe preceptivo del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: el director de la institución, a petición del profesional agredido, podrá proponer iniciativas que permitan su adscripción temporal a otro centro de trabajo por el periodo que determine la sentencia, evitando que aparezca la situación de baja laboral y ayudando al profesional a seguir con su actividad normalizada.

Medidas de seguridad.

Adecuación de infraestructuras, se recomienda que cada institución, en coordinación con la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, dentro de su ámbito de actuación y de manera progresiva, acometa la implantación de las siguientes medidas estructurales en:

Medidas de seguridad activa: se establecerán los estándares que regulen la contratación de servicio de seguridad en aquellos centros, dependencias u horarios que se consideren de especial riesgo en función del Mapa de Riesgos resultante de la evaluación y seguimiento del Plan de Actuación y que no lo tengan contratado.

Medidas de seguridad pasiva: se establecerán los estándares mínimos que definan de forma inequívoca las medidas de seguridad pasiva a implantar, en función del Mapa de Riesgos. A partir de estos estándares, el Sistema Sanitario Público de Andalucía valorará, dentro de su marco presupuestario, las prioridades a desarrollar en este apartado.

Las medidas podrán abarcar distintos niveles en función de los estándares definidos previamente y podrán contemplar las siguientes:

- Dispositivos de alarma o interfonos en las consultas.
- Colocación de videocámaras de vigilancia en locales, donde se garantice en todo momento la confidencialidad e intimidad tanto de los profesionales como de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Salidas alternativas en los espacios de consulta.
- En actividades que se consideren de riesgo, el profesional no debe estar sólo en la consulta.

La seguridad de los profesionales en la prestación de la asistencia frente a posibles agresiones será considerada para el diseño y la construcción de nuevos centros o al plantear reformas de los existentes. En cualquier caso, se determinarán estándares básicos a fin de determinar los criterios a considerar para hacer objetivas y comunes las recomendaciones.

Medidas de seguridad de atención domiciliaria en zonas con necesidades de transformación social se recomendarán, para situaciones en que la visita domiciliaria entrañe posibles riesgos para los profesionales, determinadas acciones que minimicen la exposición a situaciones potencialmente conflictivas.

Se ha establecido un procedimiento de actuación ante una situación de agresión con las siguientes fases:

- Alertar a fuerzas y cuerpos de seguridad.
- Comunicar el incidente al responsable del centro.
- Traslado al Servicio de Medicina Preventiva o Urgencias.
- Valoración de lesiones.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN.

Normativa.

- Plan de Prevención contra la violencia en el lugar de trabajo, aprobado en reunión ordinaria de la Comisión de Seguridad y Salud del Departamento de 30 de mayo de 2006. Contempla las actuaciones en éste ámbito tanto de prevención como de atención al agredido.

El Plan de Prevención contra la violencia en el lugar de trabajo, resalta la diferencia en la “calificación de las agresiones” en sus modalidades: física, verbal, psicológica o daños a la propiedad.

- Proyecto de Ley de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón.

El Consejo de Gobierno, con fecha 5 de febrero de 2013, ha dado el visto bueno al Proyecto de Ley de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón.

Merece especial atención ésta iniciativa que pretende crear y reforzar los instrumentos jurídicos necesarios para permitir o conseguir que los profesionales del sistema público sanitario y social puedan desempeñar las tareas que le son propias en un contexto de máxima confianza, respeto y seguridad, aumentando como consecuencia de ello, la calidad de los servicios. Así, dentro de la Comunidad Autónoma, todos los directores y subdirectores de centros y servicios del sistema público sanitario o social, además de médicos, farmacéuticos, veterinarios, psicólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, trabajadores sociales, pedagogos, educadores, personal de gestión y servicios, gozarán de presunción de veracidad en sus informes y declaraciones, así como de la protección reconocida en el ordenamiento jurídico. Destacar que la condición de Autoridad Pública exige a quien la ostenta una especial dedicación y el estricto cumplimiento de cuantos derechos ostentan los ciudadanos destinatarios de sus decisiones.

Registro de agresiones.

En la Secretaría General Técnica del Departamento se ha creado un registro, partiendo de los datos obrantes en el mismo.

Elaboración de la memoria anual en la que se reflejan los tipos de agresiones más frecuentes y los colectivos más afectados, entre otros.

Atención psicológica.

El trabajador afectado acudirá, remitido por el responsable del centro, a dichos servicios jurídicos aportando la denuncia presentada ante la policía y el registro del incidente/accidente. Deberá valorarse la asistencia jurídica en el momento de la denuncia por parte de los servicios jurídicos.

Asesoramiento jurídico.

Están establecidas unas pautas de actuación en caso de agresión, solicitud de auxilio y asistencia médica, que comprenden: modelo de comunicación de la agresión, manifiesto de rechazo al agresor, comunicación en su caso al juzgado de instrucción.

Además por parte del Servicio de Prevención se lleva a cabo la investigación del incidente y apoyo al trabajador agredido. Además del apoyo jurídico cuando el caso se traslada al juzgado, de la Dirección General de Servicios Jurídicos.

Formación.

En el Plan anual de formación del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento se incluyen actividades formativas relacionadas con el control de agresiones.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ASTURIAS.

Normativa.

El marco normativo que sustenta el Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios, que está implementado desde principios del año 2007, es el siguiente:

- El convenio sobre discriminación y empleo (año 1958) en el que dispone que toda política o medida encaminada a combatir la violencia en el lugar de trabajo debería promover el trabajo decente y el respeto mutuo y promocionar la igualdad de trato entre hombres y mujeres.
- El convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores (año 1981) que señala que un medio ambiente seguro y saludable facilita un estado de salud físico y mental óptimo en relación con el trabajo y contribuye a prevenir la violencia en el lugar de trabajo.

Registro de agresiones.

Todas las comunicaciones de agresiones o intentos de agresión se registran y archivan en una base de datos donde se recogen todos los datos relativos al afectado y a los hechos informados, así como la tramitación realizada. Este registro permite extraer información sobre la evolución de las agresiones denunciadas o informadas, la tipología de las mismas, estamentos profesionales más susceptibles de sufrir agresiones, etc. Periódicamente con una cadencia semestral, se elaboran informes de la evolución del plan de prevención y de la casuística de las agresiones sufridas.

Implantación de un registro donde consten todo tipo de agresiones para establecer normas de actuación desde las Gerencias (con el apoyo jurídico pertinente) sobre aquellos ciudadanos que ya hayan realizado comportamientos inadecuados en ocasiones anteriores.

Observatorio de agresiones.

Se registran y archivan las comunicaciones de agresiones o intentos de agresión. Este registro permite obtener información y realizar un seguimiento sobre la evolución de las agresiones. A partir de esta información, semestralmente, se elaboran informes sobre la evolución del plan de prevención y de la casuística de las agresiones sufridas que permiten establecer normas de actuación.

Atención psicológica.

En el Plan General de Prevención se contemplan las actuaciones necesarias para proporcionar la cobertura y la ayuda a todos los trabajadores agredidos, incluyendo entre ellas la atención psicológica.

Asesoramiento jurídico.

En el Plan General de Prevención se contemplan, una vez facilitada la asistencia médica y psicológica, las acciones necesarias para ofrecer apoyo institucional y proporcionar el asesoramiento y la asistencia letrada de la forma más eficiente posible a todos los trabajadores agredidos.

Formación.

La aprobación del Plan de Prevención y su puesta en marcha se acompaña de una intensa labor divulgativa en los centros sanitarios, así como de una actividad formativa en materia de manejo de situaciones conflictivas que se incluye en la programación anual de formación específica del servicio de salud.

Los profesionales son formados en habilidades comunicativas y manejo de conflictos en las materias que a continuación se relacionan:

- Ayudar a reconocer y entender los condicionantes personales, sociales, ambientales y psicológicos que generan agresividad.
- Analizar los diversos tipos y niveles de la agresividad.
- Sensibilizar a los participantes sobre la importancia de la correcta comunicación asistencial para la prevención de situaciones conflictivas.
- Conseguir las habilidades necesarias para la prevención y manejo de las situaciones hostiles.
- Posibilitar una conducta sistemática en la consulta para prevenir relaciones difíciles.
- Dotar de técnicas útiles de autocontrol emocional para reducir el estrés en la consulta.

Los cursos para adquirir habilidades comunicativas y manejo de situaciones hostiles son impartidos por un equipo de profesionales adscritos al Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Participación de los profesionales.

Los profesionales de diversos estamentos (servicio jurídico, servicio de prevención, personal directivo y personal tanto del ámbito de atención primaria como de especializada) han participado en el diseño, la elaboración y la implementación del plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios.

Campañas informativas y de sensibilización.

- La aprobación del Plan de Prevención y su puesta en marcha se acompaña de una intensa labor divulgativa en los centros sanitarios.
- Campañas divulgativas para que la población realice una utilización más eficiente del servicio de cita previa, instando a que los ciudadanos soliciten en horario de tardes aquellas consultas previstas (partes de confirmación, recetas, resultados analíticos, etc.).

- Educar a la población para que en caso de no poder acudir a una cita de pruebas diagnósticas, complementarias o de consultas, lo comuniquen al centro sanitario correspondiente para un aprovechamiento óptimo de esos recursos.
- Optimizar la señalización e información de los centros sanitarios.
- Mensajes claros que informen al ciudadano sobre derechos y deberes.

Medidas organizativas.

En el diseño, la elaboración y la implementación del Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios han participado profesionales de diversos estamentos (servicio jurídico, servicio de prevención, personal directivo y personal tanto del ámbito de atención primaria como de especializada).

Se han establecido protocolos de actuación ante incidentes, se han habilitado las salas de espera con decoración adecuada, música ambiental y sistemas audiovisuales, emitiendo en circuito cerrado información sobre los horarios de cita previa, cómo efectuar cambio de médico, visado de recetas y educación para la salud.

Medidas de seguridad.

Se elabora un mapa de riesgos teniendo como base diversas fuentes desde las reclamaciones, quejas y sugerencias de los usuarios, así como del registro de incidencias.

Implantación de medidas de seguridad para la prevención de las agresiones adoptadas tanto en el centro sanitario como en la atención domiciliaria:

- En el centro sanitario: instalación de videocámaras en espacios comunes y en aquellos lugares identificados como puntos críticos, ronda periódica de vigilantes de seguridad, alarmas en los centros más problemáticos, mecanismos de seguridad pasiva, así como la activación de procedimientos de comunicación con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, rediseño de las consultas los centros sanitarios e instalación de sistemas de alarma interna (timbres con una señal sonora y luminosa) conectadas con el servicio de seguridad del centro.
- En la atención domiciliaria: en el caso de pacientes con comportamientos previos inadecuados la atención debe de realizarse acompañado de otro profesional y en caso de pacientes violentos, requerir el acompañamiento de las fuerzas de seguridad. Dotar al personal de teléfonos móviles conectados con la policía. Establecer acuerdos y procedimientos de actuación con fuerzas y cuerpos de seguridad.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS.

Normativa.

Se elabora el Plan de Prevención de las Agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de Salud.

En ejecución de este Plan de Prevención se suscribió, el 8 de noviembre de 2007, un convenio de colaboración con el Consejo Canario de Colegios de Abogados para la prestación del servicio de asistencia jurídica especializada al personal del Servicio Canario de Salud. Se han firmado addendas con objeto de prorrogar durante los años 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012.

Registro de agresiones.

El incidente o agresión se comunicará al responsable del centro, gerente de atención primaria o director-gerente del hospital, que en función de la gravedad de los hechos, se personará en el lugar de incidente o atenderá al profesional agredido por vía telefónica.

Se facilitará al profesional la hoja de registro de agresiones que una vez cumplimentada se remitirá a la unidad de prevención de la gerencia respectiva y a la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de Salud.

El registro informático de agresiones recogerá los datos específicos de cada incidente violento.

Observatorio de agresiones.

Una vez puesto en marcha el plan de actuación en los distintos centros y servicios sanitarios se realizará el seguimiento y evaluación de las medidas adoptadas para conocer puntualmente las incidencias derivadas de su implantación.

La evaluación servirá para realizar una mejora continua del plan, para lo que se propone:

- Supervisión periódica de las medidas tomadas en cada centro.
- Elaboración de criterios de evaluación y recepción periódica de información.
- Celebración de reuniones periódicas del personal directivo de los centros para examinar y valorar la efectividad de las acciones realizadas.
- Creación de una comisión de expertos que se reunirá trimestralmente que dará cuenta de sus actividades al Comité de seguridad y salud del Servicio Canario de Salud.

Atención psicológica.

En el Plan General de Prevención se contemplan las actuaciones necesarias para proporcionar la cobertura y la ayuda a todos los trabajadores agredidos, incluyendo entre ellas la atención psicológica.

Asesoramiento jurídico.

Se firmó un convenio de colaboración con el Consejo Canario de Colegios de Abogados para la prestación del servicio de asistencia jurídica especializada al personal del Servicio Canario de Salud que comprende:

- Asesoramiento y orientación en materia civil y penal sobre cuestiones relacionadas o derivadas de la situación de agresión sufrida en el ejercicio de sus funciones procedente de los usuarios de los servicios sanitarios.
- Prestación del servicio de asistencia letrada en los procedimientos judiciales (civiles o penales) que el trabajador decida iniciar, así como en los iniciados de oficio por el juzgado a raíz de los partes de lesiones o de atestados judiciales.

Con el fin de que se persigan por el Ministerio Fiscal como delito las agresiones sufridas por los trabajadores del Servicio Canario de Salud se envía mensualmente desde la Dirección de Recursos Humanos información de las comunicaciones de agresiones a la Fiscalía.

Formación.

Se organizan cursos anuales de información del Plan de Prevención las Agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de Salud.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales desarrolla actividades de información continuada mediante cursos en comunicación y habilidades en el manejo de situaciones conflictivas.

Se imparte formación para el abordaje del paciente conflictivo.

Participación de los profesionales.

Mediante el Plan de Prevención de las Agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de Salud se implica a los trabajadores en la mejora del ambiente laboral para favorecer el respeto mutuo, la buena comunicación y la información a los usuarios.

Campañas informativas y de sensibilización.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales desarrolla, en aplicación de las medidas de prevención y control, actividades de información dirigida a la población y la adopción de medidas en relación con la asistencia sanitaria.

El personal sanitario tiene a su disposición un protocolo de actuación ante agresiones.

Medidas organizativas.

El Plan de Prevención de las Agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de Salud pretende establecer un sistema de prevención, protección y actuación que permita optimizar la utilización de los recursos técnicos y humanos. Su finalidad es prevenir, proteger y combatir la violencia hacia los trabajadores, bienes y usuarios del Servicio Canario de Salud:

- Información dirigida a la población: procedimiento que debe seguir el usuario para acceder a los centros sanitarios, catálogo de prestaciones básicas, circuitos de derivación entre atención primaria y atención especializada, señalización correcta de los centros sanitarios e identificación de cada uno de los distintos profesionales.
- Medidas en relación con la asistencia sanitaria: formación de los trabajadores sobre habilidades generales de comunicación, detectar y tratar problemas que afectan al personal sanitario, actuación sobre los tiempos de espera.

Medidas de seguridad.

Las medidas de seguridad para la prevención de las agresiones que se pueden adoptar tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente:

- En los centros sanitarios de elevada conflictividad se podrán equipar con medios o sistemas de seguridad pasiva (dispositivos de alarma interna de incidencias, videocámaras, sistemas de comunicación directa con la dirección del centro y con las fuerzas de seguridad, mamparas de cristal blindado en servicios de atención psiquiátrica) y de seguridad activa (vigilantes de seguridad).
- En el domicilio del paciente en el caso de pacientes conflictivos o con comportamientos previos inadecuados, la atención se realizará en compañía de otro profesional sanitario. Se debe establecer un procedimiento de alerta.

Elaboración de un mapa de riesgos sobre agresiones teniendo como base los datos del registro informático de agresiones.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA.

Normativa.

- Instrucción del Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud del año 2004, sobre el procedimiento a seguir por los trabajadores del Servicio Cántabro de Salud tras sufrir una agresión física o amenazas graves por parte de usuarios o acompañantes durante el desempeño de su trabajo.
- Actualmente, la Consejería de Sanidad está trabajando en la elaboración de un Plan de Prevención de Agresiones a Profesionales, con la colaboración de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de los Centros.
- Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, en su artículo 79 tipifica como infracción grave la desconsideración grave de los usuarios hacia el personal del Sistema Sanitario Público de Cantabria, infracción que puede ser sancionada con la correspondiente multa (3.000 a 15.000 euros).

Registro de agresiones.

Como medida posterior al incidente, las gerencias cuentan con un formulario para notificación de accidentes violentos.

Se elabora una memoria anual con el análisis de incidentes violentos por periodos y las acciones llevadas a cabo.

Observatorio de agresiones.

Se cuenta con un sistema de Notificación y Registro de Incidentes Violentos, dicho registro actúa a modo de "observatorio" permitiendo una evaluación continua del nivel de riesgo por puesto, lugar y centro de trabajo.

Atención psicológica.

Medidas de apoyo por parte de los coordinadores de los centros y de las gerencias, tanto de tipo sanitario, psicológico y laboral.

Las lesiones físicas y psicológicas que precisen invalidez temporal se tramitan como accidente de trabajo.

Asesoramiento jurídico.

Actuaciones Judiciales a través de la Secretaría General de la Consejería de Sanidad, la norma contiene la instrucción de la gerencia para la tramitación de la solicitud de asistencia letrada y defensa jurídica del trabajador. La asistencia letrada al trabajador, una vez realizada la denuncia correspondiente, corre a cargo del Cuerpo de Letrados de la Dirección General del Servicio Jurídico.

Participación de los profesionales.

Colaboraciones de Organizaciones de profesionales sanitarios:

- Colegio Oficial de Médicos, elaboración de un protocolo ante las agresiones en el ámbito sanitario.
- Colegio de Enfermería ha desarrollado igualmente un protocolo de Agresiones.

Campañas informativas y de sensibilización.

- Puesta en marcha en la Comunidad de una campaña de sensibilización entre los profesionales sanitarios sobre riesgo de violencia en el trabajo, mediante la realización de charlas y difusión de un tríptico normativo en el que se resumen los objetivos y la Norma de Prevención.
- Información disponible en sus páginas webs correspondientes.

Medidas organizativas.

En la normativa de Prevención de Violencia en el Trabajo, como medidas básicas a adoptar por el profesional para prevenir y controlar la escala de tensión en los episodios de violencia.

Elaboración de evaluación inicial del riesgo de los profesionales sanitarios en cada una de las áreas de salud.

Actuaciones Preventivas en la organización:

- Divulgación del Plan de Prevención.
- Mejora en las condiciones de trabajo en los centros.
- Contactos con fuerzas del orden público, etc.

Medidas de seguridad.

En una tercera parte de los centros de salud de la Comunidad se ha implantado ya un sistema de alerta, a través de “botón de pánico” en un icono en la pantalla del ordenador activa una llamada de ayuda.

Los profesionales del 061, son acompañados de la Guardia Civil cuando acuden a domicilio de pacientes que pueda suponer un riesgo de agresiones o violencias.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA.

Normativa.

- Circular 4/2006, de 13 de marzo de 2006, del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha sobre asistencia jurídica a trabajadores.
- Orden de 7 de marzo de 2006, de la Consejería de Sanidad, de creación del fichero automatizado de datos de carácter personal del Registro para la Evaluación de Conflictos (REC).
- Circular 1/2007 del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, de Instrucciones sobre el procedimiento de actuación ante situaciones de violencia. Plan PERSEO (Plan Director de seguridad corporativa y protección del patrimonio del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) que es complementado por CATALEJO para reforzar las medidas de seguridad de los centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.
- Circular 4/2007 del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha de Instrucciones sobre planes de autoprotección.
- El convenio sobre discriminación y empleo (año 1958).
- El convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores (año 1981).

Registro de agresiones.

En el “Registro de Episodios Violentos” se recoge toda la información sobre episodios o situaciones de violencia física o psíquica de cualquier tipo que se produzca dentro del ámbito de aplicación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

En marzo de 2006 comenzó a funcionar el Registro de Evaluación de Conflictos (REC), creado por la Orden 7 de marzo de 2006 de la Consejería de Sanidad. Este Registro permite establecer un mapa de riesgos muy útil de cara a la prevención. El Servicio de Prevención procederá al registro y análisis del incidente y la propuesta de medidas de mejora, en el ámbito del trabajador. En aquellos incidentes en los que intervengan usuarios corresponderá a los servicios de información y atención al usuario el registro y análisis de los mismos en los extremos que afecten a su ámbito competencial.

Observatorio de agresiones.

En el marco del Plan PERSEO (Plan Director de seguridad corporativa y protección del patrimonio del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) se analiza la situación en cada momento para el establecimiento continuo de medios y medidas para la reducción de la violencia mediante la creación de un “Observatorio frente a la violencia”. Se recoge información y se analizan los riesgos e incidentes, la situación actual y se planifican las estrategias de prevención en las diferentes gerencias para la mejora continua de las acciones y su coordinación.

El Servicio de Prevención trabaja de forma conjunta, en función de la naturaleza de los hechos, con el Servicio de Atención al Usuario, la Asesoría Jurídica y demás áreas funcionales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, para el estudio, análisis y evaluación de los condicionantes que produjeron la situación de violencia, así como la propuesta de medidas a adoptar.

Atención psicológica.

En el ámbito de aplicación del Plan PERSEO se determina que cuando la Dirección Gerencia recibe la notificación de una situación de violencia se pone en contacto con el trabajador para ofrecer apoyo profesional psicológico.

Asesoramiento jurídico.

Se establecen las líneas eficaces de asesoramiento jurídico a las Gerencias y a los trabajadores implicados en situaciones de violencia psicológica, verbal o física. La Dirección Gerencia cuando recibe la notificación de la situación de violencia, se pone en contacto con el trabajador, ofreciéndole apoyo profesional jurídico.

En la Circular 4/2006, de 13 de marzo de 2006, del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha sobre asistencia jurídica a trabajadores se 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.

Formación.

En el marco del Plan PERSEO se determina el procedimiento de identificación de necesidades formativas para la prevención y actuación frente a la violencia en el trabajo.

El objetivo de estos cursos es garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores frente a las agresiones mediante estrategias formativas para la prevención, protección y control de situaciones conflictivas en los centros.

Campañas informativas y de sensibilización.

Apoyar y emprender programas de información, educación y formación tanto de los trabajadores como usuarios sobre prevención de la violencia en los lugares de trabajo.

Implantar un plan de comunicación que informe a todos sus trabajadores de las estrategias puestas en marcha y los programas de ayuda previstos para los trabajadores que sufran violencia en el trabajo.

Elaboración y difusión de campañas informativas y de concienciación de la sociedad de sus deberes en relación con los centros sanitarios y sus profesionales.

Asesoramiento e información a los usuarios sobre sus derechos y obligaciones.

Medidas organizativas.

El Plan PERSEO (Plan Director de seguridad corporativa y protección del patrimonio del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) se presentó en marzo de 2005 e integra la prevención, la protección y la acción frente a la violencia de cualquier tipo, no solo la dirigida hacia sus trabajadores sino también hacia los usuarios, estructuras y bienes.

Este Plan se concreta mediante normas y procedimientos específicos como herramientas para la prevención, protección y acción tales como formación y comunicación, registro y estudio de incidentes, resolución de conflictos, mediación entre trabajadores y con usuarios, asistencia letrada, asistencia médica física y psicológica, planes de autoprotección, normas de seguridad y vigilancia. Se configura como un mecanismo que de forma integral ayuda a prevenir y resolver las situaciones de conflicto.

La activación de este Plan se concreta en la Circular 1/2007 del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, de Instrucciones sobre el procedimiento de actuación ante situaciones de violencia en el que se detallan las acciones a desarrollar por los trabajadores, por la Dirección Gerencia correspondiente, por el Servicio de Prevención y por el Servicio de Información y Atención al Usuario, que son los implicados.

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha elabora, revisa e implanta planes de autoprotección.

Medidas de seguridad.

Se han implantado diversas medidas de seguridad en el ámbito de aplicación del Plan PERSEO:

- Elaboración de un mapa de riesgo con la información obtenida de las distintas fuentes, reclamaciones y quejas de los pacientes y de las denuncias de los profesionales, acciones de los distintos centros y la metodología de aplicación, con el fin de identificar aquellas zonas especialmente conflictivas sobre las que haya que realizar una labor preventiva más intensa.
- Informar, crear “espacios amigables”, gestionar correctamente las visitas, hacer efectivos los derechos y deberes de los usuarios del servicio de salud a través del servicio de atención al paciente.
- Crear mecanismos de coordinación y colaboración con ayudas exteriores (servicio público de extinción de incendios, policía, protección civil, fuerzas y cuerpos de seguridad, etc.) ante su posible intervención en caso de emergencias o delitos.

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha empezó a diseñar CATALEJO en el año 2007 para reforzar las medidas de seguridad de los centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

La finalidad del proyecto es la prestación del servicio de vigilancia y seguridad integral de centros, que complementa el Plan PERSEO, como método disuasorio, preventivo y correctivo ante hechos delictivos y/o conflictivos y que garantice la seguridad de los pacientes, empleados y

usuarios, así como la de los bienes y propiedades del mismo de los centros de atención primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

CATALEJO incluye los siguientes elementos:

- Servicio de televigilancia.
- Servicio de localización y posicionamiento global, GPS para localización de profesionales que realicen desplazamientos en unidades móviles cuando se encuentran atendiendo visitas domiciliarias a zonas dispersas o supuestamente conflictivas.
- Servicio de vigilancia y seguridad presencial en los centros.
- Información y formación del personal sanitario de los protocolos puestos en marcha (ocho protocolos).
- Gestión de la información: facilita información diaria, antes de las 9 horas de todos los días, respecto a las 24 horas precedentes. También posibilita el acceso en tiempo real a las imágenes de los distintos dispositivos.

CATALEJO es una herramienta que permite el conocimiento on line de cualquier incidencia que se produzca en los centros en los que se implanta y un sistema de información integral para la toma de decisiones presentes y futuras.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN.

Normativa.

- Pacto, firmado el 4 de febrero de 2008, entre la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y las organizaciones sindicales para la elaboración del Plan integral frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
- Actividades de colaboración y programas específicos desarrollados mediante convenios firmados por la Gerencia Regional de Salud y la Consejería de Sanidad con el Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León y con el Consejo de Colegios Profesionales de Diplomados en Enfermería de Castilla y León. En estos convenios se desarrollan actividades relativas a la transferencia de datos entre los registros de agresiones, formación, asesoramiento jurídico, campañas de sensibilización y atención psicológica.
- Decreto 48/2009, de 16 de julio, por el que se crea y regula el Observatorio de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
- La Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.

Registro de agresiones.

Puesta en funcionamiento de un registro informático de agresiones el 1 de julio de 2008 que permite la explotación de los incidentes registrados y el análisis de las agresiones sufridas por el personal para poder actuar frente a ellas.

Observatorio de agresiones.

El Observatorio de agresiones es un foro de diálogo permanente y fue creado mediante Decreto 48/2009, de 16 de julio. Se reúne dos veces al año en Pleno y Comisión Técnica. El Pleno ha realizado seis reuniones.

Atención psicológica.

Derivación de los profesionales que lo necesiten a los psicólogos clínicos así como a los programas específicos existentes en Castilla y León: Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) y Programa de Atención al Enfermero Enfermo (PAEE), a través de los Convenios firmados por la Gerencia Regional de Salud con el Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León en 2007 y con el Colegio de Colegios Profesionales de Diplomados en Enfermería de Castilla y León en 2011.

Asesoramiento jurídico.

- Seguro de defensa jurídica para el asesoramiento jurídico telefónico 24 horas, representación y defensa.
- Colaboración con la Fiscalía de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

- Procedimientos judiciales: desde 2006 se han dictado 114 sentencias que condenan a usuarios por agresiones al personal, de ellas 18 por delitos, la mayoría por delito de atentado a funcionario público.
- Expedientes administrativos sancionadores a los usuarios por conductas agresivas: la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León tipifica como faltas determinados comportamientos de los usuarios tales como faltas de respeto, incorrecto uso de instalaciones o servicios, coacciones, amenazas, represalias y agresiones a los profesionales de las instituciones sanitarias. Se han dictado 7 resoluciones que sancionan a los agresores a multas económicas desde 300 euros.

Formación.

Se convocan anualmente cursos sobre técnicas de detección de conductas violentas, prevención de las agresiones, manejo de pacientes con problemas psíquicos, habilidades de comunicación, asertividad, empatía, escucha activa, etc.

Se colabora con el Colegio de Psicólogos a través de la convocatoria en todas las Gerencias de atención primaria entre 2011 y 2012 del curso “Técnicas para el manejo de situaciones difíciles”.

Participación de los profesionales.

Realización de una encuesta de satisfacción y mejora sobre el Plan integral frente a las agresiones en los centros de salud en 2011. Participación de 1.516 profesionales.

Campañas informativas y de sensibilización.

Elaborar y difundir campañas informativas y de sensibilización dirigidas a pacientes y usuarios, orientadas a concienciar a las personas que entran en relación con el servicio sanitario de sus deberes frente a la administración sanitaria y del respeto debido al personal sanitario y no sanitario.

La Campaña “Espacio de Salud, Espacio de Respeto” pretende generar un clima de confianza y seguridad en las relaciones profesional y usuario. Difusión en prensa, radio y televisión y materiales en los centros mediante lonas de grandes dimensiones, cartelería, adhesivos y figuras displays de tamaño natural representando distintas categorías profesionales. Difusión entre noviembre de 2009 y marzo de 2011.

Campaña de dignificación del personal de los centros sanitarios del personal de los centros sanitarios. Difusión en prensa y radio en noviembre de 2012.

Actividades de difusión: participación de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en distintos actos destinados a difundir el Plan Integral frente a las Agresiones y conocer otras iniciativas impulsadas por otros Servicios de salud, Comunidades Autónomas o Estados.

Medidas de información a los profesionales:

- Difusión en 2008 del díptico del protocolo de actuación entre los profesionales.
- Elaboración de un nuevo díptico de protocolo de agresiones para los profesionales en 2012.
- Envío de correos electrónicos masivos a las cuentas de correo electrónico de los trabajadores con información sobre el protocolo de actuación en 2010 y 2012.
- Elaboración de un protocolo de actuación para los responsables del Servicio de Salud de Castilla y León en 2012 (jefes de servicio, unidad, supervisoras, coordinadores de equipos de atención primaria y unidades medicalizadas de emergencias).
- Difusión a través del portal de Salud de Castilla y León, páginas web de las gerencias, redes sociales y pantallas de los centros hospitalarios.

Medidas organizativas.

- Evaluación del riesgo de agresión en todos los centros por los servicios de prevención en el año 2008.
- Investigación por el servicio de prevención de las agresiones producidas.
- Creación de unidades de atención al usuario.
- Creación en distintos hospitales de la figura del informador de urgencias.
- Establecimiento del triaje en los servicios de urgencias de los hospitales.

Medidas de seguridad.

- Elaboración de un mapa de riesgos de puntos conflictivos en 2008, actualizado en 2010 y en 2011.
- Vigilantes, cámaras y pulsadores de alarma fijos o portátiles.
- Implantación del botón de alarma en los equipos informáticos de los centros de atención primaria. Este sistema permite avisar a los compañeros sin que el usuario lo advierta en el caso de que un profesional se vea amenazado en su puesto de trabajo. Se ha instalado en 73 centros de salud en 2012 ampliable en los próximos meses a todos los centros de atención primaria.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA.

Normativa.

Elaboración e implantación del procedimiento de prevención y actuación frente a situaciones de violencia o agresión al personal del Instituto Catalán de Salud que está vigente desde el año 2005.

Registro de agresiones.

Dispone de un registro de todas las agresiones para conocer el perfil del problema de la organización e incorpora campos específicos en el registro de notificación e investigación de accidentes.

Observatorio de agresiones.

El procedimiento de prevención y actuación frente situaciones de violencia sistematiza el tratamiento y gestión de estas situaciones, así como su análisis y seguimiento posterior desde una gestión global con la finalidad de detectar los puntos de conflicto y dar respuesta a las necesidades de los centros.

Atención psicológica.

El Servicio de Prevención presta y garantiza el apoyo psicológico. Los médicos del trabajo de las distintas unidades básicas que conforman el Servicio de Prevención atienden a las personas que han sido víctima de una agresión y se les brinda apoyo psicológico bien interno o bien a través de la MATEP y se tramita la baja laboral si procede.

Asesoramiento jurídico.

Se proporciona soporte jurídico a todos los trabajadores que presentan una denuncia, independientemente de su categoría laboral. El Servicio de Asesoría Jurídica del Instituto Catalán de Salud ofrece:

- Asesoramiento jurídico al profesional.
- Actuar como acusación particular del profesional agredido.
- Interponer la denuncia a la autoridad competente si se produce agresión física y el trabajador no lo hace por su cuenta.
- Actuar como acusación popular en caso de agresión grave si el trabajador no se quiere personar como acusación particular.

La Fiscalía Superior de Cataluña y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña firmaron en el año 2011 un convenio que permite centralizar las denuncias que presenten los médicos que sufren agresiones por parte de sus pacientes. Por tanto, los médicos que trabajan en el Instituto Catalán de Salud pueden escoger entre utilizar el servicio de asesoramiento de la propia organización o tramitar la denuncia a través de su colegio profesional.

Formación.

Desarrollo de acciones formativas específicas para que los profesionales adquieran conocimiento sobre el manejo de las situaciones conflictivas, obtener unas habilidades que les permitan saber gestionarlas y adquirir herramientas para su control. Esta formación está orientada como un taller práctico donde se trabajan aspectos de contención verbal y física.

Campañas informativas y de sensibilización.

Edición de un tríptico divulgativo del procedimiento de actuación que fue distribuido por todos los centros de trabajo.

Establecimiento de un protocolo de actuación conjunto con la policía autonómica, elaboración de una guía práctica de infracciones penales y administrativas para el personal del Instituto Catalán de Salud y difusión de esta guía mediante sesiones informativas en los centros por la policía autonómica.

Medidas organizativas.

El procedimiento de prevención y actuación frente a situaciones de violencia tiene los siguientes objetivos:

- Establecer medidas de prevención de las situaciones de violencia.
- Establecer el procedimiento de actuación durante y después de las situaciones de violencia que sufran los trabajadores del Instituto Catalán de Salud.
- Sistematizar el tratamiento y la gestión de toda situación accidental.
- Desarrollar habilidades en los profesionales para disponer de recursos delante de situaciones de potencial agresión.
- Disponer de un registro de todas las agresiones para conocer el perfil del problema en la organización.

Medidas de seguridad.

Actualización semestral de los mapas de riesgo y análisis epidemiológicos de los datos para detectar puntos de conflicto y dar respuestas a las necesidades de los centros.

Implantación de medidas preventivas: adecuación de salas de espera y espacios públicos, mejora de la señalización interna y externa, proporcionar a los usuarios la cartera de servicios de los servicios de atención primaria, facilitar a los pacientes ingresados en centros hospitalarios y a sus acompañantes las normas de uso y horarios de atención y visitas así como el catálogo de derechos y deberes del paciente.

Implantación de medidas de seguridad pasiva en los centros: instalación de pulsadores de alerta, puertas esclusa y grabación digital preventiva en zonas de riesgo.

Contacto, por parte de la unidad de atención al usuario, con usuarios protagonistas de situaciones de violencia para mejorar la organización y recordar al usuario los circuitos establecidos para gestionar las reclamaciones.

Establecimiento de un protocolo de actuación conjunto con la policía autonómica para establecer circuitos de comunicación y colaboración ágiles entre los centros del Instituto Catalán de Salud y las comisarías de referencia.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA.

Normativa.

- Plan de Prevención del Sistema de Salud Extremeño denominado “Estrategias para paliar las agresiones a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura”.

Contiene todas las estrategias y medidas de actuación en prevención para dar protección al personal de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Extremadura ante las agresiones que puedan sufrir en el ejercicio o con ocasión de su profesión, tanto en el sector público como privado. En su estructura recoge la normativa de ámbito estatal y la propia normativa autonómica.

Registro de agresiones.

Creación de un registro de casos de agresiones a profesionales, dependiente de la Consejería de Sanidad y Consumo, que permitirá establecer el mapa de riesgos mediante la comunicación de los incidentes que se produzcan a través del modelo de comunicación de agresión.

El registro sistemático deberá pasar a las Direcciones Generales competentes en materia de atención primaria y especializada para tener un control de los elementos de conflicto que se completará con su análisis sistemático.

Observatorio de agresiones.

Todas estas fuentes permiten obtener información inicial acerca de situaciones conflictivas que podrá completarse con la información obtenida de los profesionales:

- La figura del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, instando al eficaz cumplimiento del deber de información y asesoramiento a los usuarios del Sistema o a cualquier otra medida que pueda tener influencia en la mejora de la calidad, como órgano encargado de la defensa de los derechos y libertades de los mismos.
- El sistema de registro de reclamaciones y sugerencias regido por los servicios de atención al usuario que engloba el de ámbito hospitalario y el de atención primaria, permite evaluar los “puntos calientes” del sistema, aunque esto sirve sólo como aproximación al verdadero problema.
- Estudio y valoración de las quejas y reclamaciones presentadas por los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, para la identificación de aspectos conflictivos como posibles motivos generadores de situaciones de tensión o conflicto.
- Las encuestas de satisfacción nos da una idea de la imagen del servicio sanitario público de Extremadura y sirve para valorar parámetros de atención o de percepción del usuario.

Asesoramiento jurídico.

Los profesionales del Sistema Sanitario de Extremadura tienen derecho a recibir asistencia jurídica por parte de la Administración Sanitaria en los dos niveles que se describen a continuación:

- Nivel de asesoramiento legal: la persona agredida, podrá solicitar de los órganos que se establecen en el Mapa de recursos jurídicos, asistencia jurídica en relación con los hechos acaecidos, en orden a obtener asesoramiento sobre las vías de acción posible.
- Nivel de asistencia letrada: el Gabinete Jurídico de la Junta de Extremadura asumirá la representación y defensa en juicio (penal y civil) a petición del Consejero de Sanidad y Consumo en los casos de delitos privados cometidos contra los profesionales sanitarios, personándose en todo caso como acusación particular en los casos de delitos públicos.

En aquellos casos en que el personal agredido, lo sea en el ejercicio privado de su profesión, la asistencia jurídica y/o letrada, en su caso, se canalizará en la forma que disponga el Convenio, que a tales efectos se suscribirá con los Colegios Oficiales que representen los intereses de las profesiones sanitarias.

Formación.

La formación continuada específica, dirigida a todos profesionales de la salud destinada por un lado, a mejorar el conocimiento de las variables ambientales que puedan modular este tipo de situaciones conflictivas o que impliquen un nivel de estrés elevado, así como a incrementar su capacidad para afrontarlas.

La puesta en marcha de esta estrategia se hará a través de cursos, talleres y/o seminarios eminentemente prácticos, en los cuales se abordará el Procedimiento de Actuación o Protocolo frente agresiones a profesionales del SSPE, así como la guía práctica de actuación.

Estas actividades de formación, estarán incluidas en los Planes de Formación de la Escuela de Administración Pública de Extremadura, de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, y del SES.

Los contenidos establecidos serán:

- Protocolo frente agresiones a profesionales del SSPE, y guía práctica de actuación.
- La comunicación como elemento de prevención de las agresiones.
- La participación activa del usuario en la atención de su problema de salud.
- Comunicación verbal y no verbal.
- La escucha activa y las interferencias en la consulta.
- La importancia de la asertividad.
- La comunicación de malas noticias.
- La técnica de mi amigo “Juan” como elemento negociador y de responsabilización.
- La implicación del entorno en el proceso de la salud y enfermedad.
- Manejo de la reactividad en la entrevista.
- Principios básicos de la comunicación en situaciones difíciles.
- Elementos que facilitan y dificultan la comunicación.
- Técnicas y habilidades de negociación.

- Autocontrol emocional y manejo del estrés.

Campañas informativas y de sensibilización.

Información, sensibilización y educación sanitaria, dirigidas a pacientes, usuarios y a la población general, mediante la elaboración y difusión de campañas informativas y de concienciación de las personas que entran en relación con el sistema sanitario, de sus deberes y obligaciones frente a la administración sanitaria.

- Estas campañas se llevarán a cabo mediante: espacios informativos y divulgativos en televisión, elaboración y distribución de folletos informativos, artículos y anuncios en prensa escrita y digital, espacios sanitarios y cuñas publicitarias en la radio, página oficial de la Consejería de Sanidad y Consumo, postes informativos y de señalización en los centros sanitarios, etc.
- Difusión por parte de la institución sanitaria de las medidas que adoptará contra el usuario que no respete las normas establecidas en cada centro o al personal que presta servicio en el mismo. Se valorará jurídicamente y por su especial trascendencia, la situación en la que se altere gravemente la relación médico-paciente.

Medidas organizativas.

En este apartado se abordan las técnicas de prevención dirigidas principalmente a la adquisición de habilidades para la mejora de las relaciones sanitarias, la mejora de los tiempos de respuesta del Sistema Sanitario Público de Extremadura, el modelo de calidad sanitaria de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y la libre elección de médico, servicio y centro del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Habiéndose manifestado como una de las causas más frecuentes que puede originar la agresión a los profesionales sanitarios es la demora en los tiempos de respuesta, además de la permanencia en la lista de espera, resulta necesaria la adopción de medidas dirigidas a paliar esta situación.

Medidas de seguridad.

En las estrategias de prevención que propone el Plan contienen procedimientos de actuación o protocolos frente a agresiones a profesionales del Sistema Sanitario de Extremadura, donde se contemplan flujos de actuación y los pasos a seguir en cada caso.

Entre las medidas que se han adoptado:

- Dispositivos de alarma, timbres camuflados.
- Disposición de teléfono móvil.
- Videocámaras.
- Arcos detectores de metal.
- Visitas acompañadas por otro profesional sanitario.
- Colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA.

Normativa.

- En el marco del Plan de Prevención del Servicio Gallego de Salud se ha elaborado un informe de situación en materia de violencia laboral externa en el Servicio Gallego de Salud. Además, se han desarrollado procedimientos para la comunicación, el registro, la actuación y apoyo al profesional en episodios de violencia externa.
- Decreto 163/2010, de 16 de septiembre, se crea el Observatorio de violencia en el entorno laboral de las instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud.

Registro de agresiones.

En el año 2010 se implantó una aplicación informática específica para que los servicios de recursos humanos de los centros registren todos los episodios de violencia comunicados con el fin de analizarlos y poder establecer las líneas necesarias para su prevención. En la actualidad se está trabajando en la implantación de un sistema de comunicación web para estos incidentes violentos.

Observatorio de agresiones.

El Observatorio de violencia en el entorno laboral de las instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud es creado mediante el Decreto 163/2010, de 16 de septiembre, con la misión no solo de describir la situación y la evolución de este riesgo en su contexto, sino de llevar a cabo un análisis de las necesidades en esta materia y para contribuir en la elaboración de estrategias y políticas preventivas.

Atención psicológica.

En el Plan General de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Gallego de Salud se contemplan las actuaciones necesarias para la atención y el apoyo al profesional agredido, incluyendo entre ellas la atención psicológica.

Asesoramiento jurídico.

En el Plan General de Prevención se contemplan las actuaciones necesarias para la atención y el apoyo al profesional agredido, incluyendo entre ellas el asesoramiento jurídico.

En septiembre de 2012 se firmó un convenio de colaboración en materia de violencia con la Fiscalía de la Comunidad Autónoma dirigido a garantizar el adecuado tratamiento de los episodios de violencia contra los profesionales del Servicio Gallego de Salud, ya sean éstos sanitarios como no sanitarios.

Formación.

Formación en prevención de la violencia laboral externa: programación y desarrollo de acciones formativas en esta materia dirigidas a aquellos profesionales con riesgos especiales de violencia por trabajar en áreas con altas presiones asistenciales o sociales, las relacionadas con la humanización de la atención sanitaria y de los cuidados de los pacientes hospitalizados, o las destinadas a la adquisición de habilidades de comunicación y de resolución de conflictos.

Dentro del plan AFEDAP:

- Se organiza anualmente el curso “Prevención de la violencia laboral en el entorno sanitario”.
- Para el año 2013 están previstos los cursos siguientes: “Curso básico de resolución de conflictos interpersonales”, “Comunicación y atención al ciudadano, manejo de conflictos” y “Entrevista y atención al paciente conflictivo y agresivo”.

En la actualidad se está trabajando en la elaboración de unidades formativas en esta materia con el formato de teleformación denominado *learning coffee*.

Participación de los profesionales.

Realización, en el último trimestre del año 2011, de un análisis de la situación existente en los centros sanitarios en materia de violencia laboral mediante la remisión de una encuesta a los equipos directivos de las instituciones sanitarias con la finalidad de alcanzar una información imprescindible para conocer el grado de implantación de los distintos procedimientos y acciones ya definidas y que sirva como punto de partida para la elaboración de planes específicos con el fin de alcanzar un abordaje eficaz de esta problemática, mediante la propuesta y diseño de estrategias e iniciativas realistas y adecuadas a la realidad laboral, económica y social de cada momento.

Campañas informativas y de sensibilización.

Información en prevención de la violencia laboral externa: se crea una sección específica en el sitio web y en la intranet donde aparecen materiales informativos y divulgativos en esta materia. Se facilita esta información a los profesionales de nuevo ingreso en el marco del plan de acogida.

Se ha elaborado una “Guía informativa sobre violencia laboral de origen externa” que está pendiente de ser presentada en la próxima reunión del Pleno del Observatorio de violencia laboral, prevista para el primer trimestre del año 2013.

Medidas organizativas.

La Dirección de Recursos Humanos del Servicio Gallego de Salud con la colaboración de los profesionales, de los agentes sociales y otras instituciones lidera un programa de actuación para la prevención y el tratamiento de la violencia ocupacional de origen externo en las instituciones sanitarias.

En el marco del Plan General de Prevención se incluyen procedimientos en materia de violencia externa:

- Se desarrollan los procedimientos para establecer los sistemas de comunicación interna y de registro que garanticen una adecuada respuesta al episodio de violencia por parte de la Administración, el circuito de los partes de lesiones, denuncias y demás documentos que pueden derivar del mismo, agilización de la tramitación de posibles acciones penales o civiles y las actuaciones necesarias para la atención y el apoyo al profesional agredido, incluyendo atención médica, psicológica y asesoramiento jurídico.
- Se crea la figura del “coordinador de violencia laboral” como persona encargada de coordinar, facilitar y agilizar estas actuaciones así como de proponer acciones de mejora.

Coordinación de esfuerzos con las diferentes instituciones que tienen responsabilidades y participación en esta materia (como Fiscalía, Universidad y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado).

Declaración de principios que firmarán conjuntamente la Dirección de la Consejería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud y las organizaciones sindicales para trabajar en la prevención de la violencia laboral de origen externa y rechazar la violencia en todas sus manifestaciones.

Medidas de seguridad.

Implantación de sistemas de aviso en los centros de atención primaria mediante el despliegue de una aplicación informática para alertar a los compañeros en caso de necesidad.

Implantación en las áreas de urgencias y psiquiatría de un sistema de aviso denominado “control aviso SOS” que mediante un pulsador activa una señal acústica y luminosa y avisa mediante un mensaje al móvil (SMS) al personal de seguridad.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ISLAS BALEARES.

Normativa.

En 2006 el Servicio de Salud de las Islas Baleares elaboró el Plan de Prevención de la Violencia en los centros sanitarios, con el fin de prevenir, proteger y controlar toda situación de peligro o violencia que pudiera surgir en los centros e instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma.

Registro de agresiones.

Proyecto ANOTA permite comunicar cualquier incidente ocurrido en los centros sanitarios, tanto agresiones físicas como actuaciones violentas menos extremas, como insultos, amenazas, etc.

Una vez cumplimentado el formulario de comunicación con toda la información más relevante a tener en cuenta: testigos, hechos, puesto de trabajo, centro, etc., los responsables del centro llevan un seguimiento de coordinación con el servicio de prevención con un registro informático de agresiones.

Observatorio de agresiones.

Con la finalidad de hacer el seguimiento de la implantación del Plan Preventivo de la Violencia en los centros del Servicio de Salud de Islas Baleares, se creó un grupo de trabajo compuesto por una representación de las direcciones de gestión, médica, enfermería correspondientes a las distintas áreas de salud, tanto de atención primaria como de atención especializada, así como una representación de la Subdirección de Relaciones Laborales y un responsable autonómico del Plan. Principales funciones del grupo son:

- El seguimiento de la implantación del Plan.
- El análisis de las comunicaciones de agresiones y aplicabilidad de las medidas.
- El apoyo a los técnicos de prevención.

Atención psicológica.

El sistema de atención establecido para los momentos posteriores a una agresión prevé que los responsables del plan de prevención de la violencia informen al profesional que ha sufrido un incidente violencia que están a su disposición los profesionales facultativos de atención primaria y especializada correspondientes, para prestar asistencia psicológica.

Asesoramiento jurídico.

El profesional que haya sufrido una agresión tiene a su disposición asistencia jurídica. El personal es informado de la posibilidad de recibir asesoramiento legal para la interposición de la denuncia pertinente y si, fuere preciso, asistencia jurídica por parte de letrados del Servicio de Salud para el caso que se abran actuaciones judiciales.

Formación.

El proyecto FORMADEA es un programa cuyo objetivo es dotar a los trabajadores y profesionales de la salud de los conocimientos necesarios en materia de agresiones y dotarles de habilidades básicas que les permitan prevenir y manejar las situaciones de riesgo de violencia en el desempeño de su actividad laboral.

Formación específica relativa a la relación personal entre el profesional sanitario y el paciente, así como talleres relativos a habilidades de comunicativas y resolución de conflictos.

Durante el año 2012 se han realizado cursos de formación a los trabajadores de algunas gerencias relativos al plan de agresiones y habilidades de comunicación, gestión emocional y actuación en casos de violencia.

Igualmente se han realizado cursos de formación basados en el Plan de Prevención de Violencia.

Campañas informativas y de sensibilización.

Se han realizado sesiones informativas con el objeto de proporcionar a los trabajadores información sobre las clases de violencia que existen y ofrecer directrices generales de actuación en situaciones conflictivas.

Medidas de seguridad.

Durante el año 2012 las Gerencias del Servicio de Salud han instalado o adaptado las medidas de seguridad activa y pasiva.

- Medidas de seguridad activa:
 - Dispositivos de alarma o interfonos en las consultas.
 - Videocámaras de vigilancia.
 - Salidas alternativas en los espacios de consulta.
 - Instalación de mamparas protectoras.

- Medidas de seguridad pasiva:
 - Se han adoptado medidas necesarias para asegurar la confidencialidad de los ficheros y registros relativos a los datos de carácter personal de los trabajadores.
 - En los centros que disponen de servicios de seguridad prestados por una empresa privada, se mantienen los existentes en años anteriores.
 - Se han establecido procedimientos eficaces de comunicación y colaboración con las fuerzas y cuerpos de seguridad y se encuentra en fase de elaboración un procedimiento operativo de emergencia por agresiones.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA.

Normativa.

- Ley 2/2002, de 17 de abril de Salud (artículo 111.4.d).
- Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la administración pública de Comunidad Autónoma de La Rioja (artículo 69.5).
- Decreto 21/2006, de 7 de abril, por el que se regula la organización y funcionamiento de la Dirección General de los Servicios Jurídicos (artículo 15.1).
- Circular 1/2007, de 15 de marzo, de la Dirección General de los Servicios Jurídicos sobre asistencia letrada al personal.
- Circular 2/2009, de 29 de octubre, de la Dirección General de los Servicios Jurídicos sobre asistencia letrada de urgencia con el objeto de acelerar los trámites en los supuestos en que así sea necesario.
- Plan de Prevención y Atención al profesional del Servicio Riojano de Salud víctima de agresión en el desempeño de sus funciones que fue aprobado el 19 de junio de 2008.

Registro de agresiones.

Se ha formalizado un registro de los incidentes ocurridos con los usuarios que se había elaborado en el año 2007.

Observatorio de agresiones.

El Observatorio riojano para la prevención de agresiones al personal sanitario fue constituido el 10 de marzo de 2011. Actualmente, se convocan reuniones para seguir trabajando en la protección del personal agredido.

Atención psicológica.

Se ha elaborado un protocolo de actuación ante un incidente violento en el que se establece la asistencia sanitaria y el apoyo psicológico al profesional.

Asesoramiento jurídico.

Se ha preparado un protocolo de actuación ante un incidente violento en el que se establece la asistencia sanitaria y el apoyo jurídico al profesional.

Los profesionales agredidos, a través de la Dirección General de los Servicios Jurídicos, que inicien un procedimiento judicial tienen derecho a la defensa judicial gratuita por parte de los letrados del Gobierno de La Rioja. En relación con esa defensa judicial se han dictado varias circulares.

El profesional víctima de agresiones puede obtener defensa y asesoramiento jurídico a través del Colegio de Médicos y del Colegio de Enfermería conforme a los convenios de colaboración, firmados el 5 de enero de 2010, entre el Gobierno de La Rioja a través de la Consejería de Salud con el Colegio de Médicos y el Colegio de Enfermería.

Formación.

En el plan de formación se oferta a los profesionales cursos en el manejo de situaciones conflictivas con el usuario.

Campañas informativas y de sensibilización.

Se ha realizado una campaña informativa entre los profesionales para difundir el plan de prevención, el protocolo de actuación así como las resoluciones judiciales.

En el plan de acogida que facilita el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales a los nuevos profesionales se informa de los riesgos en este ámbito y de las medidas adoptadas.

Medidas organizativas.

El Servicio de Salud ha adoptado diversas medidas en relación a las agresiones con objeto de prevenir y disuadir las agresiones a los profesionales del ámbito sanitario. Existen tanto medidas preventivas, anteriores a la posible agresión, como medidas posteriores a la misma en ayuda de estos profesionales (asesoramiento jurídico, apoyo psicológico y formación en esta materia).

Con objeto del cumplimiento y seguimiento del Plan de Prevención y Atención al profesional víctima de agresión en el desempeño de sus funciones se constituye la Comisión de seguimiento del Plan y su primera reunión se celebró el 13 de marzo de 2009.

Tanto en el seno de la Comisión de seguimiento del Plan como del Observatorio de agresiones se realiza un seguimiento del Plan y se proponen las medidas a tomar.

En la póliza del seguro de responsabilidad civil actual se han incluido este tipo de agresiones.

En el caso de que existan daños materiales con motivo de incidentes se tramita la correspondiente denuncia.

Medidas de seguridad.

Se han instalado en varios centros sanitarios el botón de alarma o botón antipánico en las mesas de los profesionales que permite alertar al personal de seguridad sobre una agresión.

En atención primaria se han realizado cambios de cupo del paciente agresor.

Se han enviado cartas de amonestación a los usuarios agresores.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

Normativa.

- Orden 212/2004, de 4 de marzo del Consejero de Sanidad en la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas.

Registro de agresiones.

Por Orden 22/2008, de 21 de enero de la Consejería de Sanidad, se creó el Fichero de Datos de Carácter Personal denominado Plan Regional de Prevención de Situaciones Conflictivas (REMAC). Este fichero tenía por objeto articular actuaciones integrales dirigidas a prevenir actuaciones de conflicto en el marco de la Orden 212/2004.

El registro se implantó en los centros sanitarios por Resolución de 29 de enero de 2009 y su funcionamiento comenzó el 2 de febrero de 2009, fecha a partir de la cual los servicios de prevención y los centros sanitarios tienen a su disposición una aplicación informática denominada REMAC, en la que se registran las agresiones a trabajadores por ciudadanos en los centros de trabajo.

El trabajador que sufra una agresión por parte de los ciudadanos durante el desempeño de su actividad laboral en cualquier Institución Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud deberá ponerlo en conocimiento de la gerencia correspondiente, primero verbalmente y después mediante un formulario REMAC.

Observatorio de agresiones.

La Comisión Central de Seguimiento, creada por la Orden 212/2004 para el impulso, desarrollo y evaluación de los mencionados planes, así como para la elaboración de un plan departamental de carácter integral.

Asesoramiento jurídico.

El personal dependiente del Servicio Madrileño de Salud que haya sido víctima de una agresión física o verbal, en el ejercicio de sus funciones, podrá dirigirse a la Administración, a una Organización Sindical o a su Colegio Profesional para solicitar orientación y asesoramiento en los trámites a seguir para formular denuncia contra el autor de la referida agresión.

Las gerencias de los centros sanitarios prestarán al personal afectado por estas situaciones la asistencia y asesoramiento que sea preciso para formular la correspondiente denuncia y demás diligencias.

En los supuestos que se precise, las gerencias solicitarán asistencia jurídica a los servicios jurídicos de la Comunidad de Madrid para las actuaciones procesales que sea preceptiva o conveniente la asistencia letrada.

Formación.

Desde la publicación de la Orden 212/2004 e implantación del REMAC en el 2009, se ha continuado reforzando y avanzando en las acciones formativas correspondientes en el ámbito de la atención especializada y atención primaria.

Se ha proporcionado formación e información a los trabajadores mediante cursos de resolución de situaciones potencialmente conflictivas, cursos de gestión de estrés y de recomendaciones de prevención y protección en situaciones de riesgo.

Se ha potenciado la formación de los profesionales sanitarios en técnicas de comunicación y se ha mejorado en general la comunicación con el ciudadano, así como de la información escrita, elaborando notas informativas para los pacientes, indicándoles la necesidad de respeto a las instalaciones y a las normas establecidas por el hospital.

Campañas informativas y de sensibilización.

Realización y difusión de campañas informativas dirigidas a la población, guías para pacientes y elaboración de un tríptico informativo del Plan de Prevención de Situaciones Conflictivas.

Medidas organizativas.

Se han adoptado diversas medidas para prevenir las agresiones y se han realizado avances con la puesta en marcha del Protocolo de Prevención de Situaciones Conflictivas entre los profesionales y los ciudadanos.

Medidas de seguridad.

Desde la publicación de la Orden 212/2004 e implantación del REMAC en el 2009, se ha continuado reforzando y avanzando en la implantación de nuevas medidas de seguridad activas y pasivas. Se han implantado diversas medidas específicas de seguridad:

- La monitorización de un Proyecto Piloto de Seguimiento Interno de Pacientes Psiquiátricos, mediante pulsera de control (Proyecto Deimos).
- Pulsadores de alarma silenciosos.
- Cerraduras electrónicas de acceso controlado en obras nuevas y áreas específicas.
- Timbres antipánico de los trabajadores que prestan servicio en áreas de psiquiatría, urgencias, atención al paciente, etc.
- Refuerzo de la presencia del servicio de seguridad en áreas como urgencias, extracciones, etc.
- Instalación de pulsadores de alarma, mamparas de seguridad y cámaras de circuito cerrado de televisión.
- Se ha mejorado la accesibilidad a los centros sanitarios, dotando a las consultas de sistemas de megafonía y mejora en áreas de espera y espacios públicos.

En atención primaria, se ha incrementado la vigilancia del servicio de seguridad incorporando un mayor número de efectivos, distribuidos en vigilantes permanentes, vigilantes en ruta y vigilantes rotatorios.

Se ha continuado reforzando y avanzando en la implantación de nuevas medidas de seguridad activas y pasivas en el ámbito de la atención especializada.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA.

Normativa.

- En el año 2005, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia elaboró el Plan de Prevención de Agresiones a los profesionales de la sanidad.

Las medidas propuestas en el citado Plan estaban enfocadas tanto a la prevención de las agresiones, disminuyendo las posibilidades de conflicto entre usuarios y profesionales del sistema sanitario y adoptando medidas de seguridad en los centros, como al establecimiento de protocolos de actuación en caso de que la agresión se produzca.

Registro de agresiones.

El Plan de Prevención de Agresiones a los profesionales de la sanidad contemplaba la elaboración de un registro de agresiones y un mapa de riesgos que permitiera conocer con precisión el alcance del problema.

En el Registro de agresiones a personal sanitario se recogen los accidentes/incidentes sufridos por los profesionales, así como el seguimiento de cada una de las agresiones registradas, por parte de Prevención de Riesgos, por el Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud y por las Gerencias de Área.

Se considera esencial el registro de las situaciones de violencia para estudiar e investigar los datos y conocer las causas que facilitan que se produzcan estas situaciones indeseadas con el fin de aplicar las medidas correctoras y preventivas en cada centro. Para ello se elabora un mapa de riesgos de agresiones a los profesionales del Servicio Murciano de Salud, en el que se analiza la tipología del personal que ha sufrido las agresiones, la tipología de las situaciones de violencia, el perfil del agresor, el sexo de la persona agredida y agresora, junto a otras variables.

Este estudio permite concluir que la implantación en los diferentes centros ha sido progresiva, que las situaciones de violencia han sido en la mayoría de casos protagonizadas por el propio paciente, que los profesionales que las han sufrido mayoritariamente son el personal de enfermería en los hospitales y, en los centros de atención primaria, los facultativos y el personal administrativo que atiende los usuarios y que en ambos ámbitos, hospitalario y primaria, el tipo de incidente violento mayoritario es la agresión verbal (insulto, amenaza, intimidación o coacción).

Elaboración anual del mapa de riesgos de agresiones a los profesionales, en el que se detallan los resultados del análisis de los datos extraídos de los registros.

Observatorio de agresiones.

Desde el punto de vista organizativo, debe destacarse que desde febrero de 2006 una Comisión lleva a cabo el seguimiento de la puesta en marcha y desarrollo del Plan de Agresiones.

En la actualidad está compuesta por un representante de cada una de las Gerencias del Servicio Murciano de Salud, además de miembros del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, del Servicio Jurídico y los Coordinadores del Plan de Agresiones, presidida por el Director General de Recursos Humanos. Se reúne dos veces al año.

En la Comisión de Seguimiento se presenta el mapa de riesgos de agresiones, los resultados del plan de formación y la evolución de las denuncias y sentencias, además de cualquier otra información relevante que las Gerencias aportan. Con toda esta información, se valora la situación y se proponen líneas de actuación.

Las conclusiones de la Comisión de Seguimiento y el mapa de riesgos se presentan posteriormente a los representantes de los trabajadores en el Comité de Seguridad y Salud del Servicio Murciano de Salud.

Atención psicológica.

El personal sanitario del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales atiende a todos los agredidos que han sufrido un daño a la salud. En contacto con la mutua de accidentes de trabajo, se gestiona la asistencia sanitaria a todos los afectados, tanto desde el punto de vista físico como de asistencia psicológica si se precisa. Además, todas las agresiones que han dado lugar a daños a la salud se declaran como accidente de trabajo, realizándose una investigación de las mismas y emitiéndose el correspondiente informe.

Asesoramiento jurídico.

- Convenio de colaboración para el establecimiento de cauces de comunicación y protocolos de actuación entre la Fiscalía de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud que fue firmado el 10 de marzo de 2010.

Las entidades firmantes entienden necesario coordinar sus esfuerzos para combatir y, en la medida de lo posible, disminuir y evitar el acaecimiento de resultados lesivos tanto físicos como morales, que tengan su origen en agresiones contra el personal que preste sus servicios en centros públicos dependientes del Servicio Murciano de Salud.

El objetivo del convenio es contribuir a una disminución de las agresiones contra profesionales del Servicio Murciano de Salud, que presten sus servicios en centros públicos del territorio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, y a la recuperación de la dignidad profesional del personal de la sanidad pública de esta Comunidad Autónoma, imprescindible para el ejercicio de su profesión, articulando los mecanismos de cooperación necesarios para asegurar la existencia de los canales de información recíprocos, indispensables en orden a la mejora de la eficacia en la investigación, persecución y castigo de dichas agresiones.

Formación.

En el Plan de Prevención de Agresiones se propone abordar desde un primer momento la formación de los profesionales.

Actualmente, esta formación está estructurada en un curso on-line de gestión de la hostilidad, que se complementa con talleres de formación presencial.

El objetivo principal del curso on-line de gestión de la hostilidad es favorecer la preparación y entrenamiento de los profesionales de la salud en “competencias y habilidades de comunicación” que les preparen para el manejo de situaciones de conflicto con los usuarios/pacientes y eviten o minimicen las actuaciones que puedan desembocar en una agresión, y para que los profesionales de la salud aprendan a:

- Prevenir, anticipar, limar situaciones de desencuentro en la relación sanitaria que pueden derivar, de no aplicar las habilidades necesarias, en situaciones de hostilidad, incluso agresividad.
- Minimizar el agravio y el desgaste emocional y profesional que las situaciones tensas pueden ocasionar en el propio profesional y en su quehacer diario, interfiriendo gravemente en la eficacia y funcionalidad del ejercicio profesional, y lo que es peor, en su propio equilibrio emocional.
- Aprender a gestionar saludablemente, por su propio provecho personal y profesional, situaciones relacionales que se complican, al carecer, la mayoría de las veces, de las destrezas adecuadas y de un modelo de intervención eficaz en dichos momentos.

Los cursos constan de dos bloques:

- Bloque informativo: en el que se exponen “recomendaciones prácticas para un abordaje saludable de la hostilidad”. El acceso a este bloque es libre para todos los trabajadores del Servicio Murciano de Salud.
- Bloque formativo: que contiene los contenidos teóricos del curso, estructurados en 7 capítulos, que engloban aspectos como el encuentro sanitario, la hostilidad como reacción emocional o el posicionamiento profesional en el encuentro sanitario, introduciendo por último un modelo de intervención para afrontar la hostilidad. Además, este bloque contiene como recursos complementarios unos vídeos de simulación de casos reales de situaciones de hostilidad extraídos de las estadísticas y casuística cotidiana, así como documentación complementaria.

En lo que respecta a la formación presencial, se imparten talleres prácticos que complementan la formación on-line, tanto de gestión de la hostilidad como de prevención de agresiones físicas. Durante el año 2012 se han realizado 6 ediciones del curso on-line y un taller presencial.

Campañas informativas y de sensibilización.

La información se encuentra alojada en la Intranet del Servicio Murciano de Salud y es accesible para todos los profesionales de nuestro sistema sanitario.

Actualmente se realizan campañas informativas dirigidas a la población.

Medidas organizativas.

Desde junio de 2009 se puso en marcha la Coordinación del Plan de Agresiones por parte de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, para dar mayor cobertura al personal sanitario, utilizando para ello a dos personas del ámbito sanitario (una enfermera y un médico) cubriendo a un total de 20.422 trabajadores.

Esta coordinación una vez la agresión ya se ha producido, está proporcionando apoyo completo al trabajador, dirigido no sólo a asistencia sanitaria, si es preciso, también a la obtención de asistencia psicológica, legal y laboral, incluso el acompañamiento a juicio o localización de testigos.

Medidas de seguridad.

La Implantación de un botón antipánico, que es una alarma que los profesionales pueden activar desde su ordenador, permite por su inmediatez que muchas agresiones se minimicen gracias a este sistema.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE NAVARRA.

Normativa.

El Gobierno de Navarra, por Resolución 964/2008, de 31 de marzo, del Director General de Función Pública, aprueba el Plan global de prevención y actuación frente a agresiones externas en el lugar de trabajo, de aplicación a todo el personal al servicio de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y los organismos autónomos dependientes de la misma.

Registro de agresiones.

El 31 de marzo de 2009, en sesión del Comité de Seguridad y Salud del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea se aprueba el Protocolo de actuación ante agresiones externas del Salud del Servicio Navarro de Salud que supone la adaptación al ámbito del Servicio Navarro de Salud del protocolo establecido en el Plan Global de Agresiones del Gobierno de Navarra.

Este Protocolo describe las actuaciones a seguir en caso de que el personal adscrito a Servicio Navarro de Salud sea objeto de una agresión externa durante su trabajo, por parte de pacientes, usuarios, familiares o acompañantes.

La notificación y posterior registro de cualquier suceso (accidente, incidentes o agresiones) se realiza mediante un proceso que se recoge en el Procedimiento de Notificación e investigación de sucesos del Plan de Prevención de Riesgos Laborales.

La notificación e investigación se registran en un formulario electrónico que se encuentra en la intranet sanitaria y que debe cumplimentar el jefe superior inmediato.

El formulario cumplimentado llega vía telemática simultáneamente al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y a la Dirección de Personal correspondiente.

Observatorio de agresiones.

En el año 2010, en el marco de las actuaciones planificadas por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en el ámbito de la violencia externa, se crea un grupo de trabajo con el objetivo de analizar las agresiones externas que se producen en el Servicio Navarro de Salud, con el fin de identificar las áreas de mayor incidencia y posteriormente proponer un plan de acción específico que disminuya la probabilidad de que se produzcan situaciones de agresión externa, así como las consecuencias que de ellas puedan sobrevenir.

El grupo de trabajo diseña un cuestionario para la recogida de información que permita realizar el análisis. El cuestionario, de 17 ítems, se distribuyó en aquellos servicios y unidades en los que se sospechaba una mayor incidencia de violencia externa: servicios de urgencias y unidades de hospitalización psiquiátrica / centros de salud mental, así como en todos aquellos centros de salud en los que en ese momento se realizaba la evaluación de riesgos laborales por puesto de trabajo.

Atención psicológica.

Mediante un formulario se puede solicitar para el trabajador asistencia jurídica y/o ayuda psicológica. El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales gestiona ambas e independientemente de si se realiza solicitud de ayuda jurídica y/o psicológica, un técnico del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales se pone en contacto con todas las personas que han sido víctimas de un acto de agresión.

Asesoramiento jurídico.

El trabajador recibe asistencia jurídica y es gestionada por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Formación.

Entre las medidas preventivas que se desarrollan en este campo, se priorizan especialmente la formación e información del personal sanitario. Para dar respuesta a las necesidades de formación e información en esta área se han realizado o se están realizando las siguientes actuaciones:

- Formación, planificada en cada uno de los planes de formación anual, dirigida a todo el personal sobre manejo y prevención de agresiones externas, y sobre técnicas conductuales y de comunicación para el manejo de paciente agresivo. Estos cursos tienen carácter eminentemente práctico y tratan de aportar recursos para que los trabajadores sepan cómo prevenir o en caso necesario, intervenir, frente a episodios de violencia.
- Formación a colectivos específicos en función de la incidencia de la violencia externa y de sus necesidades formativas concretas (urgencias, salud mental, etc.).

Participación de los profesionales.

Se crean grupos de mejora interestamentales como medida de participación del personal en el análisis y diseño de espacios de trabajo seguros.

Campañas informativas y de sensibilización.

Publicación de un “Manual de Prevención de Riesgos Laborales” dirigido a todos los trabajadores del Servicio Navarro de Salud, titulado “Agresiones Externas”. Este manual se elabora por un equipo formado por personal del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y personal de otros Servicios, expertos en este tema.

Este manual se divulgó en formato digital, a través del correo electrónico a todo el personal y jefaturas del Servicio Navarro de Salud. Además, está disponible permanentemente para su descarga en la intranet sanitaria del Servicio Navarro de Salud.

Medidas Organizativas.

- Crear grupos de mejora interestamentales como medida de participación del personal en el análisis y diseño de espacios de trabajo seguros.

- Reorganización de los espacios de trabajo para evitar que éstos constituyan un riesgo en sí mismos (posición de las mesas respecto a las salidas, posición del paciente, etc.).
- Mejora de las zonas de espera y zonas secundarias (en zonas de atención) con la instalación de paneles luminosos y pantallas con informaciones pregrabadas sobre:
 - Funcionamiento del servicio.
 - Derechos y deberes de los usuarios.
 - Criterios de priorización.
 - Tiempos de espera
- Mejora de la información y de la comunicación a dirigir a los usuarios.
- Procedimientos de reclamaciones.
- Campaña de respeto al personal sanitario.

Medidas de seguridad.

El análisis del citado formulario puede conllevar la propuesta, por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, de medidas preventivas de carácter estructural, organizativo y/o de tipo individual. Desde el pasado año 2012, se ha puesto en marcha un mecanismo de colaboración con policía foral para solicitar su colaboración en el caso de pacientes programados con historial de agresiones.

Entre otras medidas están las siguientes:

- Presencia de personal de seguridad.
- Mejora de los espacios de triaje y mostrador de celadores, para evitar que estén visibles continuamente a los usuarios.
- Dotar con sistemas de alarma (pulsadores o similares) los boxes de atención, admisión, zona de celadores, consultas en centros de salud mental, etc.
- Sanciones aplicadas: compromisos de Dirección del centro sobre “tolerancia cero” a las agresiones externas.
- Normas internas: un acompañante por paciente en interior, pases, etc.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO.

Normativa.

- El Servicio Vasco de Salud - Osakidetza dispone, dentro de su sistema de gestión de prevención de riesgos laborales, de un protocolo específico de actuación ante la violencia en el trabajo, cuya primera versión fue aprobada en enero de 2003, revisándose posteriormente en octubre de 2006 y enero de 2009.

Este protocolo ha sido publicado de forma simplificada y distribuido a los trabajadores bajo el formato de “Manual Informativo” en formato papel, siendo además accesible para todos los trabajadores a través de la intranet del Servicio Vasco de Salud.

Registro de agresiones.

En aplicación del protocolo específico mencionado, así como de los procedimientos y protocolos generales del Servicio Vasco de Salud sobre notificación e investigación de accidentes e incidentes incluidos en el sistema de gestión de riesgos laborales, las unidades básicas de prevención del Servicio Vasco de Salud mantienen un registro y control de las agresiones producidas en las organizaciones de servicios en dos categorías:

- Accidentes de trabajo: agresiones u otras situaciones de violencia en el trabajo que produzcan lesiones físicas o repercusiones en la esfera psicológica del trabajador, pudiendo estas producir baja o no.
- Incidentes: agresiones u otras situaciones de violencia en el trabajo que no producen lesión física ni otras repercusiones en el trabajador.

En ambas situaciones se produce la investigación por parte del Servicio de Prevención junto a aquellos otros profesionales que se considere necesario (mando intermedio, dirección, etc.), así como la propuesta de las medidas preventivas destinadas a evitar o reducir la posibilidad de que se produzcan situaciones de este tipo.

Se dispone del registro tanto de los incidentes como de los accidentes relacionados con situaciones de violencia o agresión, registrándose la información en el sistema de gestión de recursos humanos (SAP) en el módulo de prevención de riesgos laborales (PRL), para su tratamiento e información a la Dirección. Dicho registro permite la elaboración de diferentes tipos de informes y estadísticas que facilitan la elaboración de planes específicos de actuación.

Observatorio de agresiones.

Ha sido creada en Osakidetza una Comisión Técnica de Seguimiento de Agresiones. Esta Comisión está compuesta por el Director de Recursos Humanos de Osakidetza en calidad de Presidente, la Subdirectora de Asesoría Jurídica de Osakidetza en calidad de secretaria, así como el Subdirector de Recursos Humanos, la Responsable del Servicio de Prevención, la Técnico de Riesgos Psicosociales del Servicio de Prevención y el Responsable de Salud Mental Extrahospitalaria de Osakidetza todos en calidad de vocales.

Principales funciones de la Comisión Técnica de Seguimiento de Agresiones:

- Asesoramiento a la Dirección en materia de agresiones al personal trabajador de Osakidetza.
- Consultoría de todas las organizaciones de servicios, en materia de agresiones al personal trabajador de Osakidetza, coordinando las acciones en dicha materia.
- Participación en el establecimiento de las líneas estratégicas futuras en materia de agresiones al personal trabajador de Osakidetza.
- Aprobación de los protocolos que se elaboren, revisión de informes de auditoría en materia de agresiones que se emitan, y revisión de verificación del correcto funcionamiento de lo dispuesto en dichos protocolos.
- Análisis de los informes explicativos de aquellas incidencias que afecten de manera grave a las Organizaciones, así como el seguimiento de los diferentes Planes que en relación a este tema se definan.

Asesoramiento jurídico.

Se proporciona a los trabajadores una "*guía de orientación jurídica*" con indicaciones para los trabajadores sobre el acceso al asesoramiento legal ofrecido por la Subdirección de Asesoría Jurídica del Ente Público.

La Subdirección de Asesoría Jurídica del Servicio Vasco de Salud podrá asumir la asistencia jurídica de los trabajadores del Ente Público que hayan sido objeto de una agresión en el desempeño de las funciones propias de su puesto de trabajo, bien mediante el acompañamiento en la interposición de la denuncia o querrela o mediante la asunción de la defensa legal de la causa ante los tribunales.

Campañas informativas y de sensibilización.

En noviembre de 2008 se aprobó por parte de la Dirección General del Servicio Vasco de Salud y los sindicatos firmantes del Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal del Servicio Vasco de Salud, la "Declaración institucional de principios contra las agresiones a los trabajadores de Osakidetza".

Esta Declaración fue plasmada en la publicación de un documento-resumen en forma de Decálogo que fue objeto de una campaña de información a trabajadores y público a través de carteles informativos.

Medidas de seguridad.

Existe un protocolo que incluye indicaciones para la identificación de las situaciones de violencia en el trabajo, así como pautas de actuación para cada uno de los agentes involucrados en

el procedimiento (trabajador agredido, mando intermedio, unidad básica de prevención, equipo directivo).

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE VALENCIA.

Normativa.

- Decreto 159/2009, de 2 de Octubre, (DOGV, de 7 de octubre), donde se establecían las actuaciones de los órganos de la Consellería de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat Valenciana.

Tiene como objetivo promover la seguridad y la salud de sus trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de las agresiones, a fin de realizar el correspondiente desarrollo normativo.

- Plan Integral de Prevención (2010), se elabora dando de esta forma una mayor efectividad al derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo y articular las actuaciones dirigidas a prevenir potenciales situaciones conflictivas en los centros y servicios sanitarios y prestar el apoyo y asesoramiento necesario a aquellos trabajadores que hayan sido objeto de agresiones, se elaboró un Plan Integral de Prevención, donde se establecieron las directrices y líneas generales para implantar dicho plan en todos los Departamentos de Salud que conforman la Comunidad Valenciana. Se articularon dos medidas claramente definidas: la aplicación de las medidas preventivas desarrolladas y las actuaciones a llevar a cabo frente a los accidentes.

Para llevar a cabo la implantación de las medidas descritas en dicho procedimiento se procedió a presentar a todos los gerentes de los Departamentos de Salud el Plan, a fin de darles a conocer su implicación en el mismo.

Registro de agresiones.

Se adaptó el Documento de Notificación de Accidentes (CAT) existente hasta ese momento para dar cabida a poder notificar también las agresiones sufridas por los trabajadores.

Se procedió a crear un Registro Informatizado de Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario, éste registro constituye el medio que permite recoger todos los datos específicos de cada agresión y mediante el análisis de estos datos.

El Servicio de Prevención de Riesgos Labórales: investiga, recomienda y elabora anualmente el Mapa de Accidentes/Incidentes sobre agresiones, adoptando las medidas de gestión y organización que sean necesarias para asegurar la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos, así como las conducentes a hacer efectivas las garantías, obligaciones y derechos reconocidos en la normativa aplicable.

Observatorio de agresiones.

Por medio de este Registro Informatizado de Agresiones se ha efectuado un análisis de los datos más relevantes del año 2012, en el período que se ha tomado va del 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2012:

Han tenido lugar 257 agresiones de las cuales 59 agresiones son físicas y 172 agresiones verbales, 19 son tanto verbales como físicas, existiendo otras declaraciones 7 que son incidentias declaradas por los trabajadores/as pero no existe agresión física ni verbal.

Detallan algunas de las gráficas según la estratificación casuística durante el año 2012:

- Agresiones por motivos desencadenantes: disconformidad con la información recibida, asistencia recibida, etc.
- Agresiones por categoría profesional, sexo, centros, servicios y otros.
- Los 20 servicios con más agresiones: atención primaria, urgencia hospitalaria, admisión y documentación clínica.
- Seguimiento de los casos en los que se haya producido intervención judicial (12 %).
- Sobre en perfil del agresor, tipo de agresor, sexo del agresor, etc.

Formación.

Se ha llevado a cabo dentro de la Formación Continua del 2012, un curso de prevención de las agresiones para todos los grupos profesionales del sector sanitario con el compromiso continuar impartíendolo.

Campañas informativas y de sensibilización.

- Web de la Conselleria de Sanidad, encontrándose dicha información en el apartado “Información para los Profesionales”, pestaña Información laboral, apartado prevención de riesgos laborales, (Medidas de prevención y disuasión efectuadas por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales).

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales ha elaborado además pósters informativos a los usuarios, para que se exponga en los lugares más visibles, salas de espera, despachos, pasillos. Además se elaboró un tríptico informativo para los trabajadores a fin de saber qué hacer ante una agresión. Se creó un procedimiento de asistencia jurídica a las víctimas de agresión.

En conclusión, refieren que ha habido un descenso de un 13% con respecto a las agresiones del año 2011, lo que denota la efectividad de las medidas adoptadas hasta ahora.

Medidas de seguridad.

En este último año se ha elaborado la aplicación informática “Código Alerta” que se contempla como una medida de prevención activa y disuasoria, incluida en el “Plan Integral de Prevención y atención a las agresiones” implantándose en todos los departamentos de salud, en coherencia con la obligación legal respecto del Decreto 159/2009, del 2 de Octubre.

Es una aplicación que se activa de un modo sencillo y pone una alerta en tantos ordenadores como se desee, emitiendo un mensaje que alerta sobre una agresión en un determinado lugar. El mensaje de alarma se activa por la combinación de teclas, o bien haciendo doble clic en el icono que aparece en la pantalla, de manera que una vez impulsado aparece la alerta en todos los ordenadores, indicando al sujeto agredido cuantos ordenadores han recibido el aviso y van a acu-

dir en su ayuda. Así, se ha creado una aplicación sencilla que nos permite seguir en tiempo real todo el proceso de instalación y seguimiento del programa “Código Alerta” en los distintos ordenadores.

Teniendo implantados en la actualidad:

- 6.766 equipos en 402 centros de primaria.
- 3.284 equipos en 33 centros de especializada.
- 276 equipos en 25 centros englobados entre Inspección medica, Centro de transfusiones, Salud Publica.

INGESA.

Normativa.

- Plan de Prevención y Atención frente a situaciones conflictivas en el Área de Salud de Melilla (julio, 2005).

Contiene las medidas preventivas que constituyen una respuesta esencial al fenómeno de la violencia, su adopción requiere la formulación de acciones precisas tendentes a evitar la generación de conductas agresivas con la necesaria colaboración del personal para reducir y suprimir los riesgos que las provocan. Asienta las bases para la planificación de actuaciones, la puesta en marcha del protocolo de actuación ante situaciones de conflicto: define un protocolo de actuación ante situaciones de conflicto, identificando comportamientos potencialmente peligrosos y activando los mecanismos de prevención anticipadamente de factores de riesgo que pueden desencadenar actos de violencia, propone respuestas ante situaciones potencialmente agresivas y recomienda observar unas pautas generales de actuación.

Registro de agresiones.

Los servicios de prevención de riesgos laborales recibirán la información relativa a los hechos y entrevistará al profesional, realizando la recogida y registro de los datos del incidente como herramienta que permita evaluar, planificar medidas, elaborar informes y un mapa de riesgos y peligros. En el examen y evaluación de los hechos, la gerencia correspondiente comunicará al comité de seguridad y salud la producción de cualquier acto de violencia contra el personal de los centros del área de salud.

Observatorio de Agresiones.

De acuerdo a lo establecido en las directrices del Plan, se realizará la evaluación de las situaciones de conflictos y de hechos violentos cometidos contra los profesionales, estudio y planificación de medidas de prevención y protección nuevas o complementarias, así para ello, se elaborará el mapa de riesgo del área de salud y control de la aplicación de los planes de prevención por el servicio de prevención de riesgos. En todo caso, después de cada incidente se realizará una valoración conjunta de las medidas de seguridad existentes en el centro, analizando las posibles carencias o fallos, así como las medidas correctoras a adoptar, se evaluará la posibilidad de establecer medidas especiales con relación al ejercicio del derecho a la asistencia sanitaria del agresor (cambio de médico o de centro, amonestación al agresor u otras) y a la protección del profesional agredido.

Atención psicológica.

Tras la recogida de información y evaluación del incidente, el gerente o persona en quien delegue informará al profesional de las actuaciones realizadas y de los servicios de apoyo médico, psicológico y jurídico que el INGESA pone a disposición de las víctimas por agresión.

El profesional que haya sufrido una agresión deberá acudir al servicio de urgencias del centro, ésta asistencia médica deberá solicitarse no sólo en los supuestos de lesiones físicas sino

también cuando se produzca cualquier alteración o menoscabo psíquico, sin perjuicio de remitir al Juzgado el correspondiente parte de lesiones, el servicio de urgencias deberá expedir el parte de asistencia y comunicar a facturación/cargos a terceros la naturaleza de la prestación sanitaria a fin de confeccionar la factura y obtener el reembolso de los gastos.

Asesoramiento jurídico.

Se llevarán a cabo acciones legales en todos los casos de delitos y faltas perseguibles de oficio, el INGESA formulará la correspondiente denuncia y siempre que el interesado lo solicite, una persona designada por el gerente podrá acompañar y ayudar al profesional a presentar la denuncia. El gerente comunicará a la Dirección Territorial los hechos y actuaciones desarrolladas. Previa solicitud del interesado, la Dirección Territorial seguirá el procedimiento establecido en la Instrucción 2/2001 de 6 de junio del Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social, para obtener la oportuna autorización de dicho Servicio Jurídico para que un letrado del INGESA asista jurídicamente al profesional durante todo el proceso judicial. Este mismo procedimiento se seguirá también si se producen daños o perjuicios en los centros sanitarios, a tal efecto la gerencia habrá de facilitar a la Dirección Territorial la relación valorada de los daños ocasionados y facturas emitidas por la prestación de la asistencia sanitaria a la víctima de la agresión.

Formación.

El desarrollo de actividades formativas están dirigidas a proporcionar al profesional técnicas en comunicación que mejoren la interacción con los usuarios y familiares que faciliten el desarrollo de habilidades para el control de situaciones de conflicto, dentro del marco de recomendaciones y acciones contenidas en el Plan.

Participación de los profesionales:

- Participación del comité de seguridad y salud en la formulación de las políticas de prevención y actuación contra la violencia en los centros sanitarios.
- En el establecimiento de medidas de colaboración y coordinación con la Fiscalía y Fuerzas de Orden Público, así como con asociaciones de vecinos y otras entidades sociales de carácter participativo.

Campañas informativas y de sensibilización

Se realizan campañas divulgativas para mejorar la imagen social de la sanidad pública y la importancia del servicio de los profesionales en el logro del bienestar de los ciudadanos, el respeto a los profesionales de la salud y el uso adecuado de los servicios sanitarios. Además, se informa a través de los medios de comunicación de las sanciones impuestas a quienes realicen actos de violencia contra los profesionales y se procurará transmitir públicamente la intransigencia de la Administración en la represión de las conductas violentas contra su personal.

Medidas organizativas.

Van dirigidas a generar un dispositivo institucional que favorezca la comunicación externa e interna y que permita el cumplimiento de los compromisos de la organización contenidos en este Plan con la máxima celeridad, intentando difundir un concepto de organización segura, eficiente y de calidad capaz de proporcionar una respuesta adecuada ante cualquier contingencia en:

- Disminuir los tiempos de demora para el acceso a los servicios, evitando la formación de colas y reduciendo las listas de espera y proporcionar una información eficaz a los pacientes y familiares, evitando generar situaciones de incertidumbre.
- Mejorar el sistema de citaciones y la accesibilidad a los centros sanitarios y potenciar los medios telefónicos y telemáticos.
- Establecer y organizar los turnos evitando el trabajo en solitario al personal adscrito a puestos especialmente conflictivos.
- Reasignar a los usuarios con antecedentes violentos a otros facultativos que no hayan sido víctimas de agresiones por parte de aquéllos.
- Consignar en la historia clínica el comportamiento agresivo del paciente al objeto de alertar al personal sanitario y mantener las debidas precauciones.

Medidas de seguridad.

Son medidas del entorno de trabajo, adecuando las infraestructuras e inmuebles mediante el diseño de salas de espera y espacios públicos comunes más agradables (control de la climatización, iluminación adecuada y mobiliario confortable), reduciendo los muebles, como elementos decorativos susceptibles de ser utilizados como armas o medios de agresión, destacan:

- Prever la presencia del personal de seguridad o su inmediata intervención cuando se estime potencialmente posible la creación de una situación conflictiva.
- El establecimiento de sistemas de videovigilancia en accesos y zonas comunes.
- La instalación de sistemas de alarma y/o de comunicación eficaces en consultas y despachos.
- Limitar el acceso al hospital a las personas autorizadas.

ANEXO II-B

Modelo de cuestionario que tiene como objeto conocer la eficacia de la implantación de las medidas adoptadas frente a las agresiones en las Comunidades Autónomas



**CUESTIONARIO CC.AA.
GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES - MESA TÉCNICA - II
“ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA”**

1. MEDIDAS NORMATIVAS					
¿Están implantadas estas medidas?				SI	NO
Plan de Prevención específico de agresiones.					
Normativa autonómica.					
Normativa interna (Resoluciones, circulares, convenios, protocolos de actuación).					
Cooperación con las Organizaciones Profesionales (especificar en apartado de comentarios).					
Otras (especificar en apartado de comentarios).					
COMENTARIOS					
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas					
	1	2	3	4	

2. MEDIDAS ORGANIZATIVAS					
¿Están implantadas estas medidas?				SI	NO
Medidas generales	Registro de agresiones.				
	Observatorio de agresiones (especificar en apartado de comentarios).				
	Investigación de las agresiones.				
	Identificación de agresores (reincidentes).				
	Reasignar a los usuarios con antecedentes violentos.				
	Mejora de los circuitos asistenciales (especificar en apartado de comentarios).				
Medidas individuales	Encuesta de satisfacción.				
	Atención psicológica.				
	Asistencia jurídica.				
Cartas a los agresores.					
COMENTARIOS					
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas (medidas generales)					
	1	2	3	4	
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas (medidas individuales)					



	1	2	3	4	

**CUESTIONARIO CC.AA.
GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES - MESA TÉCNICA - II
“ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA”**

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD						
¿Están implantadas estas medidas?					SI	NO
Administrativas	Protocolos de actuación.					
	Protocolos de colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.					
Centro sanitario	Personal de seguridad.					
	Dispositivos de alarma.					
	Botón antipánico.					
	Videocámaras de vigilancia.					
	Mamparas protectoras.					
	Salidas alternativas en las consultas.					
Atención domiciliaria	Adecuación de infraestructuras (especificar en apartado de comentarios).					
	Asistencia al paciente se realiza acompañado/a.					
Teléfono móvil.						
COMENTARIOS						
VALORACIÓN						
Grado de eficacia de estas medidas (administrativas)						
	1	2	3	4		
VALORACIÓN						
Grado de eficacia de estas medidas (centro sanitario)						
	1	2	3	4		
VALORACIÓN						
Grado de eficacia de estas medidas (atención domiciliaria)						
	1	2	3	4		



CUESTIONARIO CC.AA.
GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES - MESA TÉCNICA - II
“ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA”

4. MEDIDAS FORMATIVAS					
¿Están implantadas estas medidas?				SI	NO
Formación presencial.					
Formación on-line.					
Formación específica a grupos de riesgo en atención primaria.					
Formación específica a grupos de riesgo en atención especializada.					
COMENTARIOS					
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas					
	1	2	3	4	

5. MEDIDAS INFORMATIVAS					
¿Están implantadas estas medidas?				SI	NO
Información a los trabajadores	Plan de comunicación interno.				
	Plan de acogida a los nuevos profesionales.				
	Intranet / Web del Servicio de Salud.				
	Trípticos informativos.				
SPRL: información preventiva periódica sobre el riesgo de agresiones.					
Información a los usuarios	Plan de comunicación externo.				
	Web del Servicio de Salud.				
	Trípticos informativos				
Campañas de sensibilización.					
COMENTARIOS					
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas (información a los trabajadores)					
	1	2	3	4	



VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (información a los usuarios)

1	2	3	4

CUESTIONARIO CC.AA.

GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES - MESA TÉCNICA - II
“ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA”

NÚMERO TOTAL DE AGRESIONES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AÑO					
TOTAL	2008	2009	2010	2011	2012

CUESTIONARIO CC.AA.
GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES - MESA TÉCNICA - II
“ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA”

Instrucciones de cumplimentación del cuestionario:

1. Se marcará la casilla correspondiente al grupo de medidas con una "X".
2. A la pregunta **¿Están implantadas estas medidas?** se marcará con una "X":
 - 2.1. Si (si está implantada la medida).
 - 2.2. No (no está implantada la medida).
3. En relación al **"Grado de eficacia de estas medidas"** se tendrá en cuenta la siguiente tabla para valorar la eficacia del grupo de medidas implantadas:

Escala	Eficacia	
1	0 % a 19 %	Baja
2	20 % a 49 %	Media
3	50 % a 74 %	Media-alta
4	75 % a 100 %	Alta

Definición de eficacia: capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera (RAE - Real Academia Española).

3.1. Respecto a esta tabla hay que tener en cuenta que el 1 es el valor menor y el 4 es el valor mayor en relación a la eficacia del grupo de medidas adoptadas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas encaminadas a conseguir, por una parte, el objetivo de mejorar la salud y la seguridad del trabajador y, por otra, el descenso de las agresiones.

3.2. Para la selección de la escala de valores del 1 al 4 hay que tener en cuenta la eficacia del grupo de medidas adoptadas en función del número de agresiones en el periodo de un año.

Notas metodológicas:

1. Objetivo general del cuestionario:

El objetivo es la obtención de información sobre la eficacia de las medidas implantadas en los Servicios de Salud en relación con la problemática de agresiones a profesionales en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

2. Contenido del cuestionario:

El cuestionario está dividido en varios grupos de medidas (normativas, organizativas, de seguridad, formativas e informativas). Se incluyen varios apartados por cada bloque de medidas, un apartado relacionado con la implantación de las medidas adoptadas por los Servicios de Salud, otro en relación con el grado de eficacia de las medidas y un apartado para comentarios sobre el grupo de medidas.

En la última parte del cuestionario se solicita el dato del número total de las agresiones producidas en los años 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012 con objeto de poder analizar la evolución de las agresiones en la Comunidad Autónoma.

ANEXO II-C
Cuestionarios cumplimentados por las Comunidades Autónomas de
Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, La Rioja, Murcia y Valencia



CUESTIONARIO COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN
GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES - MESA TÉCNICA - II
“ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA”

1. MEDIDAS NORMATIVAS			
¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO
Plan de Prevención específico de agresiones.		X	
Normativa autonómica.			X(*)
Normativa interna (Resoluciones, circulares, convenios, protocolos de actuación).		X	
Cooperación con las Organizaciones Profesionales (especificar en apartado de comentarios).		X	
Otras (especificar en apartado de comentarios).			
COMENTARIOS			
(*) En trámite en Cortes de Aragón Anteproyecto de Ley de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón. Colabora el Consejo de Salud de Aragón.			
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas			
	1	2	3
		X	

2. MEDIDAS ORGANIZATIVAS			
¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO
Medidas generales	Registro de agresiones.	X	
	Observatorio de agresiones (especificar en apartado de comentarios).	X	
	Investigación de las agresiones.	X	
	Identificación de agresores (reincidentes).	X	
	Reasignar a los usuarios con antecedentes violentos.	X	
	Mejora de los circuitos asistenciales (especificar en apartado de comentarios).		
Medidas individuales	Encuesta de satisfacción.		X
	Atención psicológica.	X	
	Asistencia jurídica.	X	
	Cartas a los agresores.	X	
COMENTARIOS			
Se analizan en la Comisión Sectorial de Prevención de Riesgos Laborales.			
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas (medidas generales)			
	1	2	3
			X



VALORACIÓN				
Grado de eficacia de estas medidas (medidas individuales)				
	1	2	3	4
			X	

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD					
¿Están implantadas estas medidas?				SI	NO
Administrativas	Protocolos de actuación.			X	
	Protocolos de colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.				X
Centro sanitario	Personal de seguridad.			X	
	Dispositivos de alarma.			X	
	Botón antipánico.			X	
	Videocámaras de vigilancia.			X	
	Mamparas protectoras.			X	
	Salidas alternativas en las consultas.			X	
Adecuación de infraestructuras (especificar en apartado de comentarios).				X	
Atención domiciliaria	Asistencia al paciente se realiza acompañado/a.				X
	Teléfono móvil.			X	
COMENTARIOS					
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas (administrativas)					
	1	2	3	4	
			X		
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas (centro sanitario)					
	1	2	3	4	
		X			
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas (atención domiciliaria)					
	1	2	3	4	
		X			



4. MEDIDAS FORMATIVAS			
¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO
Formación presencial.		X	
Formación on-line.			X
Formación específica a grupos de riesgo en atención primaria.		X	
Formación específica a grupos de riesgo en atención especializada.		X	
COMENTARIOS			
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas			
	1	2	3
			X

5. MEDIDAS INFORMATIVAS			
¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO
Información a los trabajadores	Plan de comunicación interno.	X	
	Plan de acogida a los nuevos profesionales.	X	
	Intranet / Web del Servicio de Salud.	X	
	Trípticos informativos.	X	
	SPRL: información preventiva periódica sobre el riesgo de agresiones.	X	
Información a los usuarios	Plan de comunicación externo.		X
	Web del Servicio de Salud.		X
	Trípticos informativos		X
	Campañas de sensibilización.		X
COMENTARIOS			
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas (información a los trabajadores)			
	1	2	3
			X
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas (información a los usuarios)			
	1	2	3
	X		



NÚMERO TOTAL DE AGRESIONES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AÑO					
TOTAL	2008	2009	2010	2011	2012
		116	157	149	126



CUESTIONARIO COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS
GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES - MESA TÉCNICA - II
“ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA”

1. MEDIDAS NORMATIVAS					
¿Están implantadas estas medidas?				SI	NO
Plan de Prevención específico de agresiones.				X	
Normativa autonómica.					X
Normativa interna (Resoluciones, circulares, convenios, protocolos de actuación).				X	
Cooperación con las Organizaciones Profesionales (especificar en apartado de comentarios).				X (1)	
Otras (especificar en apartado de comentarios).					X
COMENTARIOS					
La Comunidad Autónoma de Canarias el 8 de noviembre de 2007, suscribió un Convenio de Colaboración, en ejecución del Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del SCS, entre la Consejería de Sanidad y el <u>Consejo Canario de Colegios de Abogados</u> (1), para la prestación del servicio de Asistencia Jurídica Especializada al personal del SCS en caso de agresión derivada del ejercicio de sus funciones, procedente de los usuarios de los servicios sanitarios. Respecto a Convenios con <u>Colegios de Profesionales Sanitarios</u> , no tenemos ninguno. Existe un acuerdo con la <u>Fiscalía</u> para enviar todas las comunicaciones internas de agresiones con el fin de su valoración por si fueran constitutivas de delito.					
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas					
	1	2	3	4	
			X		

2. MEDIDAS ORGANIZATIVAS					
¿Están implantadas estas medidas?				SI	NO
Medidas generales	Registro de agresiones.			X	
	Observatorio de agresiones (especificar en apartado de comentarios).				X (1)
	Investigación de las agresiones.			X	
	Identificación de agresores (reincidentes).			X	
	Reasignar a los usuarios con antecedentes violentos.			X	
	Mejora de los circuitos asistenciales (especificar en apartado de comentarios).			X (2)	
Medidas individuales	Encuesta de satisfacción.				X
	Atención psicológica.			X	
	Asistencia jurídica.			X	
Cartas a los agresores.			X		
COMENTARIOS					
(1) Entendiendo como Observatorio a la colaboración con otros centros privados, para analizar las agresiones ocurridas. (2) Se reasigna a otro profesional u otro centro.					
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas (medidas generales)					
	1	2	3	4	
			X		



VALORACIÓN				
Grado de eficacia de estas medidas (medidas individuales)				
	1	2	3	4
			X	

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD				
¿Están implantadas estas medidas?			SI	NO
Administrativas	Protocolos de actuación.		X	
	Protocolos de colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.		X	
Centro sanitario	Personal de seguridad.		X	
	Dispositivos de alarma.		X	
	Botón antipánico.		X	
	Videocámaras de vigilancia.		X	
	Mamparas protectoras.			X
	Salidas alternativas en las consultas.		X	X
	Adecuación de infraestructuras (especificar en apartado de comentarios).		X	X
Atención domiciliaria	Asistencia al paciente se realiza acompañado/a.		X	X
	Teléfono móvil.			X

COMENTARIOS

Donde aparece señalado SI y NO es porque depende del lugar de trabajo.

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (administrativas)				
	1	2	3	4
			X	

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (centro sanitario)				
	1	2	3	4
			X	

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (atención domiciliaria)				
	1	2	3	4
			X	



4. MEDIDAS FORMATIVAS					
¿Están implantadas estas medidas?				SI	NO
Formación presencial.				X	
Formación on-line.					X
Formación específica a grupos de riesgo en atención primaria.				X	
Formación específica a grupos de riesgo en atención especializada.				X	
COMENTARIOS					
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas					
	1	2	3	4	
		X			

5. MEDIDAS INFORMATIVAS					
¿Están implantadas estas medidas?				SI	NO
Información a los trabajadores	Plan de comunicación interno.			X	
	Plan de acogida a los nuevos profesionales.			X	
	Intranet / Web del Servicio de Salud.			X	
	Trípticos informativos.			X	
	SPRL: información preventiva periódica sobre el riesgo de agresiones.			X	
Información a los usuarios	Plan de comunicación externo.				X
	Web del Servicio de Salud.				X
	Trípticos informativos				X
	Campañas de sensibilización.				X
COMENTARIOS					
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas (información a los trabajadores)					
	1	2	3	4	
			X		
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas (información a los usuarios)					
	1	2	3	4	
	X				



NÚMERO TOTAL DE AGRESIONES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AÑO					
TOTAL	2008	2009	2010	2011	2012
	268	269	261	263	295



**CUESTIONARIO COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA
GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES - MESA TÉCNICA - II
“ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA”**

1. MEDIDAS NORMATIVAS

¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO	
Plan de Prevención específico de agresiones.		X		
Normativa autonómica.		X		
Normativa interna (Resoluciones, circulares, convenios, protocolos de actuación).		X		
Cooperación con las Organizaciones Profesionales (especificar en apartado de comentarios).			X	
Otras (especificar en apartado de comentarios).				
COMENTARIOS				
Nuestra norma básica en materia de prevención es el Plan Perseo. Es un Plan Integral que aborda la violencia no solo contra profesionales sino también con usuarios y contra el patrimonio.				
VALORACIÓN				
Grado de eficacia de estas medidas				
	1	2	3	4
			X	

2. MEDIDAS ORGANIZATIVAS

¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO	
Medidas generales	Registro de agresiones.	X		
	Observatorio de agresiones (especificar en apartado de comentarios).	X		
	Investigación de las agresiones.	X		
	Identificación de agresores (reincidentes).	X		
	Reasignar a los usuarios con antecedentes violentos.	X		
	Mejora de los circuitos asistenciales (especificar en apartado de comentarios).	X		
	Encuesta de satisfacción.		X	
Medidas individuales	Atención psicológica.	X		
	Asistencia jurídica.	X		
	Cartas a los agresores.	X		
COMENTARIOS				
Observatorio: Se elaboran Informes trimestrales, anuales y de evolución histórica.				
VALORACIÓN				
Grado de eficacia de estas medidas (medidas generales)				
	1	2	3	4
			X	



VALORACIÓN				
Grado de eficacia de estas medidas (medidas individuales)				
	1	2	3	4
			X	

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD				
¿Están implantadas estas medidas?			SI	NO
Administrativas	Protocolos de actuación.		X	
	Protocolos de colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.			X
Centro sanitario	Personal de seguridad.		X	
	Dispositivos de alarma.		X	
	Botón antipánico.		X	
	Videocámaras de vigilancia.		X	
	Mamparas protectoras.			X
	Salidas alternativas en las consultas.			X
Atención domiciliaria	Adecuación de infraestructuras (especificar en apartado de comentarios).			X
	Asistencia al paciente se realiza acompañado/a.			X
	Teléfono móvil.			X

COMENTARIOS

Todas estas medidas están contempladas en un Plan llamado Catajejo. En revisión en estos momentos. La telefonía móvil por falta de uso se ha suprimido. El Personal de seguridad se ha recortado mucho. Precisar que respecto al punto salidas alternativas en las consultas no se tiene de forma sistemática y reglada. Hay mamparas en algún centro.

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (administrativas)				
	1	2	3	4
		X		

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (centro sanitario)				
	1	2	3	4
		X		

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (atención domiciliaria)				
	1	2	3	4
		X		



4. MEDIDAS FORMATIVAS			
¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO
Formación presencial.		X	
Formación on-line.			X
Formación específica a grupos de riesgo en atención primaria.		X	
Formación específica a grupos de riesgo en atención especializada.		X	
COMENTARIOS			
La formación actualmente es escasa. Se han hecho algunos cursos pero insuficientes para abarcar a todos los trabajadores.			
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas			
	1	2	3
		X	

5. MEDIDAS INFORMATIVAS			
¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO
Información a los trabajadores	Plan de comunicación interno.		X
	Plan de acogida a los nuevos profesionales.		X
	Intranet / Web del Servicio de Salud.	X	
	Trípticos informativos.	X	
	SPRL: información preventiva periódica sobre el riesgo de agresiones.	X	
Información a los usuarios	Plan de comunicación externo.		X
	Web del Servicio de Salud.	X	
	Trípticos informativos		X
	Campañas de sensibilización.		X
COMENTARIOS			
El Plan Perseo se presentó en marzo de 2005. Desde ese momento hasta el 2009 se trabajó en su difusión a través de diferentes medios divulgativos. Convendría volver a dar publicidad al Plan, tanto a profesionales como usuarios. En algunas Gerencias hay plan de acogida a nuevos profesionales pero no está establecido a nivel regional.			
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas (información a los trabajadores)			
	1	2	3
		X	
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas (información a los usuarios)			
	1	2	3



	X				
--	---	--	--	--	--

NÚMERO TOTAL DE AGRESIONES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA					
AÑO					
TOTAL	2008	2009	2010	2011	2012
	375	446	413	438	381

Nota: Las valoraciones de los distintos Grupos de Medidas no se ha hecho teniendo en cuenta el descenso en el número de agresiones, ya que como se comentó es posible que a mayor conocimiento y eficacia de éstas mayor sea su utilización y por tanto mayor el número de registros.



**CUESTIONARIO COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA
GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES - MESA TÉCNICA - II
“ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA”**

1. MEDIDAS NORMATIVAS			
¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO
Plan de Prevención específico de agresiones.		X	
Normativa autonómica.			X
Normativa interna (Resoluciones, circulares, convenios, protocolos de actuación).		X	
Cooperación con las Organizaciones Profesionales (especificar en apartado de comentarios).		X	
Otras (especificar en apartado de comentarios).			
COMENTARIOS			
Convenio de Colaboración con los Colegios Profesionales de Médicos y de Enfermería.			
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas			
	1	2	3
			4
			X

2. MEDIDAS ORGANIZATIVAS			
¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO
Medidas generales	Registro de agresiones.	X	
	Observatorio de agresiones (especificar en apartado de comentarios).	X	
	Investigación de las agresiones.	X	
	Identificación de agresores (reincidentes).		X
	Reasignar a los usuarios con antecedentes violentos.	X	
	Mejora de los circuitos asistenciales (especificar en apartado de comentarios).		X
Medidas individuales	Encuesta de satisfacción.		X
	Atención psicológica.	X	
	Asistencia jurídica.	X	
	Cartas a los agresores.	X	
COMENTARIOS			
Tras la firma del Convenio con los Colegios profesionales se adoptó la denominación de Observatorio Autonómico de Prevención de Agresiones al profesional sanitario, compartiendo información de incidentes sufridos por profesionales del sector privado.			
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas (medidas generales)			
	1	2	3
			4
		X	
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas (medidas individuales)			



	1	2	3	4	
		X			

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD				
¿Están implantadas estas medidas?			SI	NO
Administrativas	Protocolos de actuación.		X	
	Protocolos de colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.			X
Centro sanitario	Personal de seguridad.		X	
	Dispositivos de alarma.		X	
	Botón antipánico.			X
	Videocámaras de vigilancia.		X	
	Mamparas protectoras.		X	
	Salidas alternativas en las consultas.			X
Atención domiciliaria	Adecuación de infraestructuras (especificar en apartado de comentarios).			X
	Asistencia al paciente se realiza acompañado/a.			X
	Teléfono móvil.			X
COMENTARIOS				
Algunas medidas de seguridad nos son específicas para la prevención de agresiones. Puede haber salidas alternativas en las consultas o llevar teléfono móvil en la atención domiciliaria pero no está previsto para este fin.				
VALORACIÓN				
Grado de eficacia de estas medidas (administrativas)				
	1	2	3	4
			X	
VALORACIÓN				
Grado de eficacia de estas medidas (centro sanitario)				
	1	2	3	4
				X
VALORACIÓN				
Grado de eficacia de estas medidas (atención domiciliaria)				
	1	2	3	4
	X			

4. MEDIDAS FORMATIVAS				
¿Están implantadas estas medidas?			SI	NO



Formación presencial.	X	
Formación on-line.	X	
Formación específica a grupos de riesgo en atención primaria.		
Formación específica a grupos de riesgo en atención especializada.	X	

COMENTARIOS

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas

1	2	3	4
		X	

5. MEDIDAS INFORMATIVAS

¿Están implantadas estas medidas?

		SI	NO
Información a los trabajadores	Plan de comunicación interno.		X
	Plan de acogida a los nuevos profesionales.	X	
	Intranet / Web del Servicio de Salud.	X	
	Trípticos informativos.		X
	SPRL: información preventiva periódica sobre el riesgo de agresiones.	X	
Información a los usuarios	Plan de comunicación externo.		X
	Web del Servicio de Salud.		X
	Trípticos informativos		X
	Campañas de sensibilización.		X

COMENTARIOS

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (información a los trabajadores)

1	2	3	4
	X		

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (información a los usuarios)

1	2	3	4



NÚMERO TOTAL DE AGRESIONES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AÑO					
TOTAL	2008	2009	2010	2011	2012
	30	58	43	30	51



CUESTIONARIO COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA
GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES - MESA TÉCNICA - II
“ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA”

1. MEDIDAS NORMATIVAS			
¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO
Plan de Prevención específico de agresiones.		X	
Normativa autonómica.			
Normativa interna (Resoluciones, circulares, convenios, protocolos de actuación).		X	
Cooperación con las Organizaciones Profesionales (especificar en apartado de comentarios).			X
Otras (especificar en apartado de comentarios).			
COMENTARIOS			
Plan de Prevención de Agresiones a los profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia (2005). Resolución por la que se constituye la Comisión de Seguimiento del Plan de Agresiones (2006). Protocolo marco de actuación ante agresiones en Centros de Atención Primaria (2007). Convenio de colaboración para el establecimiento de cauces de comunicación y protocolos de actuación entre la Fiscalía de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud (2010).			
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas			
	1	2	3
			X

2. MEDIDAS ORGANIZATIVAS			
¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO
Medidas generales	Registro de agresiones.	X	
	Observatorio de agresiones (especificar en apartado de comentarios).		X
	Investigación de las agresiones.	X	
	Identificación de agresores (reincidentes).	X	
	Reasignar a los usuarios con antecedentes violentos.	X	
	Mejora de los circuitos asistenciales (especificar en apartado de comentarios).	(*)	
Medidas individuales	Encuesta de satisfacción.		X
	Atención psicológica.	X	
	Asistencia jurídica.	X	
	Cartas a los agresores.	X	
COMENTARIOS			
(*) No existe una iniciativa a nivel central de mejora de circuitos para prevenir agresiones específicamente, aunque cada Gerencia ha podido desarrollar acciones de mejora en este campo.			
VALORACIÓN			
Grado de eficacia de estas medidas (medidas generales)			
	1	2	3
			X
VALORACIÓN			



Grado de eficacia de estas medidas (medidas individuales)			
1	2	3	4
		X	

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD												
¿Están implantadas estas medidas?			SI	NO								
Administrativas	Protocolos de actuación.		X									
	Protocolos de colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.		X									
Centro sanitario	Personal de seguridad.		X									
	Dispositivos de alarma.		X									
	Botón antipánico.		X									
	Videocámaras de vigilancia.		X									
	Mamparas protectoras.		X									
	Salidas alternativas en las consultas.		X									
	Adecuación de infraestructuras (especificar en apartado de comentarios).											
Atención domiciliaria	Asistencia al paciente se realiza acompañado/a.		(*)									
	Teléfono móvil.		(*)									
COMENTARIOS												
(*) Respecto a la atención domiciliaria, no existe una instrucción central que exija que se realice acompañado y con teléfono móvil, aunque a nivel local puede haber implantados protocolos que así lo establezcan.												
VALORACIÓN												
Grado de eficacia de estas medidas (administrativas)												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					1	2	3	4			X	
1	2	3	4									
		X										
VALORACIÓN												
Grado de eficacia de estas medidas (centro sanitario)												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					1	2	3	4			X	
1	2	3	4									
		X										
VALORACIÓN												
Grado de eficacia de estas medidas (atención domiciliaria)												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					1	2	3	4			X	
1	2	3	4									
		X										



4. MEDIDAS FORMATIVAS					
¿Están implantadas estas medidas?				SI	NO
Formación presencial.				X	
Formación on-line.				X	
Formación específica a grupos de riesgo en atención primaria.				X	
Formación específica a grupos de riesgo en atención especializada.					X
COMENTARIOS					
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas					
	1	2	3	4	
				X	

5. MEDIDAS INFORMATIVAS					
¿Están implantadas estas medidas?				SI	NO
Información a los trabajadores	Plan de comunicación interno.				X
	Plan de acogida a los nuevos profesionales.			X	
	Intranet / Web del Servicio de Salud.			X	
	Trípticos informativos.			X	
SPRL: información preventiva periódica sobre el riesgo de agresiones.				X	
Información a los usuarios	Plan de comunicación externo.				X
	Web del Servicio de Salud.				X
	Trípticos informativos				X
	Campañas de sensibilización.				X
COMENTARIOS					
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas (información a los trabajadores)					
	1	2	3	4	
			X		
VALORACIÓN					
Grado de eficacia de estas medidas (información a los usuarios)					
	1	2	3	4	



NÚMERO TOTAL DE AGRESIONES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AÑO					
TOTAL	2008	2009	2010	2011	2012
	243	298	296	242	204

Nota: la valoración de la eficacia no se ha realizado en base a la disminución del número de agresiones provocado por la medida, sino que es una valoración general basada en la opinión de los agredidos y la experiencia de las personas que trabajamos en la prevención de agresiones.



**CUESTIONARIO COMUNIDAD AUTÓNOMA DE VALENCIA
GRUPO DE TRABAJO DE AGRESIONES A PROFESIONALES - MESA TÉCNICA - II
“ANÁLISIS DE MEDIDAS ADOPTADAS Y SU EFICACIA”**

1. MEDIDAS NORMATIVAS

¿Están implantadas estas medidas?	SI	NO
Plan de Prevención específico de agresiones.	X	
Normativa autonómica.	X	
Normativa interna (Resoluciones, circulares, convenios, protocolos de actuación).	X	
Cooperación con las Organizaciones Profesionales (especificar en apartado de comentarios).		X
Otras (especificar en apartado de comentarios).		X

COMENTARIOS

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas

1	2	3	4
		X	

2. MEDIDAS ORGANIZATIVAS

¿Están implantadas estas medidas?	SI	NO	
Medidas generales	Registro de agresiones.	X	
	Observatorio de agresiones (especificar en apartado de comentarios).	X	
	Investigación de las agresiones.	X	
	Identificación de agresores (reincidentes).	X	
	Reasignar a los usuarios con antecedentes violentos.	X	
	Mejora de los circuitos asistenciales (especificar en apartado de comentarios).		X
Medidas individuales	Encuesta de satisfacción.		X
	Atención psicológica.	X	
	Asistencia jurídica.	X	
	Cartas a los agresores.	X	

COMENTARIOS

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (medidas generales)

1	2	3	4
			X



VALORACIÓN				
Grado de eficacia de estas medidas (medidas individuales)				
1	2	3	4	
			X	

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD			
¿Están implantadas estas medidas?		SI	NO
Administrativas	Protocolos de actuación.	X	
	Protocolos de colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.		X
Centro sanitario	Personal de seguridad.	X	
	Dispositivos de alarma.	X	
	Botón antipánico.	X	
	Videocámaras de vigilancia.	X	
	Mamparas protectoras.	X	
	Salidas alternativas en las consultas.	X	
	Adecuación de infraestructuras (especificar en apartado de comentarios).		X
Atención domiciliaria	Asistencia al paciente se realiza acompañado/a.		X
	Teléfono móvil.		X

COMENTARIOS

--

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (administrativas)				
1	2	3	4	
			X	

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (centro sanitario)				
1	2	3	4	
			X	

VALORACIÓN

Grado de eficacia de estas medidas (atención domiciliaria)				
1	2	3	4	



4. MEDIDAS FORMATIVAS						
¿Están implantadas estas medidas?					SI	NO
Formación presencial.					X	
Formación on-line.						X
Formación específica a grupos de riesgo en atención primaria.					X	
Formación específica a grupos de riesgo en atención especializada.					X	
COMENTARIOS						
VALORACIÓN						
Grado de eficacia de estas medidas						
	1	2	3	4		
			X			
5. MEDIDAS INFORMATIVAS						
¿Están implantadas estas medidas?					SI	NO
Información a los trabajadores	Plan de comunicación interno.				X	
	Plan de acogida a los nuevos profesionales.				X	
	Intranet / Web del Servicio de Salud.				X	
	Trípticos informativos.				X	
	SPRL: información preventiva periódica sobre el riesgo de agresiones.				X	
Información a los usuarios	Plan de comunicación externo.				X	
	Web del Servicio de Salud.				X	
	Trípticos informativos					X
	Campañas de sensibilización.					X
COMENTARIOS						
VALORACIÓN						
Grado de eficacia de estas medidas (información a los trabajadores)						
	1	2	3	4		
				X		
VALORACIÓN						
Grado de eficacia de estas medidas (información a los usuarios)						
	1	2	3	4		
			X			



NÚMERO TOTAL DE AGRESIONES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AÑO					
TOTAL	2008	2009	2010	2011	2012
	2	6	60	292	265

ANEXO II-D

Documentos de análisis interno de la eficacia de las medidas implantadas frente a las agresiones en las Comunidades Autónomas de Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, La Rioja, Murcia y Valencia

INFORME DE ANÁLISIS INTERNO DE LAS MEDIDAS INTRODUCIDAS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

NORMATIVA

1. Con objeto de promover la seguridad y salud de los trabajadores en relación con las agresiones sufridas por los trabajadores en el desempeño de sus tareas, en la reunión ordinaria de la Comisión Sectorial de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Salud y Consumo, celebrada el 30 de mayo del 2006, se aprobó el Plan de Prevención contra la violencia en el lugar de trabajo (en adelante PPV), que se implantó al día siguiente para todos los trabajadores del Departamento y Organismo Públicos, entre ellos el Servicio Aragonés de Salud.

2. Recientemente se ha remitido a las Cortes de Aragón el Anteproyecto de Ley de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón, para su tramitación. Se trata de una Ley estructurada en dos capítulos, una disposición adicional, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales. Asimismo, incorpora un Anexo en el cual se detallan las categorías profesionales del Sistema Público Sanitario y Social de Aragón, que tendrán consideración de autoridad pública a efectos de la misma y que gozarán de la presunción de veracidad en sus informes y declaraciones, así como de la protección reconocida en el ordenamiento jurídico.

MEDIDAS ORGANIZATIVAS

En el punto 4 del PPV se contempla la evaluación de los factores de riesgo de violencia en el lugar de trabajo, entre los que se encuentran las personas que trabajan solas o en contacto con el público o los pacientes, así como el entorno físico del puesto de trabajo. Además, se proponen medidas preventivas generales para su control.

En el punto 5 se establecen las pautas de actuación en caso de agresión, entre las que se incluye la solicitud de auxilio, la asistencia médica y documentación de lesiones, la comunicación del incidente o agresión, el apoyo jurídico y psicológico y el registro de las agresiones.

Además, en los Anexos se incluye el Diagrama de flujo del plan, el impreso de declaración de la agresión, el modelo de comunicación del hecho al juzgado de instrucción, el manifiesto de rechazo de la violencia dirigido al agresor y el modelo de manifiesto dirigido al agredido.

REGISTRO DE AGRESIONES

En el Anexo II del PPV se establece un formulario de declaración de la agresión, que, tras seguir el procedimiento establecido, remite al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, que procede a su registro informático, en el que se incluyen todos los datos específicos de cada incidente violento, así como el tipo de agresión, la investigación realizada y las posibles medidas a adoptar.

ESTUDIO DE LAS AGRESIONES: COMISIÓN SECTORIAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL DEPARTAMENTO

Anualmente, se presenta a la Comisión Sectorial de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento, órgano paritario de participación, el estudio y memoria de agresiones producidas cada

año, que contempla el número de agresiones, el lugar en el que se han producido (Centro de Salud, Hospital, Servicio de Psiquiatría o Domicilio del paciente), el tipo de agresión (física, verbal, psicológica o daños a la propiedad) y las categorías profesionales afectadas (Médico/a, enfermero/a, auxiliar Sanitario y Otros), tanto por Sector Sanitario como a nivel global.

Los datos correspondientes al 2012 son los siguientes:

Nº total de agresiones: 126		
Lugar	Tipo	Categoría profesional
31 en Centros de Salud 75 en Hospitales 25 en Psiquiatría	49 verbal y psicológica 7 psicológica 35 físicas 33 verbal 2 daño a la propiedad	28% médico/a 24% enfermero/a 30% auxiliares de enfermería 18 Otros

APOYO PSICOLÓGICO

En el punto 5.5 del PPV se contempla el apoyo psicológico ofrecido al trabajador agredido, que se inicia con la intervención del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, y caso de que sea necesario, se le gestiona la ayuda profesional pertinente.

APOYO JURÍDICO

En el punto 5.6 del PPV se contempla el apoyo jurídico al agredido, en el caso de que se haya denunciado la situación al juzgado. En ese caso, el trabajador recibe asistencia letrada, siempre que así lo solicite, ya que hay afectados que prefieren acudir a su colegio profesional. Del total de agresiones del 2012, únicamente han solicitado asistencia jurídica 3 trabajadores.

CAMPAÑAS INFORMATIVAS Y DE SENSIBILIZACIÓN

Una vez aprobado el PPV, se distribuyó por todos los centros de trabajo, junto de un tríptico informativo que lo resumía, dando amplia difusión del mismo para que todos los trabajadores lo conocieran. Seguidamente, se procedió a dar cursos de formación al respecto en todos los sectores sanitarios, y en la actualidad, en el Plan anual de formación también se contempla esta formación. Además, durante varios años estuvo colgado en la página principal del Portal del Empleo, a la que acceden todos los empleados públicos del Gobierno de Aragón.

En estos momentos, está colgado en la Intranet de cada Sector Sanitario, a disposición de todos los trabajadores del Servicio Aragonés de Salud.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

El punto 5.1 del PPV contempla como medida activa la de que el trabajador afectado haga uso de los sistemas de seguridad y aviso que tenga a su alcance (timbres, alarmas, localizadores personales...), con el fin de dar a conocer su situación. Además, solicitará ayuda a un compañero y/o al vigilante de seguridad y, en función de la gravedad de la agresión, se alertará a las fuerzas y cuerpos de seguridad externos como policía local, guardia civil, etc.

En los distintos centros de trabajo se van implementando las diversas medidas de seguridad propuestas por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, entre las que se encuentra la im-

plantación de medidas pasivas en los centros que no disponen de ellas, como mamparas de cristal en mostradores, timbres de alarma, cámaras de vigilancia en plantas de psiquiatría, etc., si bien aún hay centros que carecen de ellas.

SEGUIMIENTO DEL PLAN

Desde su implantación, en el año 2006, se ha observado que las agresiones se comunican más y que poco a poco se van reduciendo. Además, los trabajadores afectados agradecen el apoyo ofrecido.

INFORME DE ANÁLISIS INTERNO DE LAS MEDIDAS INTRODUCIDAS EN EL SERVICIO CANARIO DE SALUD

En relación a las agresiones sufridas por los profesionales Sanitarios en la Comunidad Autónoma de Canarias las distintas Direcciones-Gerencias y Gerencias del Servicio Canario de la Salud, ajustándose al plan de prevención implantado, adoptaron una serie de medidas, obteniéndose distintos grados de eficacia.

Así, en líneas generales, las medidas adoptadas y la valoración de su eficacia se puede resumir de la siguiente forma:

1. MEDIDAS NORMATIVAS:

En la Comunidad Autónoma de Canarias, se implantó el denominado “*Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de la Salud*”.

El 8 de noviembre de 2007, en ejecución del citado Plan, se suscribió un Convenio de Colaboración entre la Consejería de Sanidad y el Consejo Canario de Colegios de Abogados, para la prestación del servicio de Asistencia Jurídica Especializada al personal del Servicio Canario de la Salud en caso de agresión derivada del ejercicio de sus funciones, procedente de los usuarios de los servicios sanitarios, que comprende:

- Asesoramiento y orientación en materia civil y penal sobre cuestiones relacionadas o derivadas de la situación de agresión sufrida en el ejercicio de sus funciones como personal del SCS, procedente de los usuarios de los servicios sanitarios.
- Prestación del servicio de asistencia letrada en los procedimientos judiciales (civiles o penales que el trabajador decida iniciar, así como en los iniciados de oficio por el Juzgado a raíz de los partes de lesiones o de atestados judiciales.

GRADO DE EFICACIA DE LAS MEDIDAS NORMATIVAS:

El grado de eficacia de las medidas normativas adoptadas ha sido valorado con un 3 por considerar que a pesar de haber sido un paso importante la firma del Convenio, este depende de un presupuesto anual al que ajustarse, que puede no ser presupuestado al año siguiente y que existen procesos que requieren procedimientos distintos, por ejemplo la intervención de un procurador, que no están contemplados en los gastos del Convenio.

2. MEDIDAS ORGANIZATIVAS:

Las medidas organizativas implantadas están especificadas en la encuesta y divididas en dos grupos: generales e individuales.

GRADO DE EFICACIA DE LAS MEDIDAS ORGANIZATIVAS:

El grado de eficacia de las medidas organizativas generales ha sido valorado con un 3 por considerar que, a pesar de su eficacia, podrían mejorarse con un observatorio que permitiese conocer

los incidentes violentos de los Centros que no pertenecen al Servicio Canario de la Salud, o con más recursos para mejorar los circuitos asistenciales, e incluso conocer la satisfacción de trabajadores y usuarios con una encuesta de satisfacción.

Respecto a las medidas organizativas individuales, sería conveniente conocer si estas medidas satisfacen al trabajador agredido mediante alguna encuesta o entrevista personal, por este motivo se valoró con un 3 el grado de eficacia.

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD:

La implantación de medidas de seguridad administrativas en el centro sanitario y en atención domiciliaria varía según los lugares de trabajo y las Centros Directivos lo que hace difícil valorar el grado de eficacia sin un estudio pormenorizado de cada centro.

GRADO DE EFICACIA DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD:

Teniendo en cuenta las peculiaridades de cada centro, valoramos las medidas de seguridad implantadas con un 3, las que se han implantado han sido eficaces hasta el momento pero puede que necesiten mejorar o implantar más medidas en otros centros que hasta ahora no las han necesitado.

4. MEDIDAS FORMATIVAS:

La formación implantada tiene una metodología presencial, lo que limita el número de trabajadores que pueden asistir. Esto, unido a la voluntariedad de asistencia y la falta de interés por la formación de los trabajadores, hace que estas medidas sean poco eficaces.

GRADO DE EFICACIA DE LAS MEDIDAS FORMATIVAS:

Se ha valorado la eficacia de las medidas formativas con un 2 por la escasa participación de los trabajadores en las acciones formativas ofertadas.

1. MEDIDAS INFORMATIVAS:

Se han implantado todas las medidas informativas a los trabajadores relacionadas en el cuestionario.

De las medidas informativas a los usuarios relacionadas en el cuestionario, no se ha implantado ninguna.

GRADO DE EFICACIA DE LAS MEDIDAS INFORMATIVAS:

El grado de eficacia de las medidas de información a los trabajadores se ha valorado con un 3, y aunque puede mejorar, se ha logrado una buena información a los trabajadores.

Por el contrario, al no haber implantado ninguna medida de información a los usuarios su grado de eficacia es un 1.

NÚMERO TOTAL DE AGRESIONES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS.

A lo largo del periodo valorado del 2008 al 2012, el número de comunicaciones remitidas desde las Direcciones-Gerencias y Gerencias del SCS a la Dirección General de Recursos Humanos del SCS, donde se lleva el registro de las agresiones, no ha sufrido variaciones significativas, excepto en el año 2012 en el que se comunicaron 295, un 10% más respecto al año 2008, (268).

DOCUMENTO DE ANALISIS SOBRE LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS IMPLANTADAS EN CASTILLA – LA MANCHA FRENTE A LAS AGRESIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

NORMATIVA.

La norma o herramienta principal que sustenta la mayor parte de las medidas en EL Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, es El Plan Director de Seguridad Corporativa y Protección del Patrimonio del Sescam, Plan Perseo, presentado en marzo de 2005 y que integra la prevención, la protección y la acción frente a la violencia de la naturaleza que sea y no solo la dirigida hacia los trabajadores sino también hacia los usuarios, estructuras y bienes del Sescam.

Este Plan se concreta mediante una serie de normas y procedimientos específicos que son los encargados de actuar en la prevención, protección y acción ante los sucesos conflictivos.

Perfeccionando su ejecución, con una mayor concreción en algunos temas consideramos que puede ser suficiente y muy eficaz si se aplica en toda su dimensión. Es un Plan muy completo e integral, que incluye: Procedimiento de Registro de Episodios Violentos, Procedimiento de Actuación ante una situación de violencia, Procedimiento de Resolución de Conflictos, Procedimiento de Identificación de necesidades formativas para la prevención y actuación frente a la violencia en el trabajo y Procedimiento de Mediación en la resolución de conflictos entre usuarios y profesionales para los servicios de información y atención al usuario. Se complementa con varias Circulares sobre instrucciones de estos Procedimientos.

Actualmente estamos en proceso de revisión de estos mecanismos con el fin de mejorarlos.

Por ello, nuestra valoración es alta.

MEDIDAS ORGANIZATIVAS.

La mayor parte de ellas, tanto las generales como las individuales, están contempladas en el propio Plan Perseo. Necesitan la implicación de todos los agentes implicados y esto a veces es difícil de conseguir.

Los informes que elaboramos, a nivel trimestral y anual, tomando como punto de partida los datos aportados por nuestro Registro de Episodios Conflictivos, son muy útiles de cara a la eficacia de la prevención porque de ellos se extraen conclusiones sobre la incidencia de los episodios, se puede establecer un mapa de riesgos y este es importante a la hora de tomar medidas preventivas en materia de seguridad.

Entre las medidas organizativas, nos faltaría incluir: recoger las opiniones de los profesionales mediante encuestas de satisfacción, al objeto de poder utilizar las mismas dentro de un proceso de retroalimentación en la valoración de la eficacia de las medidas implantadas y generalizar la carta a los agresores a nivel regional.

Nuestra valoración es alta, pero mejorable en los aspectos indicados.

MEDIDAS DE SEGURIDAD.

Todas ellas están contempladas en un Plan denominado Catalejo, que a su vez se engloba, a partir del año 2007, en el Plan Perseo. Incluye: Servicios de Televigilancia, Localización y posicionamiento global (GPS), Servicio de Vigilancia y Seguridad Presencial, Formación del Personal y Gestión de la Información. Actualmente este Plan está en revisión ya que se ha descentralizado en las Gerencias respectivas la competencia sobre la seguridad de los Centros y de los Profesionales.

Salidas alternativas en las consultas y las mamparas protectoras son medidas que no están generalizadas en todos los centros. En cuanto a los localizadores o gps, se han suprimido desde hace un año, porque se ha comprobado su nula utilización. La seguridad presencial ha disminuido por los recortes presupuestarios.

Tendríamos que valorar la adecuación de infraestructuras para adaptarlas a la prevención de la violencia.

Habría que favorecer la extensión del protocolo de colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado a nivel autonómico, no existente en nuestra Comunidad.

Como hay medidas que incluir o mejorar la valoración en este apartado sería media.

MEDIDAS FORMATIVAS.

En los primeros años de la puesta en marcha del Plan Perseo, 2005 – 2009, se hicieron cursos de formación tanto en Atención Primaria como Especializada, de forma generalizada y todos ellos presenciales, pero últimamente la formación en esta materia ha disminuido e insuficiente.

Consideramos muy conveniente la apuesta por la formación on-line que favorecería la difusión a un mayor número de trabajadores, especialmente a los trabajadores de Atención Primaria, que por su importante dispersión presentan mayor dificultad en el acceso a la formación presencial.

MEDIDAS INFORMATIVAS.

Cuando se presentó el Plan Perseo, año 2005, se hizo un gran despliegue informativo del mismo. Hasta el año 2009 se hicieron campañas de divulgación. Pero desde entonces no se ha hecho ningún recordatorio. Sabemos que las medidas contempladas son más conocidas en el ámbito de la Especializada que en los Centros de Atención Primaria, donde hay más dispersión, especialmente en el ámbito rural.

Otro aspecto de mejora, en nuestro caso, sería la realización de campañas divulgativas de información sobre los usuarios, no realizadas hasta la fecha, no obstante para mejorar la eficiencia de las medidas podrían ser Campañas informativas a nivel nacional.

Internamente, consideramos necesario, coincidiendo con el Informe que va a elaborar el Ministerio, a instancias del Senado, proponer una nueva campaña de difusión del Plan, dirigida tanto a profesionales como usuarios.

Actualmente, se está trabajando específicamente sobre la información y formación de los Mandos Intermedios, que consideramos piezas clave en esta materia.

Y una reflexión, a mayor conocimiento y eficacia del Plan pensamos que mayor puede ser el número de personas que lo utilizan y por tanto los registros pueden aumentar. Por ello, en este caso no nos parece apropiado utilizar el descenso de los registros como índice para medir la eficacia de estas medidas.

Nuestra valoración, al ser en un tema prioritario al hablar de prevención, y con un importante nivel de mejora, es medio-baja.

ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS FRENTE A LAS AGRESIONES AL PROFESIONAL EN EL SERVICIO RIOJANO DE SALUD

1.- MEDIDAS NORMATIVAS:

En La Rioja, por Resolución del Consejero de Salud y Consumo de 19 de junio de 2008, se aprobó un Plan de Prevención de agresiones al profesional del Servicio Riojano de Salud, cuya elaboración se llevó a cabo en un grupo de trabajo en el que participaron profesionales sanitarios de los colectivos más afectados como Urgencias, Atención Primaria y Salud Mental, junto con representantes de las organizaciones sindicales y del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL). El Plan tiene un enfoque eminentemente preventivo, definiendo en primer lugar una serie de medidas de seguridad, estructurales y organizativas, encaminadas a garantizar mayor seguridad al profesional y, en segundo lugar, un procedimiento de actuación ante una situación conflictiva.

La coordinación de este Plan se asignó al SPRL y se constituyó una Comisión de Seguimiento, presidida por la Dirección General de Recursos Humanos e integrada también por representantes de los colectivos más afectados (responsables de los Servicios de Urgencias, Salud Mental, Dirección de Atención Primaria y Dirección de Atención Especializada y SPRL). En ella se analizan de forma periódica los incidentes registrados y se valoran las medidas de prevención o de control propuestas.

Por acuerdo de esta Comisión, se elaboró un Protocolo de actuación ante un incidente con el objetivo de definir de forma más clara los pasos a seguir ante una agresión, especificando las funciones y responsabilidades de los diferentes servicios implicados (SPRL, Urgencias, Mutua de AT y EP, Asesoría Jurídica, Salud Mental).

La elaboración de este protocolo conllevó su revisión por parte de la Asesoría Jurídica del Gobierno de la Rioja que dictó una Circular sobre asistencia letrada de urgencia al personal de la Comunidad Autónoma de La Rioja (Circular 2/2009 de 29 de octubre de la Dirección General de los Servicios Jurídicos).

Con posterioridad, año 2010, se firmaron sendos Convenios de colaboración entre la Consejería de Salud y los Colegios Oficiales de Médicos y de Enfermería de La Rioja constituyéndose el denominado Observatorio Autonómico de Prevención de Agresiones al profesional sanitario cuya función es analizar en profundidad el problema y elaborar las recomendaciones pertinentes para su erradicación, asumiendo las funciones de la Comisión de Seguimiento del propio Plan de prevención de agresiones.

La eficacia de las medidas normativas implantadas en La Rioja se podría calificar de **alta o muy alta** puesto que han supuesto un cambio radical en el tratamiento dado hasta ese momento a la problemática laboral de la violencia externa. Demostrando un compromiso claro por parte de la empresa, representada por el propio Consejero de Salud que firma el Plan de Prevención de Agresiones y la presencia de la Dirección en la Comisión de Seguimiento del Plan, avalando e impulsando todas las actuaciones adoptadas.

Asimismo, el compromiso de las organizaciones colegiales ha supuesto una alianza positiva para el sistema sanitario mejorando la difusión del Plan entre los profesionales y facilitando en la práctica actuaciones como la defensa jurídica del agredido en caso de denuncias.

En este sentido, y aun cuando no se ha llevado a cabo una encuesta de satisfacción entre los trabajadores del sistema sanitario de La Rioja, se viene constatando la percepción positiva que éstos tienen de la puesta en marcha del Plan de Prevención de Agresiones a través de manifestaciones de los representantes sindicales, de mandos intermedios y de los propios afectados por incidentes violentos.

2.- MEDIDAS ORGANIZATIVAS:

Una de las primeras medidas adoptadas, anterior incluso a la aprobación formal del Plan de Prevención de Agresiones, fue la creación de un Registro de Agresiones, centralizado en el SPRL, con el objetivo de conocer la realidad de la violencia externa que sufren los trabajadores del servicio Riojano de Salud, identificando los centros, servicios o unidades de mayor conflictividad, así como las causas o circunstancias que más frecuentemente se relacionan con estas conductas violentas.

La investigación de las agresiones se viene haciendo de forma sistemática por el SPRL desde el inicio del Plan, emitiéndose informes de análisis de estos incidentes con recomendaciones preventivas que se remiten a la Dirección correspondiente, entre las que se incluyen medidas como la reasignación de cupo al usuario agresor, cartas a los agresores recordándoles la obligación legal de mantener el debido respeto hacia los profesionales sanitarios (ley de salud de La Rioja), así como la dotación de medidas de seguridad activa o pasiva como la presencia de vigilantes en el centro, colocación de mamparas en zonas administrativas, etc.

La atención psicológica y jurídica se pone a disposición de la víctima de una agresión, en todos los casos.

La eficacia de las medidas organizativas generales como el registro de agresiones podría calificarse como **alta** a la vista de los incidentes registrados en los años de vigencia del Plan, entendiendo que el incremento significativo del nº de incidentes registrados en el año 2009 es reflejo de la difusión inicial del Plan entre los trabajadores.

Por otro lado, la existencia del registro y la investigación de los incidentes nos han permitido identificar centros de especial conflictividad y poner en marcha medidas de seguridad. Como ejemplos, se detectó especial conflictividad en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Logroño y en la zona de Admisión del Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño. Al primero se le dotó de vigilante de seguridad nocturno y en el Centro de Salud se ha instalado una mampara acristalada en Admisión.

En cuanto a **la eficacia de medidas organizativas individuales** como la Atención psicológica, la calificaría de **baja**, aunque realmente no viene siendo necesaria en la mayoría de los casos; pero su tramitación debe seguir los circuitos asistenciales generales de atención en salud mental de La Rioja, admitiéndose únicamente la derivación preferente desde el SPRL a la Unidad de Salud Mental de referencia del trabajador. La eficacia de la asistencia jurídica ha mejorado, sobre

todo en rapidez, con la colaboración de los colegios profesionales y recientemente se presta también a través del Seguro de Responsabilidad civil del SERIS.

3.- MEDIDAS DE SEGURIDAD

El Protocolo de actuación ante una agresión se aplica en todos los casos notificados y **su eficacia** puede considerarse **alta** desde el punto de vista de que se presta una atención adecuada al trabajador víctima de agresión, centralizada en el SPRL (atención sanitaria y psicológica si lo requiere, asesoramiento jurídico...). No obstante, esta eficacia es relativa si no está llegando a todos los trabajadores que sufren actos de violencia por desconocimiento del procedimiento considerando necesario potenciar su difusión.

Respecto a las medidas de seguridad adoptadas, aun cuando en algunos casos no son específicas para la prevención de agresiones sino que están integradas en la propia seguridad de los centros sanitarios (alarmas, videocámaras, vigilantes) **la eficacia** las mismas puede considerarse **muy alta**, sobre todo desde el punto de vista de la percepción que los trabajadores tienen sobre ellas, siendo muy bien valoradas porque transmiten seguridad y de hecho son las medidas más demandadas por los propios afectados por incidentes violentos que reclaman de forma reiterada la presencia de vigilantes en sus centros de trabajo, la colocación de mamparas, etc.

4.- MEDIDAS FORMATIVAS

La eficacia de la formación impartida a los trabajadores es difícil de medir objetivamente. Podríamos considerar como un indicador indirecto de su **alta** eficacia el hecho de que es una de las demandas planteadas por los representantes de los trabajadores en los planes formativos anuales.

5.- MEDIDAS INFORMATIVAS

La eficacia de las medidas informativas desarrolladas hacia los trabajadores en La Rioja la considero **baja**, desde el punto de vista del desconocimiento manifestado todavía por éstos cuando han sido víctimas de una agresión: “desconocían la existencia del Plan y del Protocolo de actuación hasta el incidente sufrido y les ha informado un compañero o el superior Jerárquico”.

Sin embargo esta baja eficacia no debe llevarnos a desactivar este tipo de medidas informativas sino todo lo contrario, evidencia la necesidad de poner en marcha un plan de comunicación interna así como iniciar actuaciones de información hacia los usuarios en esta comunidad autónoma.

INFORME SOBRE MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE AGRESIONES ADOPTADAS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y ANÁLISIS DE SU EFICACIA

El presente informe ha sido elaborado para la Mesa Técnica II del grupo de trabajo para la prevención de agresiones constituido en el Ministerio de Sanidad. En él se describen someramente las medidas adoptadas para prevenir agresiones a los profesionales, siguiendo la clasificación acordada en dicha mesa técnica, y se hace una valoración de la utilidad y eficacia de las mismas.

1. MEDIDAS NORMATIVAS

Plan de Prevención específico de agresiones.

Normativa autonómica.

Normativa interna (Resoluciones, circulares, convenios, protocolos de actuación).

Cooperación con las Organizaciones Profesionales

Otras.

Plan de Prevención de Agresiones a los profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia (2005)

La elaboración de Plan de Agresiones a los profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia, aprobado en Julio de 2005, resultó muy eficaz para tomar conciencia de la necesidad de acometer medidas que abordan en creciente problema de las agresiones a los profesionales sanitarios.

Constitución de una Comisión de Seguimiento del Plan de Agresiones (2006)

La Comisión de Seguimiento ha permitido establecer un foro de comunicación entre los estamentos implicados en la Prevención de Agresiones dentro del Servicio Murciano de Salud, en el que compartir experiencias y dificultades y proponer medidas de mejora.

Protocolo marco de actuación ante agresiones en Centros de Atención Primaria (2007)

El protocolo marco de actuación ante agresiones en Centros de Atención Primaria ha servido de modelo para que cada centro elabore su propio protocolo interno de actuación.

Convenio de colaboración para el establecimiento de cauces de comunicación y protocolos de actuación entre la Fiscalía de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud (2010)

El convenio de colaboración con la Fiscalía, que permite que la denuncia se realice desde el Servicio Murciano de Salud, y que el agredido no tenga que aportar datos de domicilio, ha propiciado que los trabajadores denuncien cada vez más las agresiones. A esto también ha contribuido la

instrucción de la Fiscalía General de Estado que propicia que las agresiones a personal sanitario se puedan considerar delito de atentado contra funcionario público, lo que ha aumentado las penas.

2. MEDIDAS ORGANIZATIVAS

<p><i>Medidas generales</i></p>	<p><i>Registro de agresiones.</i></p> <p><i>Observatorio de agresiones (especificar en apartado de comentarios).</i></p> <p><i>Investigación de las agresiones.</i></p> <p><i>Identificación de agresores (reincidentes).</i></p> <p><i>Reasignar a los usuarios con antecedentes violentos.</i></p> <p><i>Mejora de los circuitos asistenciales (especificar en apartado de comentarios).</i></p> <p><i>Encuesta de satisfacción.</i></p>
<p><i>Medidas individuales</i></p>	<p><i>Atención psicológica.</i></p> <p><i>Asistencia jurídica.</i></p> <p><i>Cartas a los agresores.</i></p>

Medidas Generales

Registro informático de agresiones (2006)

El registro informático de agresiones se realiza a través de la intranet del Servicio Murciano de Salud. Cualquier trabajador puede registrar una agresión, que posteriormente es validada por un superior. Las agresiones registradas llegan inmediatamente al Servicio de Prevención, coordinadores del Plan de Agresiones, Servicio Jurídico y directivos de la Gerencia correspondiente.

Este sistema de registro ha demostrado ser una herramienta muy eficaz para conocer de manera inmediata los episodios violentos que se producen, y por otro lado para dimensionar adecuadamente la problemática existente a través de los mapas de riesgos que se realizan cada 6 meses. Sin embargo, su implantación produjo un aumento en el registro de agresiones, debida en nuestra opinión a la facilidad con que cualquier trabajador podía realizar dicho registro.

Investigación agresiones

Las agresiones son investigadas por los Coordinadores del Plan de Agresiones. Además, cuando han existido daños a la salud, se emite parte de accidente de trabajo y el Servicio de Prevención realiza una investigación adicional. En ambos casos, se proponen medidas preventivas. No se dispone en estos momentos de un registro completo de las medidas preventivas que se han tomado en las Gerencias tras cada agresión.

Identificación agresores reincidentes

La identificación de los agresores reincidentes ha sido un asunto objeto de debate en la Comisión de Seguimiento del Plan de Agresiones en varias ocasiones. Los programas informáticos de Historia Clínica permiten la anotación de los episodios violentos protagonizados por el paciente, pero esta información es de acceso restringido. La implantación de un sistema más general de identificación de agresores suscita reservas de tipo jurídico e incluso ético. Creemos que podría ser un sistema muy eficaz para establecer protocolos especiales de actuación ante personas con antecedentes agresivos, pero debería salvaguardar los derechos del paciente.

Reasignación de usuarios con antecedentes violentos.

La reasignación de usuarios con antecedentes violentos se puede realizar con facilidad en caso de médicos de familia (cambio de médico del paciente). Sin embargo, para el resto de profesionales no es posible tan fácilmente. Por otro lado, el cambio de centro del usuario tampoco se está realizando, salvo que exista orden judicial de alejamiento, ya que jurídicamente es complejo pues puede entrar en conflicto con el derecho del usuario a la asistencia sanitaria dentro de su zona de salud. Creemos que es una medida eficaz, pero tendría que regularse específicamente para que se pueda realizar en todos los casos.

Mejora de circuitos asistenciales

Respecto a la mejora de circuitos asistenciales, no tenemos un registro de las actuaciones de este tipo que se han llevado a cabo específicamente para prevenir agresiones. No obstante, consideramos que puede ser una medida muy eficaz para prevenir situaciones de conflicto.

Medidas individuales

Atención Psicológica

La atención psicológica, cuando se precisa, es proporcionada por la Mutua de Accidentes de Trabajo, previa gestión a través del Servicio de Prevención. Aunque afortunadamente no son muchos los trabajadores que la han precisado, creemos que es una medida muy necesaria y eficaz.

Asistencia jurídica

La asistencia jurídica al agredido es una de las medidas del Plan de Agresiones que más se ha desarrollado, con la ampliación del contrato de seguro para que incluya la asistencia letrada en juicios. Cualquier trabajador que solicite asistencia jurídica es puesto en contacto con el Servicio Jurídico que le ayuda a interponer denuncia si lo desea, y solicita a la compañía de seguros asistencia letrada si se precisa. Los coordinadores del Plan de Agresiones se ocupan de acompañar al agredido durante todo el proceso.

El sentirse asesorados y respaldados en el proceso judicial, que siempre es complicado y desagradable para cualquiera, es una medida que los trabajadores agradecen mucho.

Envío de cartas a agresores

El envío de cartas a los agresores, o contacto con los mismos por otros medios, se ha realizado en contadas ocasiones, con resultados diversos. Sin embargo, es algo que muchos profesionales agredidos reclaman. Creemos que el contacto con el agresor es un campo a desarrollar, que puede dar buenos resultados en situaciones de conflicto que no han tenido consecuencias graves.

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD



<i>Administrativas</i>	<i>Protocolos de actuación.</i> <i>Protocolos de colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.</i>
<i>Centro sanitario</i>	<i>Personal de seguridad.</i> <i>Dispositivos de alarma.</i> <i>Botón antipánico.</i> <i>Videocámaras de vigilancia.</i> <i>Mamparas protectoras.</i> <i>Salidas alternativas en las consultas.</i> <i>Adecuación de infraestructuras (especificar en apartado de comentarios).</i>
<i>Atención domiciliaria</i>	<i>Asistencia al paciente se realiza acompañado/a.</i> <i>Teléfono móvil.</i>

Administrativas

Protocolos de actuación

Siguiendo el protocolo marco de actuación ante agresiones en Centros de Atención Primaria, en cada Centro de Salud se ha elaborado un protocolo de actuación interno ante situaciones conflictivas o agresiones. Esta medida nos parece muy eficaz, porque contribuye a que todos los trabajadores conozcan detalladamente que actuaciones tienen que hacer en caso de encontrarse con una situación violenta, tanto para prevenir que la situación vaya a más, como para actuar una vez se ha producido la agresión.

Protocolos de colaboración con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado

Se ha contactado con los concejales de seguridad ciudadana de cada ayuntamiento para solicitar el apoyo de las fuerzas de seguridad en la atención a personas con comportamientos previos violentos, pero no tenemos constancia de que esta colaboración se realice satisfactoriamente en todos los casos.

Centro sanitario

Personal de seguridad

La existencia de personal de seguridad es la medida de prevención más demandada por los profesionales agredidos de Atención Primaria. Sin embargo, aunque evidentemente puede tener efecto disuasorio, no impide el posible episodio agresivo dentro de una consulta a puerta cerrada. Es una medida indudablemente eficaz en el sentido de que hace que el profesional se sienta más seguro, pero quizá no tanto en impedir la agresión, todo ello sin entrar a valorar su alto coste.

Dispositivos de alarma y botón antipánico

Estos dispositivos han demostrado tener una relación coste/beneficio muy buena, especialmente el botón antipánico que se instala en los ordenadores. El profesional se siente más seguro, aunque es cierto que en algunos casos hemos recibido quejas porque no es fácil de activar en todas las situaciones (cuando no se está ante el ordenador).

Estas medidas se han incluido como criterio de diseño para todos los nuevos Centros de Atención Primaria.

Videocámaras de vigilancia

Aunque existen videocámaras de vigilancia en un gran número de centros sanitarios, no tenemos datos que permitan evaluar su eficacia como medida disuasoria, aunque sí pueden resultar útiles como medio probatorio en un juicio.

Mamparas protectoras

Aunque existen mamparas protectoras en algunos centros, no es una medida que se recomiende genéricamente por el Servicio de Prevención para prevenir agresiones.

Salidas alternativas en las consultas

Esta medida se ha incluido como criterio de diseño para todos los nuevos Centros de Atención Primaria. Nos parece muy útil en relación a su coste.

Atención domiciliaria

Asistencia al paciente se realiza acompañado y teléfono móvil

En el caso de servicios de urgencias, la asistencia se realiza en equipos, y se dispone de dispositivos de aviso (walkie-talkies).

En el caso de visitas domiciliarias de atención primaria, no existe ningún protocolo establecido a nivel institucional al respecto.

4. MEDIDAS FORMATIVAS

Formación presencial.

Formación on-line.

Formación específica a grupos de riesgo en atención primaria.

Formación específica a grupos de riesgo en atención especializada.

Formación presencial y formación on-line

Se desarrollan talleres presenciales para prevenir situaciones de hostilidad y para hacer frente a agresiones. Asimismo, se ha puesto en marcha en 2012 un curso on-line de gestión de la hostilidad.

Tanto la formación presencial como la formación on-line se consideran muy eficaces si atendemos a buena valoración que los alumnos hacen de las mismas. Sin embargo, cuando no es obligatoria el número de inscripciones no es elevado.

Además, en el curso básico de Prevención de Riesgos Laborales on-line se contempla la prevención de agresiones.

Formación específica a grupos de riesgo en Atención Primaria

Se realizó un proyecto piloto de formación “in-situ” al personal de los centros de salud, en las últimas horas de la jornada laboral. Si bien la valoración por parte de los alumnos fue buena, existieron dificultades para la asistencia debido a los imprevistos de la actividad del centro.

5. MEDIDAS INFORMATIVAS

<p><i>Información a los trabajadores</i></p>	<p><i>Plan de comunicación interno.</i></p> <p><i>Plan de acogida a los nuevos profesionales.</i></p> <p><i>Intranet / Web del Servicio de Salud.</i></p> <p><i>Trípticos informativos.</i></p> <p><i>SPRL: información preventiva periódica sobre el riesgo de agresiones.</i></p>
<p><i>Información a los usuarios</i></p>	<p><i>Plan de comunicación externo.</i></p> <p><i>Web del Servicio de Salud.</i></p> <p><i>Trípticos informativos</i></p> <p><i>Campañas de sensibilización.</i></p>

Información a los trabajadores

Comunicación interna

La información sobre prevención de agresiones está a disposición de los trabajadores a través de:

- La página web del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
- Las intranets de las Gerencias, a las que se envía periódicamente un extracto del mapa de riesgos para su divulgación.
- El bloque informativo del curso de gestión saludable de la hostilidad, accesible a cualquier trabajador previa inscripción. En este bloque se exponen recomendaciones prácticas para un abordaje saludable de la hostilidad, y un tutorial sobre el sistema de registro de agresiones.

Si bien estas informaciones se consideran muy útiles, la eficacia de las mismas está condicionada a la voluntad del trabajador de acceder a dichos recursos.

Tríptico agresiones

Se elaboró un tríptico sobre prevención de agresiones que se divulgó a todos los trabajadores.

Plan de acogida

Varias Gerencias han incluido información sobre agresiones en sus planes de acogida, aunque no es una norma general. Es una manera muy efectiva de que todo el personal conozca el Plan de Agresiones.

Información a usuarios

No se han desarrollado medidas institucionales de información a usuarios. Se ha colaborado en campañas de sindicatos (SATSE)

INFORME SOBRE MEDIDAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN, REGISTRO Y DISUASIÓN FRENTE A LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO QUE PRESTA SERVICIO EN LA A.V.S. DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

NORMATIVA:

Con fecha 7 de octubre de 2010, se publicó en el DOCV el *Decreto 159/2009 del 2 de Octubre del Consell por el que se establecen las actuaciones de los órganos de la conselleria de sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público.*

Con el objeto de promover la seguridad y la salud de sus trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de las agresiones, este Decreto se desarrolló en un procedimiento, **Plan Integral de Prevención** (en adelante **PIP**) donde se establecieron las directrices y líneas generales para implantar dicho Plan en todos los Departamentos de Salud que conforman la Comunidad Valenciana, que no sólo está dirigido al profesional de la salud sino a los trabajadores de todos los sectores profesionales del sector sanitario público de la Generalitat

REGISTRO DE AGRESIONES:

Se dispone de un procedimiento operativo sobre notificación, registro e investigación de accidentes/incidentes de trabajo que incluye a las agresiones, denominado **CAT**.

Este registró informático de agresiones a los trabajadores/as del sector sanitario público es la herramienta que nos permite recoger todos los datos específicos de cada incidente violento y por otro lado nos permite el análisis de los datos ya tabulados y estudiados para elaborar anualmente el Mapa de Riesgos sobre agresiones, adoptando las medidas de gestión y organización que sean necesarias para asegurar la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos, así como las conducentes a hacer efectivas las garantías, obligaciones y derechos reconocidos en la normativa aplicable.

OBSERVATORIO DE AGRESIONES:

Por medio de este Registro Informatizado de Agresiones se ha efectuado un análisis de los datos más relevantes del año 2012. El período que se ha tomado va del 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2012.

Han tenido lugar **265 agresiones** de las cuales:

- 59 agresiones son físicas y 172 agresiones verbales
- 19 son tanto verbales como físicas
- 15 incidencias declaradas por los trabajadores/as pero no existe agresión física ni verbal.

Se analizan estas agresiones según:

Motivos desencadenantes

Agresiones por categoría profesional y Centros

Agresiones físicas y / o verbales por servicio

Agresiones por sexo y categoría profesional:

Casos en los que se haya producido intervención judicial

Perfil del agresor: sexo, tipo de agresor.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

El Plan Integral recoge la obligación de ofrecer al trabajador/a información sobre sus derechos en materia de asistencia sanitaria, psicológica y jurídica.

ASESORAMIENTO JURÍDICO:

Este Plan Integral incluye un “*Procedimiento de asistencia jurídica a la víctima y otras medidas legales contra el agresor*”.

El mando directo del trabajador/a agredido le informara de la existencia de la guía Básica de orientación jurídica, para que independientemente éste pueda denunciar.

Existen en este procedimiento unos modelos:

- **Modelo de Solicitud de Asistencia Jurídica**
- **Modelo de cumplimentación del art. 262 LEC**
- **Modelo manifiesto de rechazo al agresor**
- **Modelo de rechazo al paciente**
- **Modelo de notificación de daños materiales a la institución**

FORMACIÓN:

Se ha llevado a cabo dentro de la Formación Continua de 2012 cursos de prevención de las agresiones para todos los grupos profesionales del sector sanitario con el compromiso de continuar impartiendo los.

Estos cursos impartidos han sido de 40 horas:

- *“Las agresiones al personal sanitario, asistencia jurídica. Delito de atentado y protocolo de actuaciones a seguir. Aspectos administrativos y penales”*
- *“Adquisición y actualización de habilidades en el manejo de situaciones conflictivas”*

CAMPAÑAS INFORMATIVAS Y DE SENSIBILIZACIÓN

Se ha desarrollado un plan de difusión e implantación desde el Servicio de Prevención de Riesgos laborales de esta Conselleria de Sanidad, a todos los Gerentes de los Departamentos de Salud de esta comunidad, en total 22.

En una primera fase, difusión e implantación del Decreto de Agresiones 159/2009 y el Plan Integral de Agresiones (PIP).

También se elaboró y difundió un tríptico o Guía para los trabajadores/as, de prevención y actuación ante una situación de agresión, con consejos generales de actuación antes y después de sufrir una agresión.

Un póster divulgativo para informar a los usuarios la importancia de mantener una buena conducta y relación profesional- paciente, basadas en el respeto y en la confianza mutua.

Con objeto que esta información llegue a todos los trabajadores/as, se ha colgado en la página web de la Conselleria de Sanidad, cuya dirección es:

www.san.gva.es, [Reursos humanos](#) [Información laboral](#) [Prevención de Riesgos Laborales](#).

MEDIDAS ORGANIZATIVAS:

Al objeto de poder conocer la evolución de este tipo de situaciones a lo largo del tiempo es preciso instaurar un sistema que permita la evaluación de las agresiones notificadas y planificar las medidas a instaurar.

- Evaluar el nivel de aplicación, desarrollo y efectividad del Plan de Prevención y Atención de las Agresiones y de las medidas adoptadas en los mismos.
- Protocolo de actuación ante accidentes/incidentes de agresión.
- Investigación de los accidentes incidente producido por agresión.
- Asesoramiento y apoyo psicológico, sanitario y jurídico a los trabajadores/as
- Divulgación de folletos informativos sobre como actuar ante una agresión, a todos los trabajadores/as.
- Adquisición de habilidades para la mejora de las relaciones entre paciente y trabajador.

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

Las recomendaciones emitidas por el SPRL en materia de seguridad se van implantando paulatinamente en todos y cada uno de los Departamentos de Salud.

Existen medidas pasivas como mamparas de cristal en mostrador, o salidas alternativas en algunas consultas, timbres de alarma bajo de la mesa.

En este último año se ha elaborado la aplicación informática "**Código Alerta**" que se contempla como una medida de prevención activa y disuasoria, incluida en el "*Plan Integral de Prevención y*

atención a las agresiones” implantándose en todos los Departamentos de Salud, en coherencia con la obligación legal respecto del Decreto 159/2009, del 2 de Octubre del Consell.

Es una aplicación que se activa de un modo sencillo y pone una alerta en tantos ordenadores como se desee, emitiendo un mensaje que alerta sobre una agresión en un determinado lugar. El mensaje de alarma se activa por la combinación de teclas, o bien haciendo doble clic en el icono que aparece en la pantalla, de manera que una vez pulsado aparece la alerta en todos los ordenadores, indicando al sujeto agredido cuántos ordenadores han recibido el aviso y si van a acudir en su ayuda.

Al mismo tiempo se ha creado una aplicación sencilla que nos permite seguir en tiempo real todo el proceso de instalación y seguimiento del programa “*Código Alerta*” en los distintos ordenadores, teniendo actualmente implantados 3.284 equipos en 33 centros de especializada, 276 equipos en 25 centros englobados entre Inspección médica, Centro de Transfusiones y Salud Pública, y 6.766 equipos en 402 centros de primaria.

Como conclusión referimos que ha habido un descenso de un 13% con respecto a las agresiones del año 2011, lo que denota la efectividad de las medidas adoptadas hasta ahora, con el compromiso de seguir implantando todas aquellas medidas para ir disminuyendo los accidentes e incidentes por agresiones.

ANEXO III

Composición de la Mesa Técnica I

<p>Carlos Jesús Moreno Sánchez <i>Subdirector General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud</i> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</p>
<p>José Carlos Redondo Domingo <i>Jefe de Área de la Subdirección General de Recursos Humanos del SNS</i> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</p>
<p>Esperanza Sánchez-Biezma del Pozuelo. <i>Jefe de Área de la Subdirección General de Recursos Humanos del SNS</i> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</p>
<p>Miguel Angel Cabrero García <i>Jefe de Servicio de Prevención Corporativo</i> Comunidad Autónoma de País Vasco</p>
<p>Xabier Saballs Bruel Meritxell Herreros Lopez <i>Director de Recursos Humanos</i> Comunidad Autónoma de Cataluña</p>
<p>Nuria de Castro-Acuña Iglesias. <i>Jefa de Servicio de Prevención de Riesgos</i> Comunidad Autónoma de Galicia</p>
<p>Martín Blanco García Maria Paz Martin Gómez <i>Director General de Profesionales del Sistema Andaluz de Salud</i> Comunidad Autónoma de Andalucía</p>
<p>Lucía Carmen Fernández Alonso Asunción Artime <i>Unidad de Desarrollo e Innovación de Recursos Humanos</i> Comunidad Autónoma de Asturias</p>
<p>José Miguel Armona Aquerreta <i>Técnico Superior de la D.G. de Ordenación y Atención Sanitaria</i> Comunidad Autónoma de Cantabria</p>
<p>José Luis Arranz Villafruela <i>Coronel de la Guardia Civil DEM. Dirección Adjunta Operativa del Estado Mayor</i> Ministerio de Interior</p>
<p>Ana B. Martín ALCER (enfermedades renales)</p>
<p>Irene Álvarez Bonilla Teresa Jerez Salcedo CC.OO.</p>

ANEXO IV

Composición de la Mesa Técnica II

<p>Carlos Jesús Moreno Sánchez <i>Subdirector General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud</i> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</p>
<p>Inés Pérez Fernández <i>Jefa de Servicio de la Subdirección General de Recursos Humanos del SNS</i> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</p>
<p>Luis Pallarés Neila <i>Director de Programas de la Subdirección General de Recursos Humanos del SNS</i> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</p>
<p>Carmen Arceiz Campos <i>Jefa de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales</i> Comunidad Autónoma de La Rioja</p>
<p>Mercedes Pérez Andrés <i>Jefa de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales</i> Comunidad Autónoma de Murcia</p>
<p>Salvador Sánchez Torres <i>Subdirector General de Inspección de Servicios Sanitarios y Prevención de Riesgos Laborales</i> Comunidad Autónoma de Valencia</p>
<p>Antonio Villacampa Duque <i>Director General de Planificación y Aseguramiento</i> Comunidad Autónoma de Aragón</p>
<p>Sebastián Sánchez Serrano <i>Coordinador Regional del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales</i> Comunidad Autónoma de Castilla – La Mancha</p>
<p>M^a Teresa Lerín Pérez <i>Responsable de Coordinación del Plan de Prevención de las Agresiones a Trabajadores del SCS</i> Comunidad Autónoma de Canarias</p>
<p>Máximo Antonio González Jurado <i>Presidente</i> Consejo General de Colegios de Enfermería</p>
<p>Mercedes Maderuelo FEDE (diabéticos)</p>
<p>M^a Xosé Abuín Álvarez CIG (Convergencia Intersindical Galega)</p>

ANEXO V

Composición de la Mesa Técnica III

<p>Carlos Jesús Moreno Sánchez <i>Subdirector General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud</i> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</p>
<p>Maria Teresa de Martín Martínez <i>Consejera Técnica - Subdirección General de Recursos Humanos del SNS</i> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</p>
<p>M^a Antonia Blanco Galán <i>Jefa de Área de Coordinación Médica INGESA</i> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</p>
<p>Jorge Pascual del Río <i>Jefe de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales</i> Comunidad Autónoma de Navarra</p>
<p>M^a del Mar Vázquez de Parga Calvo <i>Directora de Recursos Humanos</i> Comunidad Autónoma de Extremadura</p>
<p>María Berta Bravo de Laguna Pernás <i>Subdirectora de Gestión de Personal</i> Comunidad Autónoma de Islas Baleares</p>
<p>Armando Resino Sabater <i>Director General de Recursos Humanos</i> Comunidad Autónoma de Madrid</p>
<p>Javier Roig Valdivieso <i>Jefe de Servicio de Salud Laboral</i> Comunidad Autónoma de Castilla y León</p>
<p>Manuel Cesáreo López Perales <i>Jefe de Urgencias del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla</i> Ministerio de Defensa</p>
<p>Serafin Romero Agüit <i>Secretario General del CGCOM</i> Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos</p>
<p>José Luis Gutiérrez Calles FEAFES (trastornos mentales)</p>
<p>Fernando Molina Guerrero <i>Presidente del Sector Nacional de Sanidad de CSIF</i> CSIF</p>
<p>Emilia Díaz Ojeda <i>Secretaría Federal del Sector de Salud y Servicios Sociosanitarios y Dependencia</i> FSP-UGT</p>
<p>Mar Rocha Martínez Mercedes Ortin Ferrer FSES</p>

7. BIBLIOGRAFÍA

1. *Constitución Española de 1978*. Capítulo III. De los principios rectores de la política social y económica.
2. *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales*. «BOE» núm. 269, de 10 de noviembre de 1995. Referencia: BOE-A-1995-24292. TEXTO CONSOLIDADO. Última modificación: 28 de septiembre de 2013.
3. *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social*. Referencia: BOE-A-1994-14960. Última actualización publicada el 30/12/2013.
4. *Violence at Work* de Duncan Chappell y Vittorio Di Martino. Oficina internacional del Trabajo, Ginebra, 1998. ISBN 92-2-110335-8.
5. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
6. Organización Internacional del Trabajo/Consejo Internacional de Enfermeras/Organización Mundial de la Salud/Internacional de Servicios Públicos. *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002.
7. *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios t medidas para combatirla*. Organización Internacional del Trabajo. Programa de Actividades Sectoriales. Reunión de expertos para elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente (8-15 de octubre de 2003) Ginebra.
8. *Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo por la que se transmite el acuerdo marco europeo sobre el acoso y la violencia en el trabajo*. Bruselas, 8.11.2007.COM (2007)686 final.
9. *Diálogo social europeo: Directrices multisectoriales para solucionar la violencia y el acoso de terceros relacionados con el trabajo*. FSESP, UNI-Europa, CSEE, HOSPEEM, CMRE, EFEE, EuroCommerce, CoESS. U:\01 - MEETINGS 2010\10.26 LRG lxbg\Meeting documents.
10. *Tackling violence against staff. Explanatory notes for reporting procedures introduced by Secretary of State Directions in November 2003 (updated June 2009)*. NHS Security Management Service. UK.

11. *Guidance on data requirements for the annual violence against staff (VAS) collection exercise. Explanation of the exercise, counting rules and data submission guidelines.* 2013. NHS Protect. UK.
12. *A framework for reporting and dealing with non-physical assaults against NHS staff and professionals. Non Physical Assault Explanatory Notes.* NHS Security Management Service. UK.
13. Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, de 25 de junio de 2008: Consideración del “Atraco” como riesgo laboral
14. Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, de 20 de septiembre de 2007: Extinción del contrato por voluntad del trabajador. Posibilidad de indemnización adicional por vulneración de derechos fundamentales
15. Criterio Técnico Nº 87/2011 sobre actuaciones inspectoras en relación al riesgo laboral de atraco, de 10 de febrero de 2011, de la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social
16. NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
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 de 12 de diciembre de 2013
18. Ley 11/2013, de 23 de diciembre, de Medidas tributarias y de Reestructuración del Sector Público Autonómico. Disposición Adicional Séptima. Boletín Oficial de Castilla y León de 27 de diciembre de 2013
19. Estudio sobre agresiones 2010-2012. Observatorio agresiones. Organización Médica Colegial de España.
20. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). Mercedes Martínez-León, Daniel Queipo Burón, M. Jesús Iruña Muñiz. *Rev Esp Med Legal.* 2012; 38(1):5---10.
21. Las agresiones a profesionales sanitarios. Esperanza L. Gómez Durán, Miguel Gómez-Alarcón, Josep Arimany Manso. *Rev Esp Med Legal.* 2012; 38(1):1---2.