



ASEPEYO

Cuidamos de ti



Agresiones en centros sanitarios

Agresiones en centros sanitarios

Asepeyo, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151

1ª Edición, Junio de 2020

Autores:

Servicio de Prevención Mancomunado del Hospital Sant Joan de Déu
Dra. Inés Dalmau Pons y Olga Nadal Castán

Dirección de Recursos Humanos del Hospital Sant Joan de Déu
Mónica Inchuste Grassi

Dirección de Prevención Asepeyo
Evarist Llenas Torrent, Toni Perramon Lladó y Jordi Serra Pallisa

Dirección de Prestaciones Asepeyo
Sílvia Ferré Sanz

Dirección de Asistencia Sanitaria Asepeyo
Dra. Maria Puget Bosch

Maquetación: Dirección de Relaciones Externas Asepeyo

Referencia: R1E20154

Reservados todos los derechos en todas las lenguas y países

www.asepeyo.es

Índice

Presentación	7
1. Introducción	9
2. Situación actual. Contexto	11
2.1. Registro de agresiones en España	13
2.2. Contexto Pyme	15
3. Conceptos y tipos de violencia	17
3.1. Términos relacionados	19
3.2. Perspectiva legal. Código penal	20
4. Prevención y control de agresiones	23
4.1 Sector sanitario. Factores de riesgo	24
4.2. Protocolo de actuación. Sistema de notificación	26
5. Gestión de la agresión. Pre, durante y postincidente	29
5.1. Medidas pre agresión	30
5.2. Detección y manejo de una agresión	30
5.3. Actuación post agresión	34
5.4. Enfoque prestacional	36
5.5. Pacientes de salud mental	37
6. Resumen: Buenas prácticas frente a las agresiones	39
7. Bibliografía	41

Presentación

En los centros sanitarios se producen, por desgracia, episodios frecuentes de violencia verbal y física contra personal sanitario o administrativo que llevan a cabo sus cometidos con profesionalidad.

A pesar de ser un problema perfectamente identificado con graves connotaciones, la tendencia en estos últimos años es de crecimiento o estabilización de un elevado número de casos, tal y como se desprende de varios estudios, entre ellos los de los Observatorios nacionales de agresiones a personal sanitario de la Organización Médica Colegial (OMC) o del Consejo General de Enfermería (CGE).

Mediante la presente monografía, Asepeyo, en colaboración con Inés Dalmau, experta en gestión de agresiones en centros sanitarios, pretendemos concienciar de la magnitud del problema y difundir buenas prácticas sobre todo a directivos, supervisores y personal con responsabilidades preventivas en dichos centros, con el ánimo de impulsar desde los órganos de decisión las medidas que ayuden a paliar estas situaciones.

Las medidas pasan indefectiblemente por la sensibilización y motivación de los equipos directivos y de supervisión, así como por la formación adecuada tanto del personal sanitario como administrativo, que deberían ser capaces de acometer con serenidad y desescalar situaciones de tensión a las que se ven enfrentados.

Por ello, en este documento se hace hincapié en cómo actuar ante estas situaciones, detallando las medidas adecuadas antes, durante y después de la agresión, además de presentar los principales conceptos y datos estadísticos al respecto.

Esperamos que esta publicación, que ha contado con la colaboración de las Direcciones de Asistencia Sanitaria y Prestaciones de Asepeyo, sea de utilidad y se consiga invertir la tendencia para lograr que las agresiones en centros sanitarios sean acontecimientos excepcionales en vías de extinción, con el esfuerzo e implicación de todos.

Dra. Inés Dalmau Pons

Profesora de la Universidad de Barcelona
Psicóloga del SPM en el Hospital Sant Joan de Déu

Evarist Llenas Torrent

Director de Prevención de Asepeyo



1. Introducción

El 14 de marzo la Organización Médica Colegial (OMC) conmemora el '*Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario*', una fecha que se viene recordando desde el asesinato en 2009, de un médico de familia en Moratalla (Murcia). El objetivo es sensibilizar a las empresas y sus directivos, a los profesionales sanitarios, a los ciudadanos y a las administraciones públicas del grave problema que significan las agresiones en los centros asistenciales porque afecta de forma sustancial a la actividad sanitaria y, por tanto, a la propia sanidad, que es uno de los pilares básicos de nuestra sociedad del bienestar.

El lema "Ante las agresiones a sanitarios, tolerancia cero" sirve para concienciar y ayudar a los profesionales de la salud en el manejo preventivo y jurídico de esta lacra. Las agresiones, además de un problema de violencia en sí mismo, conllevan un deterioro de la relación de confianza fundamental entre médico y paciente, y repercuten gravemente en la salud y calidad de vida del profesional agredido.

Detrás de la violencia contra el personal sanitario, existen distintos elementos que pueden precipitar su aparición. El sufrimiento y el dolor favorecen las situaciones de conflicto en la comunicación personal profesional-paciente, pero también la presión, la falta de recursos y la sobrecarga asistencial que pueden mermar la capacidad del profesional para afrontar este tipo de situaciones.

El concepto violencia tiene un contenido más amplio que la mera agresión física (pegar, golpear, empujar, disparar ...), incluyendo otras conductas susceptibles de violentar e intimidar al que las sufre, conductas verbales o físicas amenazantes, intimidatorias, abusivas y acusantes, relativas a la producción de un daño corporal más o menos inmediato.

Uno de los problemas identificados es que no se presta suficiente atención o se asume como integrante del propio trabajo los abusos verbales o las amenazas. Sin embargo, pueden tener importantes efectos sobre las personas que los sufren e incluso sobre el resto de los trabajadores que son testigos. En ocasiones estos efectos no son inmediatos sino a largo plazo y, como el resto de los riesgos psicosociales, dependen también de las distintas percepciones individuales.

Existen estudios y publicaciones que hacen hincapié en sus graves efectos en algunos casos, **pudiendo llegar a inhabilitar psicológicamente a la persona**, tanto para su trabajo diario como en su esfera social. Su impacto también es a nivel organizativo, afectando a la productividad y generando una degradación del ambiente laboral.

La mayor o menor gravedad de sus efectos sobre la salud general del profesional, va a estar directamente relacionada con la intensidad de la exposición del lugar de trabajo, es decir, la frecuencia e impacto de situaciones de violencia, pero también con la situación individual de la persona afectada. En este sentido, no sólo entran en juego patrones de personalidad, sino los propios recursos de los que disponga la persona para hacer frente

a esta situación, tanto en el entorno laboral como en el ámbito familiar o social. Los refuerzos sociales de compañeros y amigos, la experiencia del trabajador o incluso sus posibilidades de actuación, pueden ayudar a que los daños a la salud puedan no ser tan graves ante una situación de violencia.



2. Situación actual. Contexto

La violencia se ha incrementado progresivamente durante los últimos años. Es frecuente encontrar noticias en los medios de comunicación sobre todo tipo de situaciones de violencia, mayoritariamente en el ámbito privado, pero también en el entorno laboral. Dentro del entorno laboral, destaca especialmente el ámbito sanitario.

La primera respuesta internacional a esta situación se produjo en el año 2002, con la publicación de las Directrices Marco para afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud, dirigidas a concienciar y orientar en el abordaje de la violencia en este campo.

Los datos de la **6ª Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo** (6ª EWCS) llevada a cabo por Eurofound en el **año 2015** en relación con temas de violencia, acoso y discriminación en el Trabajo, de un total de 3.364 encuestados en España, en el último mes, un 8 % de los trabajadores han afirmado haber sufrido ofensas verbales, un 4 % amenazas, un 4 % comportamientos humillantes y un 1 % violencia física (en todo un año).

Los trabajadores de servicios y vendedores son los que reiteradamente tienen indicadores superiores tanto en ofensas verbales, amenazas, acoso/intimidación, violencia física y atención sexual no deseada. Respecto al sector, sobresalen también repetidamente las actividades relacionadas con la Salud, la Administración Pública y Defensa o el Transporte.

Dentro del sector servicios, los trabajadores pertenecientes a centros de trabajo de 250 o más trabajadores son los que más manifiestan ofensas verbales (15 %), amenazas (10 %) y de violencia física (4 %) en su trabajo. En empresas de entre 10 y 250 trabajadores los porcentajes son ligeramente menores, un 10 % de ofensas verbales, 6 % de amenazas y 1,5 % de violencia física.

Tabla 10. Colectivos más expuestos a violencia, acoso o discriminación según actividad económica y ocupación*

	Actividad económica	Ocupación	Total
Discriminación por edad(1)	Industria (4%) Actividades administrativas, auxiliares y financieras (4%)	-	2 %
Violencia física(1)	Salud (5%) Administración pública y defensa (4%)	Trabajadores de servicios y vendedores (3%)	1 %
Acoso/intimidación(1)	Salud (7%)	Trabajadores de servicios y vendedores (6%)	3 %
Ofensas verbales(2)	Salud (15%)	Trabajadores de servicios y vendedores (11%)	8 %
Atención sexual no deseada(2)	Comercio y hostelería (3%)	Trabajadores de servicios y vendedores (3%)	1 %
Amenazas(2)	Administración pública y defensa (9%) Transporte (7%) Actividades administrativas, auxiliares y financieras (6%)	Trabajadores de servicios y vendedores (7%)	4 %

Base: Total de trabajadores (N=3.364)

(*)Nota: actividades económicas y ocupaciones cuyas frecuencias superan significativamente el promedio total

(1) En el último año

(2) En el último mes

En encuestas anteriores, la **VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo en 2011** (INSHT, 2012) la exposición a conductas violentas en el trabajo se determinó, preguntando a los trabajadores, si han sido objeto, en los doce meses anteriores a la entrevista, de alguna situación violenta en el ámbito del trabajo dentro de un listado de distintas opciones. El 89,1 % de los trabajadores declara no haber sufrido conductas violentas. Del 11 % que declara haber sufrido algún tipo de conducta violenta, el 22,7 % ha contestado “a menudo” y el 84,5 % “a veces”. Es importante destacar que en este caso se preguntaba sobre el último año.

Las conductas violentas a las que con más frecuencia señalan los trabajadores haber estado expuestos son: a) agresiones verbales, rumores o aislamiento social, b) amenazas de violencia física y c) violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo. La discriminación por discapacidad, orientación sexual o religión son las conductas violentas menos mencionadas por los trabajadores (ver Tabla 22).

TABLA 22. VII Encuesta nacional de condiciones de trabajo

Conductas violentas en el trabajo	% Trabajadores
Amenazas de violencia física	3,8
Violencia física cometida por personas pertenecientes a su lugar de trabajo	0,6
Violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo	2,4
Pretensiones sexuales no deseadas (acoso sexual)	0,4
Agresiones verbales, rumores o aislamiento social	7,3
Discriminación por la edad	0,6
Discriminación por la nacionalidad	0,8
Discriminación sexual/discriminación por género	0,6
Discriminación por la raza, origen étnico o color de su piel	0,4
Discriminación por la religión	0,1
Discriminación por una discapacidad	0,1
Discriminación por la orientación sexual	0,1

Base: Total de trabajadores. Pregunta de respuesta múltiple

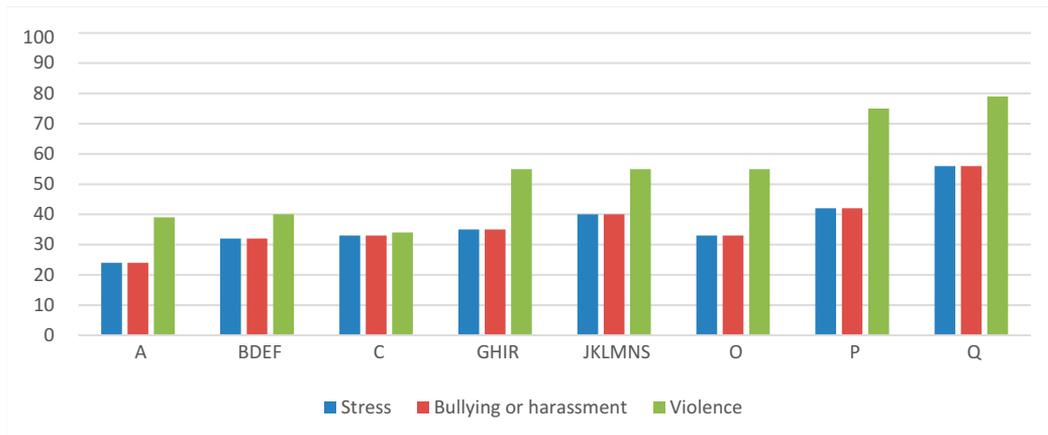
Por rama de actividad, y en consonancia con lo anteriormente expuesto, son los trabajadores de las **Actividades sanitarias y sociales** y los trabajadores de la **Administración Pública** y educación **los que se encuentran expuestos en mayor medida a agresiones** verbales, rumores o aislamiento social (17,9 % y 12,1 %, respectivamente), además de amenazas de violencia física (9,6 % y 7,8 %) y a violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo (6,4 % y 5,1 %).

Se destaca que la manifestación de sintomatología de corte psicosomático es significativamente mayor en los trabajadores expuestos a conductas violentas en el trabajo que en quienes no son objeto de tales comportamientos. Así pues, se observa que los trabajadores expuestos duplican el porcentaje de quejas de dolor de cabeza, problemas para conciliar el sueño y estrés, ansiedad o nerviosismo, frente a los trabajadores que dicen no estar expuestos.

Por otro lado, en relación a la actividad realizada por las empresas para prevenir riesgos psicosociales, en concreto las situaciones de violencia, los datos de la tercera **Encuesta**

Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y emergentes (ESENER-3) realizada por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (**EU-OSHA**) en el año **2019** indican que Sanidad, Educación y Servicios Sociales son los sectores que con mayor frecuencia disponen de un plan de acción para afrontar el estrés, el acoso u hostigamiento y la violencia procedente de personas externas. En todos los casos su frecuencia es significativamente más alta que el promedio de sectores (la pregunta sobre violencia va dirigida a centros en los que se trata con clientes, pacientes, alumnos, etc. de más de 19 trabajadores).

Figure 7. Action plan and procedures in place against psychosocial risks, by activity sector group (% establishments, EU28), 2019.



Base: all establishments in the EU-28 employing 20 or more employees, ESENER-3 (2019). Procedures on violence asked only to those reporting 'having to deal with difficult customers' to be present as a health risk factor.
 NACE Rev. 2 sections: A: Agriculture, forestry and fishing. B, D, E, F: Construction, waste management, water and electricity supply. C: Manufacturing. G, H, I, R: Trade, transport, food/accommodation and recreation activities. J, K, L, M, N, S: IT, Finance, Real estate and other technical scientific or personal service activities. O: Public administration. P: Education. Q: Human health and social work activities

Supone un incremento de más del 15 % en 5 años, comparada con la segunda encuesta ESENER-2 de 2014.

2.1. Registro de agresiones en España

En España, en los últimos años se han multiplicado las investigaciones destinadas a tratar de establecer las características y dimensiones reales de este tipo de violencia, lo que ha permitido una mejor caracterización del fenómeno, aunque algunos aspectos no han logrado ser completamente definidos, dado que todavía existe una heterogeneidad conceptual, metodológica y/o evaluativa de las investigaciones.

Según datos del Ministerio de Sanidad de 2012, cada día se producían en España alrededor de 55 agresiones a enfermeras/os, lo que suponía más de 20.000 agresiones al año dirigidas a este colectivo.

En el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de junio de 2014, se conocieron los datos del Informe sobre agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud, postulado como "primer documento oficial sobre este tipo de agresiones". Según este, más de 30.000 profesionales sanitarios sufrieron agresiones en España en el periodo comprendido entre 2008 y 2012, de las cuales el 80 % fueron de tipo verbal.

Los datos de los dos párrafos anteriores muestran, en comparación a los que se detallan a continuación, el principal problema a la hora de dimensionar la magnitud del problema: **La mayoría de las agresiones verbales o físicas que se lanzan contra los profesionales en centros sanitarios ni se registran ni se denuncian.** Bien sea por motivos culturales (por lo general, los sanitarios piensan que determinadas agresiones verbales no son motivo de denuncia), por el cansancio acumulado ante situaciones reiteradas que no se han solucionado o simplemente por temor, se acaban tolerando en muchos centros sanitarios unos niveles de agresividad a todas luces inaceptables.

Según los datos recopilados por el **Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social**, de todas las comunidades autónomas, el número de notificaciones sigue incrementándose. **En 2018 se notificaron un total de 9.741 agresiones** (15,89 por cada 1.000 profesionales del Sistema Nacional de Salud).

La mayoría de las notificaciones fueron de mujeres (73 %), con edades comprendidas entre los 35 y 55 años (56 %). Un 33 % personal facultativo, un 30 % enfermería y un 17 % auxiliares. La mayoría fueron generadas por pacientes (69 %) y de tipo verbal (amenaza o insultos) (81 %).

El lugar de la agresión es diverso: principalmente consultas, hospitalización, urgencias, unidades de psiquiatría, admisión y, finalmente, un 4 % en domicilio/vía pública. Las causas principalmente alegadas son: en un 43 % la atención recibida, con un porcentaje sensiblemente más bajo, el propio acto sanitario o administrativo realizado, las demandas del usuario y ajenas a la organización o asistencia prestada.

Por otro lado, los datos registrados en el **Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial** desde 2010, recogidas a través de los 52 Colegios de Médicos de España, **indican que las agresiones ascienden a 490 casos en 2018**, de los que el 59 % corresponden a médicas. En el 61 % de los casos se ha presentado denuncia tras la agresión.

En este caso, por comunidades autónomas, las que han registrado un mayor número de agresiones denunciadas en los colegios han sido Andalucía, Madrid y Catalunya, aunque la mayor incidencia por cada mil colegiados se ha producido en Melilla, Extremadura, Cantabria y Andalucía.

En relación a los agresores, la gran mayoría son pacientes, tanto programados como no programados; el resto acompañantes.

En cuanto a las causas principales de las agresiones, **casi la mitad se producen por discrepancias en la atención médica**; en porcentajes inferiores, por el tiempo en ser atendido, por no prescribir lo propuesto por el paciente, en relación a la incapacidad laboral, por discrepancias personales, por el mal funcionamiento del centro o por informes no acordes a sus exigencias.

Según la misma fuente, del total de agresiones, el 14 % de los casos provocaron lesiones (físicas 40 % y psíquicas 60 %) y el 17 % conllevaron baja laboral.

Además, según los datos del **Observatorio Nacional de Agresiones a Enfermeras y Enfermeros** del Consejo General de Enfermería, en 2018 se registraron un total de **1.469 agresiones dirigidas** a personal de enfermería, de las cuales un 70 % fueron verbales y un 30 % físicas.

Respecto a las resoluciones judiciales, **entre 2017 y 2018**, hubo **93 sentencias sobre agresiones a personal sanitario, de las que más de la mitad fueron consideradas como delito leve y el resto delito con gravedad variable**. El 75 % fueron condenatorias, el 17 % absolutorias y hubo acuerdo en el 7,5 %. Según el tipo de condena, casi la mitad fueron multas, otras acarrearán privación de libertad (20 %), el 14 % supusieron privación de derechos e inhabilitación y el 5 % exigieron medidas de seguridad.

Finalmente, en Catalunya, en el registro formal más antiguo de violencia en centros sanitarios plasmado en **violenciaocupacional.cat** desde el año 2005, se incluyen 68 centros notificadores desde sus servicios de prevención, que cubren un total de 28.900 profesionales de la salud. Cabe destacar que **en 2018 se registraron un total de 783 notificaciones**.

Por categoría profesional la mayoría de las notificaciones se realiza por **personal de enfermería (70 %)**, el resto personal facultativo y administrativo (19 y 9 % respectivamente). En este caso un tercio de los casos sucede en plantas de hospitalización, otras urgencias (25 %) y en consultas (13 %).

Un dato a destacar es que **en un tercio de los casos el agresor es reincidente**. En tres cuartas partes de las notificaciones el agresor es el propio paciente. En este registro se tipifica el tipo de agresor: en el 50 % de los casos el agresor se encuentra en un estado de agitación, el resto en un estado de frustración o su conducta responde a una estrategia. Más de la mitad de las notificaciones, recogidas por el servicio de prevención, son verbales (55 %), el resto físicas (28 %) y simbólicas (15 %) (gestos intimidatorios, invasión del espacio personal, ostentación de armas, asociada o no a violencia verbal o física).

Hasta la fecha los estudios llevados a cabo son fundamentalmente de tipo descriptivo y han analizado centros concretos y/o determinados registros de comunidades autónomas. Lamentablemente no se dispone de un registro obligatorio unificado de agresiones a profesionales sanitarios en España, lo que sería deseable para la mejor comprensión y prevención del fenómeno.

2.2. Contexto Pyme

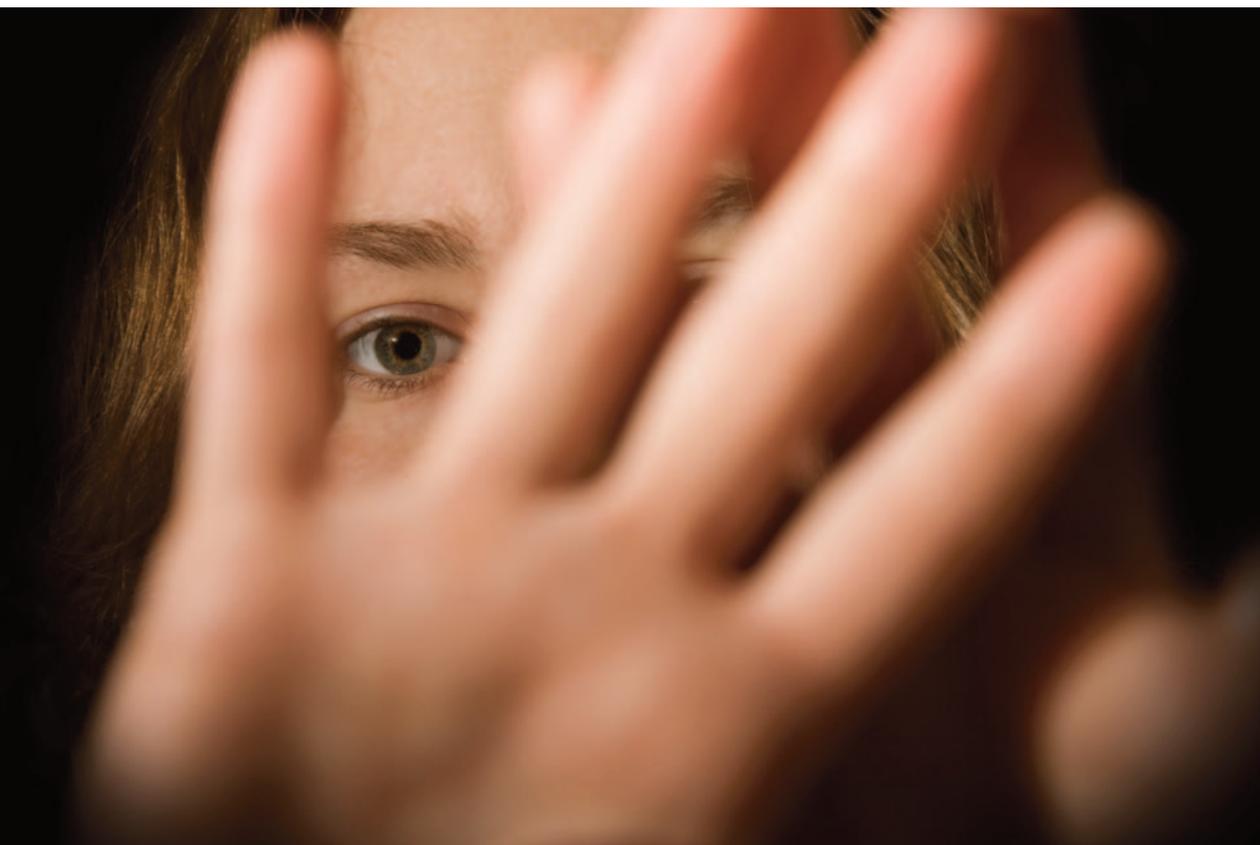
Al margen de los grandes hospitales y clínicas, con amplias plantillas y muchos pacientes, existen numerosos centros sanitarios de reducido tamaño, como pueden ser centros dentales, de radiodiagnóstico, podológicos, consultas médicas privadas, etc. que también están expuestos a situaciones de violencia verbal y física contra los profesionales sanitarios.

Las directrices y buenas prácticas frente a las agresiones que se detallan en la presente publicación son aplicables para todo tipo de empresas, teniendo en cuenta que la Pyme

no tiene las mismas posibilidades en cuanto a recursos personales y materiales que una empresa grande, por lo que **es necesario adaptar las buenas prácticas que impliquen inversiones a una escala inferior.**

Por ejemplo, una medida preventiva que se menciona en los procedimientos de actuación frente a situaciones de violencia es la creación de una Comisión específica para tratar esta problemática, compuesta por los distintos colectivos afectados del centro de trabajo. En una Pyme, esta Comisión se sustituirá por un pequeño grupo de trabajo, dos o tres personas, para analizar con periodicidad estas situaciones.

Otro ejemplo de buenas prácticas pre-incidente que deben ser adaptadas a la Pyme son las relativas a la protección del lugar de trabajo, en cuanto a cámaras de vídeo, control de acceso y/o personal de seguridad. Estas costosas medidas se pueden sustituir por precauciones más económicas y fáciles de aplicar, como por ejemplo botones de alarma accionables desde la pantalla, disposición de espacios que no aislen a los sanitarios (con ayuda de puertas que permitan visión exterior) o consultas colectivas para pacientes conflictivos.



3. Conceptos y tipos de violencia

Una primera definición la encontramos en el ámbito de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo, o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OMS, 2002).

En cuanto al ámbito laboral propiamente dicho, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) también definió la violencia en 1984, pero en 2019 el Convenio 190 de la OIT sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo, define un concepto único para asegurar que comprendan y afronten los distintos comportamientos inaceptables. Establecen que:

- a) la expresión “**violencia y acoso**” en el mundo del trabajo designa un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género.
- b) la expresión “**violencia y acoso por razón de género**” designa la violencia y el acoso que van dirigidos contra las personas por razón de su sexo o género, o que afectan de manera desproporcionada a personas de un sexo o género determinado, e incluye el acoso sexual.

En el propio convenio se añade, sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados a) y b), que la violencia y el acoso pueden definirse en la legislación nacional como un concepto único o como conceptos separados.

Anteriormente, el Acuerdo marco europeo de violencia y acoso 2007 señaló que se da acoso cuando se maltrata a uno o más trabajadores o directivos varias veces y deliberadamente, se les amenaza o se les humilla en situaciones vinculadas con el trabajo y que, en cambio, se habla de violencia cuando se produce agresión de uno o más trabajadores o directivos en situaciones vinculadas con el trabajo.

La principal diferencia es que el **acoso se refiere a una acción continuada de maltrato** que sucede de forma reiterada y en varias ocasiones, mientras que la **violencia sería un acto concreto y puntual** de agresión, ya sea física o psicológica, hacia otra u otras personas. Esta diferencia también puede ser de intensidad: en el acoso los actos de amenaza o humillación serían leves, pero se suceden de forma habitual o repetida, mientras que en la violencia el acto de agresión debe tener una gravedad suficiente para llegar a tener tal consideración.

Por otra parte, recordar que, desde el punto de vista técnico de prevención de riesgos laborales, se define el **acoso psicológico** en el trabajo como la “exposición a conductas

de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente aquella/s desde una posición de poder (no necesariamente jerárquica). Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud” (NTP 854 del INSHT).

En cuanto al origen de la violencia, en 2010 las Directrices multisectoriales para solucionar la violencia y el acoso a terceros en el trabajo se estableció la diferencia entre la violencia que ocurre en el lugar o centro de trabajo entre los que prestan allí servicios, **violencia interna**; y la violencia que tiene su origen en la conducta de terceros o personas que no están trabajando en el lugar de la agresión, incluye si se trata de clientes o usuarios de los servicios o de personas que llevan a cabo conductas desviadas o incluso delictivas, **violencia externa**.

Desde el ámbito de la prevención, en concreto desde los riesgos psicosociales, resulta útil disponer de una clasificación de los posibles actos de violencia que pueden ocurrir con motivo o con ocasión del trabajo. Una de las más difundidas es la elaborada por la Occupational Safety and Health (OSHA). En ella se distinguen tres tipos de violencia:

- 1) **Violencia tipo I.** Este grupo se caracteriza porque quienes llevan a cabo las acciones violentas **no tienen ninguna relación legítima de trato con la víctima**.

Es decir, no existe un trato comercial o de usuario entre el perpetrador y la víctima. Los casos más habituales se refieren a acciones con ánimo de robo. El mayor riesgo de sufrir violencia de este tipo lo tienen los establecimientos comerciales, bancos, personas que trabajan con intercambio de dinero, medicamentos, taxistas, etc.

- 2) **Violencia tipo II.** En estos casos **existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima**. El primero puede ser una persona que recibe un servicio que se ofrece en el lugar afectado por el hecho violento o que ofrece la propia víctima, es decir, que puede ser un cliente, un paciente, un consumidor, etc. Normalmente, estos hechos violentos se producen mientras se ofrece el servicio del tipo relativo a personal sanitario, profesores, la seguridad pública, vendedores u otros trabajadores del sector público o privado que ofrecen servicios profesionales, etc.

- 3) **Violencia tipo III.** En este tipo de violencia, el agresor tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto de tal lugar. Muchos son los escenarios que pueden plantearse en este grupo: el más común es aquel en el que **hay una implicación laboral directa entre el agresor** (por ejemplo, un empleado actual o que ya no lo es) **y el trabajador - víctima** (compañero, superior o subordinado). Otro caso es aquel en el que existe una relación personal entre ambos sujetos (cónyuge, excónyuge, pariente, amigos). Más raramente suele existir una implicación más indirecta; por ejemplo, el perpetrador elige un cierto lugar (no tanto a los trabajadores que en él trabajan) porque tiene rencor, y animadversión hacia esa organización por tener para él una carga representativa o simbólica.

En cuanto al tipo de acciones podemos hablar de los siguientes tipos de violencia:

- **Verbal.** Palabras vejatorias, gritos, gestos, frases de desprecio, insultos, amenazas, coacciones e injurias.
- **Física.** Empujones, puntapiés, puñetazos, cabezazos, bofetadas, arañazos, mordiscos, violaciones, puñaladas y tiros. También incluye la intimidación con amenazas físicas.
- **Psicológica.** Los dos tipos de agresiones anteriores llevan implícita la agresión psicológica asociada que genera al profesional y que puede dar lugar al denominado síndrome de estrés postraumático.
- **Daño a la propiedad.** Robo, malograr mobiliario y/o instalaciones del centro y pertenencias del propio profesional.

3.1. Términos relacionados

Algunos de los términos más frecuentemente utilizados en relación con la violencia son:

Agresión. Cualquier acto violento, ya sea golpear, empujar, arañar, ataque sexual o cualquier otro ataque físico o verbal que se produce durante o como resultado de la prestación de un deber y el cual resulta en muerte, lesión física, perjuicio psicológico o daño de la propiedad.

Se incluye la agresión sexual. En el sentido general, es toda acción contraria al derecho de otro, y en sentido estricto, la acción o efecto de atacar. En síntesis, cualquier acometimiento dirigido violentamente contra una persona para causarle algún daño en sus bienes, herirla o matarla. Es equivalente al concepto de **incidente violento**.

Una definición de **violencia** circunscrita al lugar de trabajo, ampliamente utilizada, es "cualquier incidente donde la persona es abusada, amenazada o agredida en circunstancias relacionadas con su trabajo, con un impacto explícito o implícito a su seguridad, bienestar y salud" (Chapell y Di Martino, 2006). Se considera que no sólo la violencia física provoca grandes impactos en la salud del trabajador, sino también la que se infringe de manera repetitiva, que daña gradualmente la integridad psicológica y emocional del afectado, puede llegar a tener repercusiones de mayor grado que la violencia física.

Otros conceptos relacionados son:

- **Abuso.** El uso de un poder, de una facultad, de una situación, de un derecho, más allá de lo que es razonablemente lícito, o con fines distintos de los perseguidos por la ley.
- **Amenaza.** 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 (art. 169 Código penal).

- **Coacción.** Constreñir la voluntad de alguien a decir o a hacer algo, sea justo o no. Acción de impedir a otro con violencia hacer lo que la ley no prohíbe, o le compeliere a efectuar lo que no quiere, sea justo o injusto (art. 172 Código Penal).
- **Conflicto interpersonal.** Cualquier desacuerdo entre dos o más personas con tendencias o intereses contradictorios que provocan una situación de enfrentamiento entre las dos partes.
- **La injuria.** La acción o expresión que lesionan la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación.

3.2. Perspectiva legal. Código penal

La entrada en vigor, en julio de 2015, de la reforma del Código Penal y sus efectos sobre los artículos 550 y 551 contempla la posibilidad de que **las agresiones a sanitarios que trabajan en el sector público puedan ser consideradas, en todo caso, como delito de atentado contra la autoridad.** Lo que implica, consecuentemente, penas de mayor gravedad, y la existencia de un criterio legal firme al que los magistrados pueden recurrir al dictar sentencia.

Aunque hay expertos que han defendido que la respuesta penal no es la ideal para la prevención de estas violencias y que solo debería impulsarse tras el fracaso del resto de las vías. Estos expertos sostienen que su uso "de manera acomodaticia" podría dar lugar a resoluciones injustas o a la ineficacia de la norma en el castigo de las actuaciones para las que se creó. Además, ahora incluye también la intimidación, un término que genera una inseguridad jurídica nada aconsejable en la jurisdicción penal.

Delito de **“Atentado contra la autoridad o funcionario público”**: acción de acometer a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o emplear la fuerza contra ellos, intimidarlos gravemente o hacerles resistencia activa grave, cuando se hallen ejecutando las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas. Se considera funcionario público el que por disposición inmediata de la Ley o por elección o por nombramiento de autoridad competente participe en el ejercicio de funciones públicas (art. 550 Código Penal).

Por tanto, desde 2015 se abre la puerta, aunque ya los había incluido la jurisprudencia, a que los profesionales sanitarios pueden ser víctimas de este delito, pero **a priori solo cuando sean funcionarios.**

Otra de las consideraciones a tener en cuenta es que los delitos de atentado pueden ser cometidos por medio de conductas muy distintas, cuya gravedad puede ser muy desigual. Por esta razón, se han modificado las penas reduciendo el límite inferior de la pena que puede ser impuesta. Una sensible mejora es que se especifican más aquellos supuestos

de atentado en los que concurren circunstancias de las que deriva su especial reprochabilidad: la utilización de armas u objetos peligrosos; se añade; lanzamiento de objetos contundentes, líquidos inflamables o corrosivos; acometimiento con un vehículo de motor; y, finalmente, cualquier otra acción que conlleve un peligro para la vida o que pueda causar lesiones graves.

Por otro lado, recientemente se aprobó la **Instrucción 3/2017**, de la Secretaría de Estado de Seguridad, **sobre medidas policiales a adoptar frente a las agresiones a profesionales de la salud**. Dicha instrucción, tal y como indica literalmente, “pone en marcha distintas medidas para la mejora general de la seguridad en centros de atención primaria y hospitalarios, así como la disminución del incremento de la inseguridad del personal facultativo y sanitario, durante el desarrollo de su trabajo o con ocasión del mismo. Fruto del aumento de la tensión experimentada en las relaciones entre estos últimos y los propios usuarios del sector, se hace necesario desarrollar este instrumento”. Esta instrucción recoge la creación de la figura del Interlocutor Policial territorial Sanitario, quien vehiculará la comunicación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los responsables de los centros sanitarios o personas destinadas al efecto de cada zona.

Es importante destacar que ya en **2015 se actualizó la Carta de derechos y deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria**. Anteriormente los artículos 10 y 11 de la Ley 14/1986 General de Sanidad sobre derechos y deberes de los pacientes y, posteriormente, la Ley 41/200, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica reforzaba y ampliaba el concepto de autonomía del paciente y la importancia que nuestro ordenamiento jurídico otorga al respeto a sus derechos y al papel cada vez más activo de las personas en relación con la salud.

También, de una manera especial a nivel de las Consejerías de Sanidad autonómicas, se han puesto en marcha diferentes planes de prevención destinados a combatir específicamente este tipo de violencia. En algunos casos es posible encontrarlos y consultarlos libremente. Incluso alguna Administración autonómica ha llegado a categorizar estas conductas agresivas y hacerlas subsidiarias de sanciones económicas.

Curiosamente, de forma un tanto paradójica, mientras se da este desarrollo legislativo, se consolidaba un escenario de creciente violencia hacia los trabajadores sanitarios.





4. Prevención y control de agresiones

A nivel de prevención de riesgos, tal como establece el artículo 7 sobre Protección y Prevención de la **Recomendación 206 de la OIT sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo de trabajo** (OIT, 2019), los trabajadores y sus representantes deberían participar en la elaboración, la aplicación y el seguimiento de la política del lugar de trabajo. Dicha política debería:

- a) Afirmar que la violencia y el acoso no serán tolerados.
- b) Establecer programas de prevención de la violencia y el acoso, si procede, con objetivos medibles.
- c) Definir los derechos y las obligaciones de los trabajadores y del empleador.
- d) Contener información sobre los procedimientos de presentación de quejas e investigación.
- e) Prever que todas las comunicaciones internas y externas relacionadas con incidentes de violencia y acoso se tengan debidamente en consideración y se adopten las medidas que correspondan.
- f) Definir el derecho de las personas a la privacidad y la confidencialidad, manteniendo un equilibrio con el derecho de los trabajadores a estar informados de todos los riesgos.
- g) E incluir medidas de protección de los denunciantes, las víctimas, los testigos y los informantes frente a la victimización y las represalias.

A su vez, en el artículo 8, se indica que la **evaluación de riesgos** en el lugar de trabajo debería tener en cuenta los factores que aumentan las probabilidades de violencia y acoso, con especial atención a los peligros y riesgos que impliquen a terceros, como clientes, proveedores de servicios, usuarios, pacientes y el público, y se deriven de la discriminación, el abuso de las relaciones de poder y las normas de género, culturales y sociales que fomentan la violencia y el acoso.

Esto quiere decir que no debe dejarse únicamente a los trabajadores el peso de la responsabilidad de resolver los conflictos y conductas hostiles o de violencia, sino que **la organización y especialmente sus directivos han de disponer de estrategias, políticas y procedimientos para su afrontamiento y que es el empresario el que debe tener la responsabilidad de su prevención.**

Las organizaciones que se toman en serio la prevención del riesgo de violencia y deciden adoptar una política de no tolerancia son las más efectivas en el tratamiento de estos temas. Algunas de las estrategias que se han mostrado útiles son:

- No temer afrontarlo e incluirlo como una prioridad.

- Crear procedimientos activos.
- Utilizar la disciplina, no como herramienta punitiva sino para conseguir el cambio.
- Tratar de manera imparcial y objetiva a las personas que manifiestan estas conductas.
- Asegurar que no habrá represalias ni recriminaciones ante las quejas.
- Contemplar la noción de dignidad en las normas internas.
- Facilitar un sistema de recogida y tratamiento de la información.
- Diseñar una política propia adaptada a la organización.

Actualmente, existen distintas aproximaciones para facilitar la gestión preventiva de la violencia. Cabe destacar la que en 2011 publicó el INSHT, el Modelo operativo para la gestión de la violencia ocupacional de origen externo (AIP 201, INSHT, 2011). Aunque tiene sus limitaciones, se trata de una aplicación informática que facilita el control de la posible aparición de incidentes de violencia ocupacional externa. Está orientada principalmente a las Pymes y, dentro de ellas, a las que desarrollan actividad en sanidad, hostelería, educación, transporte y almacenamiento.

4.1 Sector sanitario. Factores de riesgo

Prevenir de manera efectiva y eficiente las agresiones en el sector de la salud requiere tener en cuenta el contexto. En el plano sociocultural, la violencia de terceros integra comportamientos con connotaciones agresivas, como un fenómeno universal y visible en los más diversos espacios geográficos, momentos históricos, tipos de organización y categorías profesionales. Comportamientos que también se manifiestan en la vida cotidiana en general y en los ámbitos específicos del maltrato infantil, violencia familiar y de género.

Lamentablemente, diversas modalidades de violencia en el trabajo incluyen actitudes, gestos y comportamientos que han sido considerados, durante mucho tiempo, por el sentido común, la moral cotidiana y el mismo derecho penal y laboral, como expresiones culturales tolerables, disculpables, casi "naturales" y "normales".

En los últimos tiempos, una progresiva sensibilización, concienciación y movilización social están contribuyendo a cambiar decisivamente la visión de las múltiples modalidades de maltrato laboral como cuestiones graves, urgentes y relevantes tanto desde los puntos de vista social, político y organizacional.

A continuación, se describen algunos aspectos específicos que son especialmente relevantes en el sector de la Salud:

- El carácter a menudo no intencionado, imprudente o negligente de muchos de estos comportamientos violentos de usuarios o acompañantes, en situaciones de estrés y tensión, en la que a veces por descompensación derivada de una patología, puedan actuar de manera agitada.

- La gran responsabilidad que existe en el acto médico, las importantes consecuencias a todos los niveles, tanto a nivel de paciente, como profesional o institucional, de un posible error en la actividad sanitaria (“primera, segunda y tercera víctima”). Elementos que se tratan y se gestionan desde **las áreas de calidad y/o seguridad del paciente**.
- La complejidad en la toma de decisiones de las actuaciones asistenciales, su relación y consecuencias con otras facetas legales, sociales y la evolución de las mismas. Por ejemplo: la actuación ante una situación de fuga de un paciente, la grabación de actos asistenciales, la exigencia de un determinado tratamiento médico según las certezas de internet, el trato con padres separados o acompañantes en conflicto, dar determinada información de usuario (por ejemplo, número de habitación) según la ley de protección de datos, cuándo pedir la colaboración de cuerpos de seguridad,
- **El gran conocimiento y difusión en general de los derechos del paciente. Muchas veces no son tan conocidos ni respetados los deberes del paciente y/o acompañantes.** Se trata de empresas del sector servicios que no tienen reservado el “Derecho de admisión”.
- La gestión de los pacientes reincidentes. En ocasiones las situaciones de violencia se repiten entre el mismo profesional y paciente. Cuando esto es así habitualmente se intenta cambiar al profesional y suele mejorar la reincidencia, pero a veces realmente esto no es posible. Se trata de situaciones bastante complejas de solucionar y requieren intervenciones muy específicas.

Desde un punto de vista de riesgos psicosociales, se han recopilado algunos de los principales factores de riesgo de agresión:

- Relacionados con la **organización del trabajo**
 - Defectos en la información y atención facilitada al usuario.
 - Demora en la asistencia y largas esperas.
 - Falta de información institucional o contradictoria.
 - Sobrecarga de trabajo de los profesionales.
 - Entornos aislados.
 - Horario de trabajo en solitario.
 - Salas de espera y lugares comunes inadecuados.
 - Acceso a objetos de valor o necesarios para la salud.
 - Contacto con gran número de personas.
 - Entorno social o económicamente deprimido.
 - Falta de medidas de seguridad, ...
- Relacionados con **el trabajador**:
 - Falta de habilidad de comunicación o empatía con los usuarios
 - Interferencia de los problemas personales en el trabajo
 - Desconocimiento de la organización en la que se trabaja o de los circuitos.
 - Negativas no razonadas a las peticiones del usuario.

- Determinadas actitudes de intolerancia, prepotencia, ...
- Relacionados con **el usuario**:
 - Personas con rasgos de personalidad impulsivos, baja resistencia a la frustración o agresividad.
 - Personas que persiguen un beneficio personal fraudulento.
 - Personas con expectativas superiores o distintas, con experiencias previas negativas.
 - Personas que han consumido sustancias o medicamentos que alteran su estado mental (alcohol, cocaína, ...).
 - Personas con inestabilidad psicológica, trastornos psiquiátricos, ...

4.2. Protocolo de actuación. Sistema de notificación

Como se ha descrito anteriormente, actualmente muchas organizaciones del sector ya disponen de un **protocolo o procedimiento de prevención y actuación frente a situaciones de violencia**. Sin duda, se trata de una medida imprescindible para gestionar este riesgo. En algunas ocasiones incluyen todo tipo de violencia y en otras son específicos de agresiones.

La estructura básica de este tipo de protocolos es bastante similar: justificación, definiciones, objeto y ámbito de aplicación, procedimiento de actuación (incluye valoración inicial, a veces informal, inicio del procedimiento y/o medidas preventivas), investigación (a veces constitución de una comisión), medidas de actuación (registro de situaciones de violencia, estrategias de sensibilización y formación, etc.), seguimiento y control, garantías del procedimiento y, finalmente, anexos (habitualmente incluyen un modelo de registro, la comisión, funciones de los implicados, etc.).

Otra buena medida preventiva para centros de trabajo con un volumen elevado de trabajadores, que mejora la integración de la prevención del riesgo de agresiones en la empresa, es el establecimiento de un **Grupo de trabajo o Comisión específica**. Dicho grupo o comisión debería estar compuesta por representantes de gerencia y/o dirección médica y enfermería, trabajo social y atención al usuario, seguridad, servicio de prevención y delegados de prevención.

Las funciones principales de esta comisión son:

- La investigación y el análisis de los incidentes violentos registrados, determinando si corresponde adoptar alguna actuación concreta, comunicando la decisión al profesional y al paciente.
- Adoptar las medidas preventivas y/o legales que procedan. Incluidas las que procedan en caso de agresor reincidente.
- Hacer un seguimiento de las medidas ya impulsadas. Estas pueden estar relacionadas con los sistemas de control y medidas de seguridad implementadas, la información y

formación de los profesionales, el asesoramiento y apoyo para la víctima, la participación de los profesionales en los criterios para evaluar, prevenir y gestionar los riesgos de violencia o la divulgación interna de la Comisión.

Finalmente, todos los expertos están de acuerdo en la necesidad de disponer de un sistema de notificación y **registro de agresiones o incidentes violentos**. Existen múltiples ejemplos de ellos. Precisamente este es uno de los problemas detectados al intentar cuantificar y analizar este riesgo: la existencia de modelos tan dispares. Aunque cada vez se está consensuando más la información relevante a recoger en caso de agresión.

La información mínima relevante debe incluir cuatro categorías.

- **Identificación de la persona agredida:** sexo, edad, nivel asistencial y categoría profesional.
- **Agresión:** agresión física, no física y lugar de la agresión.
- **Causas alegadas** de la agresión.
- **Perfil de la persona agresora:** usuario/paciente, familiar/acompañante, sexo, reincidencia.

En el caso del ámbito sanitario, se recomienda, además, incluir el estado psicológico inicial de la persona agresora:

- **Agitación**, persona con patología propiciatoria (trastorno psiquiátrico, drogadicción, alcoholismo, etc.) y estado de descompensación aguda, circunstancias que limitan la capacidad de autocontrol del propio comportamiento.
- **Frustración**, persona que carece temporalmente de control emocional por vivencia asociada a una mala noticia, insatisfacción de aspiraciones personales, o descompensación entre demanda y oferta en servicios en sanidad.
- **Estrategia**, adopción racional de un comportamiento de violencia instrumental, como medio para obtener un fin personal (baja médica, receta, atención inmediata, etc.).

Es esencial que todos los empleados conozcan las directrices del protocolo, el registro y que comprendan que toda situación de violencia en el lugar de trabajo será investigada y de que se le hará un seguimiento.





5. Gestión de la agresión. Pre, durante y postincidente

Podemos organizar las medidas preventivas en 3 distintas etapas:

- **Prevención Primaria o pre-contacto**, dirigidas a minimizar la posibilidad de que se den estas situaciones.
- **Prevención Secundaria o contacto**, previendo actuaciones basadas en la respuesta a hechos ya ocurridos, dirigidas a evitar que los incidentes se repitan o se compliquen y a dar recursos para su tratamiento.
- **Prevención Terciaria o post-contacto**, realizada a partir del diagnóstico de los efectos sobre la salud y que va dirigida a ofrecer ayuda y apoyo a las personas a las que ha ido dirigida la conducta.

Según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST, antes INSHT) para prevenir el riesgo de violencia en el trabajo, dichas medidas se pueden agrupar en:

	Primaria	Secundaria	Terciaria
Organización/ empresario	Políticas de no tolerancia, códigos de conducta, formación de mandos, controles internos	Procedimientos de manejo de la situación	Acuerdos colectivos y programas de “after-care”
Trabajo/tarea	(Re)diseño del entorno de trabajo, evaluación de riesgos	Análisis de casos, formación (por ejemplo, en gestión de conflictos), resolución de conflictos, mediación	Programas de restablecimiento del grupo
Interacción trabajo/persona	Formación (por ejemplo, en asertividad)	Apoyo social, counselling	Terapia, counselling

A continuación, se describen ejemplos de buenas prácticas de actuación en la gestión del riesgo de agresión, antes, durante y después de un incidente violento.

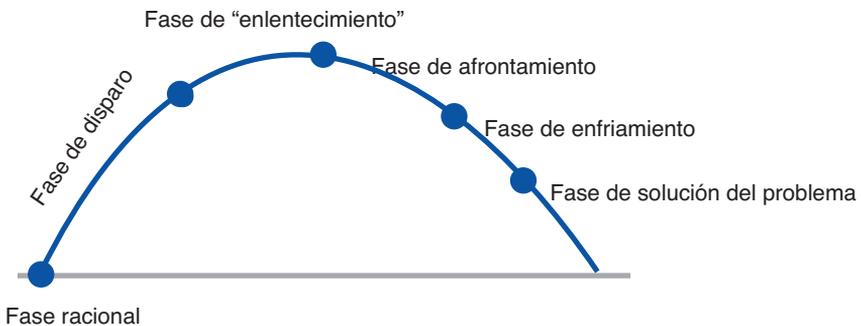
5.1. Medidas pre agresión

Antes de la situación de violencia se recomiendan, de manera específica, medidas preventivas para:

- Formar a los trabajadores para que sepan qué tipo de conducta no es aceptable, qué hacer si son testigos o víctimas de un acto de violencia en el lugar de trabajo y cómo protegerse a sí mismos en caso de violencia.
- Proteger el lugar de trabajo. Donde sea apropiado disponer de cámaras de vídeo, dispositivos de alarma, control de accesos y/o personal de seguridad. Disponer de un camino de huida y una iluminación adecuada.
- Desarrollar un sistema de notificación de incidentes violentos. Incluirlos, cuando sea pertinente, como accidentes de trabajo.
- Limitar la cantidad de efectivo disponible, custodiar de forma adecuada bienes deseables: medicamentos, sellos, determinados tipos de llaves, etc.
- Dotar al personal que lo necesite de teléfonos, dispositivos de comunicación y/o alarmas de accionado fácil. Mantener el contacto frecuente y conocer su localización.
- Dotar de información a los profesionales sobre dónde y cuándo se deben dirigir ante un incidente violento, números de teléfono de cuerpos de seguridad, mediación, superior jerárquico, ... las personas que pueden actuar en función de cada situación.
- Indicar a los empleados que no deben entrar en lugares en los que no se sientan seguros. Desarrollar directrices y procedimientos para los trabajadores que acuden a prestar su servicio a domicilio. El trabajador tiene que poder negarse a brindar servicios en una situación visiblemente peligrosa.
- Dar la información institucional necesaria y adecuada a los pacientes y ciudadanos en todo momento.

5.2. Detección y manejo de una agresión

La violencia habitualmente sigue un curso gradual. Tiene su inicio en situaciones en las que se empieza hablando y se va pasando a cotas de mayor intensidad. La propia reacción de las personas que están alrededor puede contribuir a determinar el curso de los acontecimientos en un sentido u otro. Es lo que se conoce como **la escalada y desescalada** del conflicto.



El análisis acertado **de previsibilidad y anticipación** es esencial para evitar o reducir una situación de violencia. Habitualmente se pueden **detectar indicadores de riesgo de conducta violenta** (pródromos):

- Usar palabras groseras, contracción labial que permite ver los dientes o contracción intensa de los maseteros (músculo de la masticación).
- Señalar con el dedo, cerrar las manos formando puños, pulsar objetos.
- Tensión muscular, cambios de postura frecuentes y rápidos sin finalidad concreta o detención repentina de todo movimiento.
- Mirada directa y fija, o establecer contacto ocular prolongado. Cuando el ataque es inminente la mayoría de las personas fijarán la mirada en el punto que agredirán.
- Conducta destructiva de los objetos.
- Discurso paranoico o coaccionador.
- Demandas poco razonables o sin sentido.

Cuando un paciente o acompañante se muestra tenso o irritable, para el **manejo y desactivación de esta situación**, se recomienda que el profesional sepa transmitir las siguientes señales verbales y no verbales:

1. Mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones

- Controlar los sentimientos negativos que le puedan haber provocado.
- Evitar caer en el terreno de la provocación y mantener el control puesto que se facilita la escalada.

2. Conversar con corrección, en un tono apacible y profesional

- Evitar mostrar un tono brusco y/o cortante.
- Explicar con mucho cuidado y de forma convincente y razonada los motivos por los cuales no es posible cumplir las expectativas del paciente o del acompañante.
- Dirigirse al paciente con firmeza, evitando una actitud de prepotencia.

En el supuesto de que **la tensión del paciente aumente de forma incontrolable**, a pesar de la conducta para frenarla, habrá que reorientar la conversación:

- a. Hacer un contra balance emocional.** Conducir al paciente hacia el estado de ánimo tranquilo que mantiene el médico. Esto se puede conseguir con unas habilidades de comunicación adecuadas para gestionar las emociones y, muy especialmente, cuando se es una persona cariñosa y empática.

- b. **Liberar la tensión emocional del paciente.** Dejar hablar al paciente para que explique sus sentimientos, inquietudes, frustraciones y aspiraciones para que libere su tensión interna.
- c. **Si no está justificado** desde un punto de vista clínico, **evitar** inicialmente **aceptar sus demandas.**
- d. **Avisar a un compañero** que se integre a la entrevista con el fin de que ayude a solucionar el motivo de la tensión.
- e. **Evitar hacer cualquier gesto** que el paciente pueda interpretar como **desprecio.**
- f. **Reconocimiento de las posibles deficiencias propias** y de la organización. A menudo, el reconocimiento de las propias carencias rebaja la tensión del paciente y se puede restablecer la correcta interrelación en el desarrollo de la visita.
- g. **Manifiestar los propios sentimientos al paciente.** En aquellas situaciones en las que el profesional no pueda controlar las propias emociones, especialmente después de haber recibido insultos graves o vejatorios, es conveniente mostrar al paciente los propios sentimientos de tristeza y malestar por el incidente, con independencia de que se pueda optar por denunciarlo, aunque no es prudente hablar de este aspecto.

Esta actitud podría hacer reflexionar al paciente, para darse cuenta de las posibles consecuencias de su conducta.

Para manejar adecuadamente situaciones conflictivas se pueden tener en cuenta algunas recomendaciones para gestionar la energía emocional:

7 recursos para gestionar la EE

- 1 **Analiza el terreno:**
Determina si es el momento adecuado, el lugar adecuado y el canal adecuado.
- 2 **Mide tus fuerzas:**
Retírate cuando la energía negativa empiece a crecer fuerte en ti.
- 3 **Evita tu acumulación de EEN** con feedback educado y constructivo (habla "desde abajo" y sólo de comportamientos observables específicos).
- 4 **Anticipate:** Siembra energía positiva a tu alrededor con feedback positivo.
- 5 **Haz tus peticiones firme pero siempre positivo** ("necesito tu ayuda").
- 6 **Escucha, reformula, valida y tu energía vencerá.**
- 7 **Tolerancia cero a la agresividad verbal:**
Advierte tranquilamente que finalizarás la conversación si persiste. Si se repite el comportamiento, acude a RRHH o a seguridad.

Comprendiendo la energía emocional

- 1 La energía emocional es la emoción que nos impulsa a actuar en cada momento.
Existen dos tipos, la positiva y la negativa.
- 2 La energía emocional positiva (EEP) genera bienestar personal, buen ambiente de trabajo y buenos resultados.
- 3 La energía emocional negativa (EEN) nos lleva a un mal ambiente, malos resultados e incluso accidentes laborales.
- 4 La energía emocional se propaga rebotando de una persona a otra (Ley del espejo).
- 5 La energía emocional se va acumulando (Ley del depósito).
- 6 Cuando la energía emocional negativa y energía emocional positiva se encuentran, siempre gana la más fuerte.
- 7 Siempre puedo responder con energía emocional positiva, si tengo los recursos necesarios.

Así mismo, durante la entrevista con un paciente o familiar potencialmente violento es aconsejable evitar transmitir las siguientes señales verbales y no verbales:

Verbales

- Evitar el uso de estilos comunicativos que generen hostilidad como: apatía, frialdad, condescendencia, desprecio, impaciencia.
- Evitar verbalizar amenazas, coacciones o insultos.
- Evitar palabras como “tranquilícese”, decir lo que “debería” y “no debería” hacer la persona.
- Evitar minimizar la situación, las quejas o las críticas.
- Evitar negarse a escuchar. Avergonzar al otro. Defenderse a sí mismo antes de haber investigado.
- Evitar de entrada la crítica y el rechazo de las demandas del paciente.
- Evitar transmitir información que no se ajuste a la realidad y proponer pactos que no se puedan cumplir.

No verbales

- Evitar la adopción de un lenguaje corporal desafiante o que se pueda interpretar como hostil o amenazante: situarse de pie en oposición frontal, colocar las manos en las caderas, cruzar los brazos, señalar con el dedo, etc..
- Evitar el contacto físico y la proximidad excesiva (mantenerse a una distancia aproximadamente igual a la longitud del brazo). Así nos situamos inicialmente fuera del alcance del otro y no se invade su espacio personal.
- Evitar el contacto ocular prolongado.
- Evitar los movimientos rápidos y evitar ponerse de espaldas.

Si a pesar de todo lo anterior ha sido imposible reconducir la situación, evitar la escalada de violencia y **persiste la situación potencialmente peligrosa**, se recomienda:

1. Dar por acabada la visita

- Ubicar mentalmente una vía de fuga. No dar la espalda.
- Vigilar la interposición de mesas y otros elementos mobiliarios que puedan bloquear la vía de fuga.
- Localizar si hay botones de alarma.
- Preparar la salida de la sala y marchar.

2. Preparar la salida de la sala en el caso de que el agresor lo quiera impedir

- Si el agresor no está armado, habrá que protegerse amparándose con los elementos mobiliarios, para situarse fuera del alcance del ataque. Si no es posible, el profesional en peligro tiene el derecho legítimo de defenderse para repeler una

agresión aplicando los medios de autodefensa a su alcance, siempre con la “mínima fuerza necesaria” para repeler o neutralizar el ataque y “proporcional al daño que se pretende evitar”.

- Habría que evitar que esta actuación de “legítima defensa” se confunda con los supuestos de pelea mutuamente aceptada. Por lo tanto, se tendría que considerar preferible la fuga de la situación potencialmente peligrosa como solución más segura y con inferior riesgo de daño y evitar, si es posible, la confrontación física directa.
- Si el agresor tiene un arma blanca o un arma de fuego, es recomendable no activar el impulso de usar el arma y, por tanto, habrá que seguir las indicaciones del agresor hasta que se pueda evaluar racionalmente la posibilidad de defensa efectiva.

3. Llamar a Seguridad y/o a un superior o compañero, previsiblemente al pasar un tiempo y con la aparición de otra persona con capacidad de gestión de su situación finalmente se producirá la desescalada. En su caso reclamar la intervención de los cuerpos de seguridad.

En resumen:

- Detectar antecedentes.
- Mantener la calma y no responder a las provocaciones.
- Mantener un tono neutro y profesional, comprensivo pero firme.
- Intentar conseguir un tono de diálogo.
- Tomar precauciones, evitar tener objetos punzantes o contundentes al alcance.
- Si no está justificado desde un punto de vista clínico, evitar aceptar sus demandas.
- No dar la espalda. Prever un camino de huida.
- Valorar si es necesario avisar al responsable y/o Seguridad y/o otros profesionales
- Cuando fuese preciso, interrumpir la actividad hasta que la situación esté controlada.

La gran mayoría de expertos insiste en que, para mejorar la detección y el manejo de situaciones de violencia, se debe impulsar y mantener **la formación en prevención y actuación frente a las agresiones a todos los profesionales**. Este tipo de formación puede reducir el número, la gravedad y las secuelas de los incidentes. Pese a ello, frecuentemente se señala que la formación ofrecida no suele ser ajustada a las necesidades propias de las diferentes categorías profesionales, y sus efectos deben ser evaluados.

5.3. Actuación post agresión

La intervención y asistencia frente a las lesiones producidas por violencia en el lugar de trabajo **ha de tener las mismas características que las producidas ante cualquier accidente de trabajo**. Se efectuará el registro de la lesión como accidente de trabajo, la investigación del mismo siempre que fuere necesario, así como la planificación de las actividades preventivas resultantes.

Después de la situación de violencia, se debe:

- Proporcionar atención médica rápida.
- Ofrecer información sobre prevención y actuación en situaciones de agresión.
- Investigar todos los incidentes, hacer un seguimiento e implementar acciones correctivas.
- Promover que los profesionales comuniquen y mantengan un registro de incidentes, participando en la forma de evitar situaciones similares en el futuro.

Es importante dar una respuesta rápida y profesional que permita la recuperación del trabajador afectado por un suceso traumático. Este apoyo ha de realizarse lo antes posible. En ocasiones es necesario que se prolongue en el tiempo, especialmente cuando las consecuencias físicas o emocionales son duraderas.

En las situaciones de violencia pueden producirse **daños físicos**, siendo la gravedad de las lesiones variables: ausencia de lesión traumática visible, contusiones únicas o múltiples (hematoma, erosión, excoriación), heridas leves o superficiales, heridas graves (que precisen sutura o intervención quirúrgica), heridas muy graves que conlleven riesgo vital, y heridas mortales.

Las lesiones físicas suelen acompañarse de **daños psíquicos**. En este caso también deben ser tratados clínicamente.

La gravedad de éstos depende de las circunstancias de la agresión, del estado personal y del entorno de la víctima en el momento de la agresión. Mayoritariamente se relacionan con:

- **Ansiedad**, miedo a seguir ejerciendo la propia profesión, pánico al lugar de trabajo y diversas somatizaciones tales como gastralgias, cefaleas y contracturas musculares.
- **Depresión**, baja autoestima, sensación de incapacidad para continuar ejerciendo la profesión, tristeza, apatía y falta de interés por el propio entorno.
- **Estrés postraumático** con episodios de insomnio y pesadillas nocturnas, en las que se revive la agresión que se ha sufrido con interrupciones frecuentes del sueño que impiden la imprescindible reparación del cansancio.

Suelen curarse o remitir antes de un año después del incidente, pero un 30 % de los casos tienden a sufrir un estrés postraumático crónico. En ocasiones puede derivar en situaciones de invalidez para el ejercicio de la profesión.

Por lo que atañe al aspecto jurídico, la denuncia de las agresiones ante la autoridad policial o juzgado no es obligatoria y en todo caso es decisión exclusiva del afectado interponerla, así como cualquier otra acción legal que pudiera adoptar (reclamación de indemnizaciones por daños y perjuicios), y los medios a través de los cuales llevarlas a cabo (sindicatos, colegios profesionales, servicios jurídicos de la administración u otra

entidad, etc.), actos que se realizan siempre a título personal y no por parte de la empresa o colegio profesional donde se está afiliado.

No es sustitutivo de la denuncia el hecho que la Mutua, por obligación legal, tramite un parte al juzgado, ni ello implica que se abran diligencias judiciales, pues en ocasiones será precisa la denuncia del perjudicado para que ello se produzca y se tramite un expediente ante la jurisdicción penal por falta o delito de lesiones, amenazas u otra calificación.

5.4. Enfoque prestacional

Las lesiones físicas o psíquicas que pueda sufrir un trabajador a consecuencia de una agresión en su puesto de trabajo, o en el desplazamiento *in itinere* del domicilio al puesto de trabajo o viceversa, ocasionada por un tercero (en este caso, un paciente o sus familiares), el empresario u otro trabajador de la empresa, puede ser considerada como accidente de trabajo, salvo que la misma no guarde relación alguna con la prestación laboral o esté provocada por motivaciones personales ajenas al trabajo.

En caso de considerarse la existencia de accidente de trabajo, la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social con quien la empresa tenga suscrita la cobertura de las contingencias profesionales, **prestará la asistencia sanitaria y abonará las prestaciones económicas que correspondan en cada caso.**

Para recibir asistencia sanitaria será preciso aportar volante de asistencia debidamente cumplimentado y firmado por la empresa, en el que consten los datos del trabajador y descripción del incidente sucedido, y su presentación en cualquier centro de la red asistencial de la Mutua donde el trabajador podrá ser atendido.

Previamente a ello se confirmarán los hechos referidos mediante la cumplimentación de un formulario de recepción. En caso de que los datos aportados en el volante por parte de la empresa y la declaración del trabajador en el formulario no fueran coherentes, inverosímiles o hicieran sospechar de circunstancias que excluyeran la laboralidad del incidente, podrá solicitarse otra información o documentación, como pudiera ser la copia del atestado o intervención policial o la denuncia de los hechos, antes de admitir los hechos como accidente laboral.

Tras la verificación de origen profesional de las lesiones (físicas o psíquicas) y la asistencia médica necesaria, si aquellas impiden el trabajo y precisan de tratamiento **médico se expedirá la baja laboral, en cuyo caso la empresa deberá emitir el correspondiente parte de accidente.** En caso contrario deberá incluir el accidente en la relación mensual de casos sin baja médica.

En caso de baja médica se abonará la correspondiente prestación económica con una duración máxima de 12 meses prorrogables en determinadas condiciones por 6 meses más. En caso de quedar secuelas, éstas serán valoradas por la entidad gestora (Instituto Nacional de la Seguridad Social) quien en su caso declarará el grado de incapacidad que proceda.

5.5. Pacientes de salud mental

Capítulo especial merecen las agresiones recibidas por pacientes en el área de salud mental. Según las investigaciones publicadas, **son un problema de salud ocupacional importante por su frecuencia, aunque no tanto por su gravedad**. En la mayoría de los casos las lesiones físicas que ocasionan son leves.

Habitualmente las consecuencias sobre la salud son graves, en una proporción similar a la de otros tipos de accidentes y también equivalente en el porcentaje de accidentes que requieren baja laboral.

En este caso es **el personal de enfermería en general el que recibe una mayor proporción de agresiones**, ya que su exposición al riesgo es muy superior al de cualquier otro trabajador. Su relación directa con el paciente ocupa prácticamente toda la jornada laboral, y su trabajo incluye las actividades profesionales en el curso de las cuales se originan con más frecuencia las agresiones, como son: la intervención en la contención de pacientes agitados, los cuidados básicos del paciente (ayuda o supervisión en las tareas del baño, vestido o afeitado), el tener que marcarle los límites en relación con comportamientos o actividades que puede o no desempeñar y en qué horarios se deben cumplir, etc.

Habitualmente, los auxiliares de enfermería son los mediadores más inmediatos cuando surgen problemas entre pacientes y son, por tanto, los que tienen más probabilidad de exponerse a situaciones conflictivas.

En el trato con pacientes o acompañantes afectados de trastorno mental o similares, habrá que tener especial cuidado al detectar “la peligrosidad” inminente del paciente y su nivel de contención. **En aproximadamente la mitad de las situaciones no hay agitación en el tiempo previo a la agresión** que permita anticiparse.

En el ámbito de la hospitalización psiquiátrica, los **elementos estructurales de seguridad** son un factor fundamental implicado en la prevención de agresiones:

- Son prioridades fundamentales en el diseño, el bienestar y la creación de un ambiente que favorezca la contención y el autocontrol.
- Disponer de elementos de vigilancia en habitaciones, pasillos y espacios comunes, que permitan el control de accesos y garanticen su accesibilidad.
- Es necesario revisar todos los elementos que puedan suponer un peligro potencial, utilizarse como objetos contundentes o cortantes contra los profesionales, como son los apliques de los baños, espejos, cordones, cristales, luces, mobiliario, planchas móviles de los falsos techos, cortinas, cubiertos, tijeras, ... Eliminar todos aquellos elementos que no sean indispensables y seguros.
- La habitación de cuidados especiales o contención estará dotada de medidas especiales de seguridad. Contará con circuito cerrado de televisión con supervisión

continua. La cama de aislamiento tendrá fijaciones reversibles, así como dispositivos homologados de contención mecánica.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta en la prevención es **revisar y analizar los procedimientos asistenciales**. La mayoría de los incidentes adversos presentan patrones sistemáticos y recurrentes que pueden minimizarse atendiendo a los siguientes factores:

- **Coordinación y cohesión del equipo terapéutico:** Los miembros del equipo deben conocer y revisar los procedimientos habituales de la unidad de hospitalización. La coordinación y confianza entre profesionales en situaciones de conflicto y contención es fundamental.
- **Transmisión de información:** Compartir información precisa sobre el estado actual de los pacientes. Se recomienda implantar sistemas eficaces de notificación y comunicación de incidentes y agresiones.
- **Estandarización y protocolización de las situaciones de riesgo.** Ante una situación de agresión son de aplicación todas las medidas comentadas sobre contención verbal. Pero cuando no son suficientes, en ocasiones, se debe proceder a una contención física y, si es necesario, a una contención mecánica y/o farmacológica del paciente.

La contención física y mecánica puede definirse como el uso de una fuerza que tiene el propósito de controlar las acciones de una persona, limitando su libertad de movimiento. Deberían utilizarse tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas posibles, garantizando en todo momento la salud e integridad tanto de los pacientes como de los profesionales que participan.

Se recomienda la elaboración de un protocolo detallado de los procedimientos que incluya los mecanismos de ejecución, las medidas de seguridad y la formación necesaria para su correcta implementación. **El protocolo debe acompañarse de un registro de contenciones**. Este registro debe permitir el análisis y el seguimiento de las actuaciones realizadas para su mejora.

Finalmente, resaltar que a fecha de hoy carecemos todavía de estudios que aporten evidencia científica de calidad acerca de la eficacia real de las pocas actuaciones preventivas llevadas a cabo hasta el momento. Pero, sin duda, se trata de un área de la prevención en desarrollo que esperamos, en breve, aportará resultados satisfactorios.

6. Resumen Buenas prácticas frente a las agresiones

BUENAS PRÁCTICAS PRE-INCIDENTE

- Formar a los trabajadores para que sepan qué tipo de conducta no es aceptable, qué hacer si son víctimas o testigos y cómo protegerse a sí mismos.
- Desarrollar un sistema de notificación de incidentes violentos. Incluirlos, cuando sea pertinente, como accidentes de trabajo.
- Proteger el lugar de trabajo. Donde sea apropiado, disponer cámaras de vídeo, alarmas, control de accesos y/o personal de seguridad. Disponer de un camino de huida.
- Dotar al personal que lo necesite de teléfonos, dispositivos de comunicación y alarmas de accionado fácil. Conocer localización y mantener contacto frecuente.
- Dotar de información a los profesionales afectados sobre dónde y cuándo se deben dirigir ante un incidente y qué personas pueden actuar en estos casos.
- Limitar la cantidad de efectivo disponible, custodiar de forma adecuada bienes deseables: medicamentos, sellos, determinados tipos de llaves, etc..
- Indicar a los empleados que no deben actuar en lugares en los que no se sientan seguros, previo aviso al superior jerárquico. Desarrollar directrices para trabajadores que acuden a prestar su servicio a domicilio.
- Dar la información institucional necesaria y adecuada a los pacientes en todo momento.

BUENAS PRÁCTICAS DURANTE EL INCIDENTE

- Detectar indicadores de riesgo de conducta violenta y conocer antecedentes.
- Mantener la calma y no responder a las provocaciones.
- Mantener un tono neutro y profesional, comprensivo pero firme. Corrección
- Intentar conseguir un tono de diálogo reorientando la conversación. Hacer un contra balance emocional y evitar minimizar las quejas
- Reconocer las posibles deficiencias propias y de la organización
- Si no está justificado desde un punto de vista clínico, evitar aceptar sus demandas
- Si fuese preciso, interrumpir la actividad dando por acabada la conversación hasta que la situación esté controlada.
- Valorar si es necesario avisar a otros profesionales del centro de trabajo y/o al personal de Seguridad
- Tomar precauciones, evitar tener objetos punzantes o contundentes a mano, así como la proximidad física excesiva
- Evitar el contacto ocular prolongado, movimientos bruscos y dar la espalda. Prever un camino de huida, así como la cercanía del dispositivo de alarma

BUENAS PRÁCTICAS POST-INCIDENTE

- Proporcionar atención sanitaria rápida, valorando los daños físicos, así como los daños psíquicos.
- Investigar todos los incidentes, hacer un seguimiento e implementar acciones correctivas.
- Ofrecer información sobre prevención y actuación en situaciones de agresión, además de asesoramiento jurídico y prestacional.
- Promover que los profesionales comuniquen y mantengan un registro de incidentes, participando también en la forma de evitar situaciones similares de cara a futuro.



7. Bibliografía

- Asepeyo (2004) Manual Multidisciplinar en PRL. Barcelona: Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151.
- Asepeyo (2019): Jordi Serra Pallisa. Dirección de Prevención. Gestión de la Energía Emocional: <https://prevencion.asepeyo.es/acciones-preventivas/campanas-prevencion/prevencion-riesgos-psicosociales/>
- Cervantes, G.; Blanch, J.M.; Nogareda, C. y Fidalgo, M. (2016) Modelo operativo para la gestión de la violencia ocupacional de origen externo (MOVUE2). Barcelona, Societat Catalana de Salut Laboral (SCSL).
- Chappell, D. and Di Martino, V., (2006 3ªed.). Violence at work. Geneva: ILO.
- Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Guía para prevenir y gestionar la violencia en el lugar de trabajo contra los médicos. Cuadernos de la Buena Praxis. 2004;17.
- COMB (2004). Quaderns de la bona praxi. Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges. Barcelona: Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. Quadern 17.
- Comisión de Recursos Humanos del SNS (2019). Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Di Martino, V. (2002). Framework Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health.
- Di Martino, V., Hoel, H., Cooper, C. L. (2003). Preventing violence and harassment in the workplace. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. / Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Elvira, L. (2011) Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental. Cáceres, Junta de Extremadura.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2019) Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 3). Bilbao, European Agency for Safety and Health at Work.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2002) Factsheet 24 - La violencia en el Trabajo.
- Fidalgo, M.; Gallego, Y.; Ferrer, R.; Nogareda, C.; Pérez, G. y García, R. (2009) NTP 854 Acoso psicológico en el trabajo: definición. Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2015) Carta de derechos y deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria. Barcelona, CatSalut.
- INSHT (2011) AIP.201 - Modelo operativo para la gestión de la violencia ocupacional de origen externo (MOVE1). Madrid, INSHT.
- INSHT (2015) Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas. ESENER-2 – 2014 España. Madrid, INSHT.
- INSHT (2017) Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS – Madrid, INSHT.
- Lanctôt N, Guay S. (2014) The aftermath of workplace violence among healthcare workers: systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*;19 (5), pp.492-501.
- Marinas-Sanz, R.; Martínez-Jarreta, B.; Casalod, Y. y Bolea, M. (2016) Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis tras la reciente modificación del Código Penal. *Medicina Clínica*. 2016; 147:35-42.
- Mejías, A.; Carbonell, E.; Gimeno, M.A. y Fidalgo, M. (2011) NTP 891 Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (I). Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Mejías, A.; Carbonell, E.; Gimeno, M.A. y Fidalgo, M. (2011) NTP 892 Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (II). Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Observatorio de riesgos psicosociales UGT (2012). Guía Buenas prácticas sindicales en materia de violencia de terceros. Secretaria de Salud Laboral de la UGT-CEC.
- Organización Internacional del Trabajo (2019) Eliminar la violencia y el acoso en el mundo del trabajo. El Convenio núm. 190, la Recomendación núm. 206, y la Resolución que los acompaña. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo/Consejo Internacional de Enfermeras.
- Organización Mundial de la Salud/Internacional de Servicios Públicos (2002) Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- Parent-Thirion, A.; Biletta, I.; Cabrita, J.; Vargas, O.; Vermeylen, G.; Wilczynska, A. and Wilkens, M. Eurofound (2017), Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update) Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Pérez, J. y Nogareda, C. (1998) NTP 489: Violencia en el lugar de Trabajo. Madrid, INSHT.

- Pérez, J., Nogareda, C., Martín, F. y Sancho, T. (2006) (2º ed)) Mobbing, violencia física y acoso sexual. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rodríguez, M.L.; Maestre, M. y Borda, J. R. (2011) Violencia externa en el trabajo en el sector servicios. Consideraciones generales, notificación y protocolos de actuación. Medicina y seguridad del trabajo. 57, supl. 1.
- Velázquez, M.P. (2019) El convenio 190 de la OIT sobre violencia y acoso en el Trabajo: principales novedades y expectativas. Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF, 437-438, 119-142.
- Villar, M. y Aranaz, J M. (2005) Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental. Archivos de Prevención Riesgos Laborales, 9 (1): 20-27.



Plan de actividades
preventivas de la
Seguridad Social 2020



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES
DIRECCIÓN GENERAL
DE ORGANIZACIÓN DE
LA SEGURIDAD SOCIAL