

# Estudio del Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos/as

2021

Cuadernos  
CGCOM



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



CIEN AÑOS COMPROMETIDOS CON  
LA SOCIEDAD Y LOS MÉDICOS



# Índice

<b>Autores</b> .....	<b>3</b>	<b>Distribución por edades</b> .....	<b>59</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>4</b>	▪ Distribución por edades de los médicos/as agredidos/as.....	60
<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>	▪ Comparativa por tramos de edad.....	64
<b>Terminología</b> .....	<b>15</b>	▪ Conclusiones.....	68
<b>Agresiones: origen y evolución del problema</b> .....	<b>21</b>	<b>Datos según la tipología y edad del agresor</b> .....	<b>69</b>
<b>Procedimientos</b> .....	<b>25</b>	▪ Tipología de los agresores.....	70
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>31</b>	▪ Distribución por edades del agresor/a.....	74
<b>Abordaje de situaciones difíciles. Entrevista clínica</b> .....	<b>37</b>	▪ Conclusiones.....	76
<b>Recomendaciones para un seguro de defensa y protección por agresión</b> .....	<b>43</b>	<b>Datos según el ámbito, tipo de ejercicio y tramo horario</b> .....	<b>77</b>
<b>Agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos 2020</b> .....	<b>47</b>	▪ Ámbitos en las que se produce la agresión.....	78
▪ Agresiones al personal médico comunicadas a los Colegios Oficiales de Médicos en 2020.....	48	▪ Tipo de ejercicio en el que se ha producido la agresión.....	81
▪ Número de agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos.....	49	▪ Tramo en el que se produjeron los hechos.....	86
▪ Evolución total agresiones comunicadas a los Colegios Médicos.....	50	▪ Vía en que se produce la agresión.....	87
▪ Evolución de las colegiaciones y agresiones.....	51	▪ Conclusiones.....	88
▪ Agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos.....	52	<b>Datos según el tipo de agresión, lesiones y daños materiales</b> .....	<b>89</b>
▪ Agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos.....	53	▪ Tipo de agresión: porcentaje por sexo del profesional agredido.....	90
▪ Evolución de las agresiones según sexo.....	54	▪ Tipo de lesión.....	93
▪ Incidencia acumulada de agresiones en España.....	55	▪ Daños materiales ocasionados con motivo de las agresiones.....	96
▪ Comunicaciones de agresiones por cada mil médicos/as colegiados/as.....	56	▪ Conclusiones.....	97
▪ Conclusiones.....	58	<b>Datos según la causa de la agresión</b> .....	<b>99</b>
		▪ Causa de la agresión.....	100
		▪ Conclusiones.....	103

# Índice

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



<b>Otros datos</b> .....	<b>105</b>	<b>Manifiesto</b> .....	<b>127</b>
▪ ¿Ha recibido apoyo o asesoramiento por parte del centro de trabajo?.....	106	<b>Historia</b> .....	<b>133</b>
▪ Baja laboral.....	109	▪ Historia.....	135
▪ Conclusiones.....	112	▪ Objetivos conseguidos: Modificación del art. 550 del Código Penal.....	136
<b>Sentencias Judiciales</b> .....	<b>113</b>	▪ Objetivos conseguidos: Instrucción 3/2017.....	137
▪ Tipo de infracción.....	115	<b>Galería</b> .....	<b>149</b>
▪ Órgano Jurisdiccional.....	116		
▪ Resolución Judicial.....	117		
▪ Tipo de condena.....	118		
<b>Conclusiones finales</b> .....	<b>119</b>		
▪ Conclusiones finales.....	121		
<i>Agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos</i>			
<i>Distribución por edades</i>			
<i>Datos según la tipología y edad del agresor</i>			
<i>Datos según el ámbito, tipo de ejercicio y tramo horario</i>			
<i>Datos según tipo de agresión, lesiones y daños materiales</i>			
<i>Datos según la causa de la agresión</i>			
<i>Otros datos</i>			



# Autores

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



Arroyo Castillo, María Rosa.  
Becerra Becerra, José Alberto.  
Bendaña Jacome, José Manuel.  
Garrote Cuevas, Gaspar.  
Marín Montero, Rosa María.  
Morán Fernández, Ignacio.  
Muncharaz Manzaneque, María Antonia.  
Muñoz García de la Pastora, Manuel.  
Pérez Gallego, Luis Alfonso.  
Rodríguez Vicente, José María.

## Día Europeo contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios

12 de marzo de 2021

# Agradecimientos

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

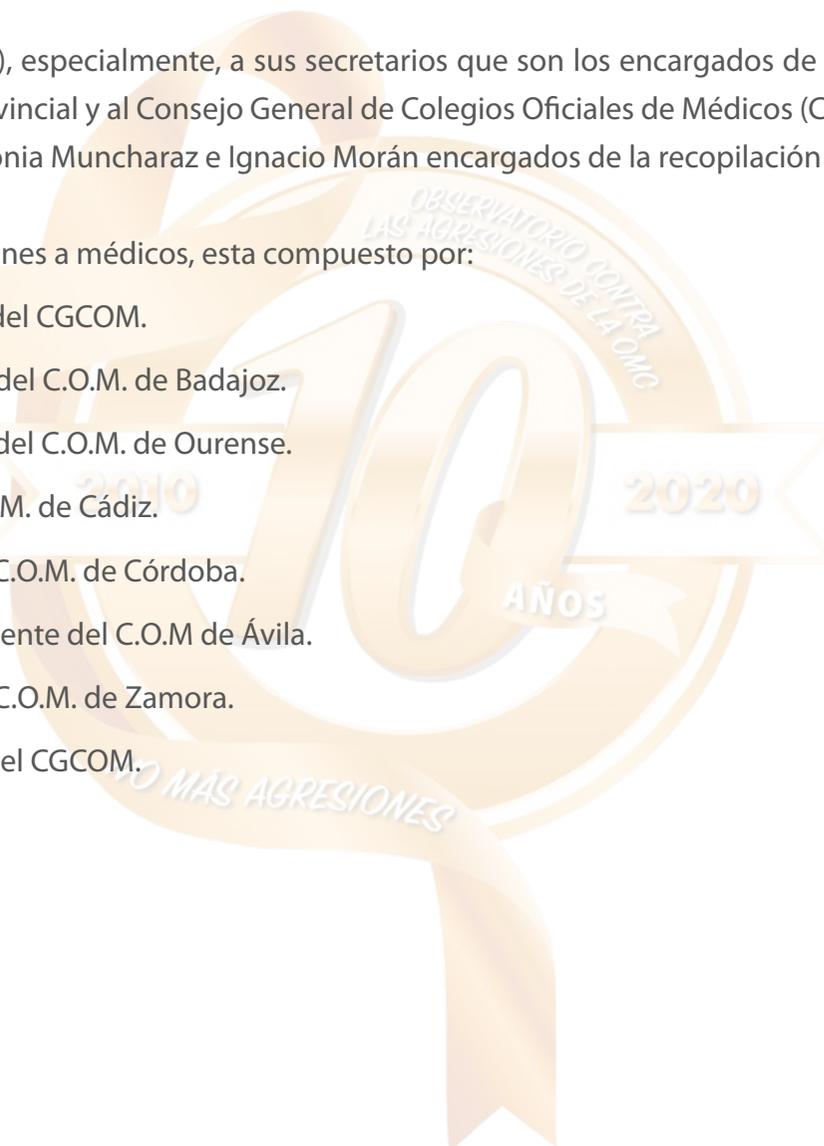
CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



A todos los Colegios Oficiales de Médicos (C.O.M.), especialmente, a sus secretarios que son los encargados de recoger las comunicaciones de las agresiones sufridas por los médicos a nivel provincial y al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y muy especialmente al personal de nuestra Secretaría General María Antonia Muncharaz e Ignacio Morán encargados de la recopilación de datos de los Colegios.

En la actualidad el Observatorio contra las Agresiones a médicos, esta compuesto por:

- Arroyo Castillo, María Rosa : Vicesecretaria del CGCOM.
- Becerra Becerra, José Alberto: Exsecretario del C.O.M. de Badajoz.
- Bendaña Jacome, José Manuel : Secretario del C.O.M. de Ourense.
- Garrote Cuevas, Gaspar : Secretario del C.O.M. de Cádiz.
- Marín Montero, Rosa María : Secretaria del C.O.M. de Córdoba.
- Muñoz García de la Pastora, Manuel : Presidente del C.O.M de Ávila.
- Pérez Gallego, Luis Alfonso : Secretario del C.O.M. de Zamora.
- Rodríguez Vicente, José María : Secretario del CGCOM.



# Agradecimientos

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



Y a los miembros que han formado parte en el desarrollo de este Observatorio.

- Bueno Ortiz, José Miguel.
- Casero Cuevas, Luis.
- García Poyatos, Cesáreo. †
- Garrote Díaz, Juan Manuel.
- Monrabal Sanz, José Antonio.
- Rodríguez Sendín, Juan José.
- Romero Agüit, Serafín.



## Día Europeo contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios

12 de marzo de 2021



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



C.E.O.M.



(Confederación Europea de Órdenes Médicas)

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Conseil National Belge de l'Ordre des Médecins

Panhellenic Medical Association

Consejo General de Colegios de Medicos

FNOMCeO

Austrian Medical Chamber

Collège Médical du Luxembourg

Romanian College of Physicians

Bundesärztekammer

General Medical Council

Royal Dutch Medical Association

Cyprus Medical Association

FMH Swiss Medical Association

Medical Council of Ireland

Portuguese Medical Association

Medical Chamber of Slovenia

Order Of Physicians of Albania

*Resolución de la CEOM en la reunión de Lisboa de 27 de noviembre de 2019.*



# 01 Introducción





# Introducción

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



La Organización Mundial de la Salud (2002) define la violencia en el lugar del trabajo como todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, con la implicación de que se amenaza explícita o implícitamente su seguridad, su bienestar y su salud.

Pocas situaciones generan tanto malestar en la vida profesional como percibir que determinados encuentros clínicos tienen un resultado negativo. Los sanitarios nos mostramos generalmente muy sensibles, reactivos y frustrados cuando, tras una consulta, nos queda el sabor amargo de la desconfianza, la incapacidad para llegar a acuerdos, la presencia de discusiones, quejas, etc. El sufrimiento, la incertidumbre y el dolor favorecen situaciones de conflicto en la comunicación con el paciente.

Cuando en 2009 publicábamos la *Guía frente a las Agresiones a médicos*, aludíamos a muchos factores como desencadenantes de esos episodios: el exceso de burocracia, la presión asistencial que impide dedicar a cada paciente el tiempo de consulta que sería necesario, la expectativa de unos resultados de salud que nunca pueden garantizarse, o la exigencia de unas prestaciones a las que no se puede atender, serían algunos de ellos. Hoy, después de los 10 años en los que el Observatorio ha estado recogiendo esos datos,

podemos constatar que eso es así, y visto que las cosas son diferentes, el problema no se puede abordar desde una sola perspectiva: en ella deben estar involucrados profesionales sanitarios, administraciones y sociedad, con el respaldo jurídico necesario. Los datos de nuestro Observatorio dan como resultado que casi la mitad se producen por discrepancias con la atención recibida, que incluyen tanto las generadas por los sanitarios como por la institución.

Las cifras sobre el número de agresiones que son recogidas por los diferentes Observatorios, Policía, Guardia Civil y diferentes organismos no dejan de ser la punta del iceberg, pues la mayoría no se comunican y mucho menos se denuncian. Estamos acostumbrados a convivir con la hostilidad, y la comprensión, la precaución y, en ocasiones, el miedo, hacen que no las declaremos.

Aunque, como veremos, existen factores del entorno y de los usuarios que influyen de forma importante, se sabe que las habilidades en comunicación asistencial y entrevista clínica —como por ejemplo, la capacidad de negociación, las técnicas de información, las habilidades para dar malas noticias, la capacidad para el autocontrol emocional, o de empatizar con el usuario, entre otras— se perfilan como competencias fundamentales para que el profesional gestione estas situaciones difíciles, sufra menos interacciones agresivas, las aborde

## Introducción

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



de una manera adecuada y minimice el impacto que ellas, cuando existan, puedan tener en él mismo y su entorno.

Siguiendo el documento editado por la Organización Médica Colegial en su publicación *Guía de Agresiones del 2009*, definimos **agresión** como un incidente violento en el lugar de trabajo, o cualquier acto que conlleve abuso verbal, físico, amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio cometido por un paciente, su familiar o acompañante, contra un profesional médico en el ejercicio de su función y causando un daño físico o psicológico; también aquellos que, aunque se produzcan fuera del centro sanitario, se ocasionen como consecuencia de la actividad realizada.

Evidentemente, esto es ampliable a todo el ámbito sanitario.

La mayoría de las definiciones recogen sucintamente la descripción de las situaciones que se vienen produciendo a diario por parte de los pacientes o sus familiares hacia los sanitarios, y desde la agresión verbal, que encuadra gritos, insultos, amenazas, frases de menosprecio, palabras vejatorias, coacciones e injurias, hasta las agresiones físicas —que, aunque de mayor relevancia mediática, no son más importantes—, donde golpes, patadas, intimidaciones con armas blancas o de fuego, e incluso secuestros, están dentro de la cotidianidad.

Hoy en día, tras la reforma del Código Penal en 2015, todas aquellas faltas de abuso, acoso, denuncias falsas, alteración del orden, amenazas, calumnias, daños, extorsión, hurto, injuria, lesiones o robo, son consideradas atentado contra la autoridad, si estamos trabajando para el sistema público, tienen una consideración jurídica distinta.

Las agresiones —sean físicas o verbales— atentan contra el principio básico en el que se sustenta la atención sanitaria y que no es otro que la **confianza**, sin la cual es imposible desarrollar la actividad asistencial a la que los ciudadanos tienen derecho.

Por todo ello, las conductas violentas, aunque no lleguen a la agresión física, no deben permitirse en ningún caso, puesto que rompen algo tan básico como el vínculo de confianza que siempre debe existir en la relación con el paciente, fundamental para la consecución de los objetivos de la atención sanitaria. Además, esa conducta agresiva —si no es sancionada como se merece— puede influir en que se ceda ante el paciente, cayendo en el pacto de silencio, que es inaceptable pues constituye una mala *praxis* y un perjuicio para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Y todo esto ocurre en el momento en que los sanitarios están ejerciendo una profesión que se caracteriza por la ayuda constante y desinteresada hacia los pacientes, por la defensa de su salud y, por tanto, de los intereses de éstos, resultando paradójico que los

## Introducción

antónimos de agresión sean exactamente ayuda y defensa, según recoge la Real Academia Española de la Lengua, y esta paradoja nos debe hacer recapacitar profundamente a todos y preguntarnos: ¿hacia dónde nos conduce?

La creciente hostilidad social —que lleva a la violencia verbal o física y que, según la Organización Internacional del Trabajo (1998), afectan en mayor grado al sector servicios debido al estrecho contacto entre los profesionales con usuarios y clientes— va en aumento en los últimos años y en todos los países industrializados, llegando a representar un motivo de gran preocupación para los profesionales sanitarios.

En España, se habla de **prevención de riesgos laborales** en 1995 para seguir una directiva del Consejo de Europa de 1989, pero no es hasta 2012 cuando el Senado encomienda al Gobierno que desarrolle mecanismos específicos frente a las agresiones al personal sanitario.

Dicho informe ve la luz en 2014.

Si queremos un sistema sanitario de calidad es imprescindible recuperar un espacio con garantías para el ejercicio profesional, y esto es algo que podemos lograr a través de una actuación coordinada, tal y como la Organización Médica Colegial ha venido manifestando y haciendo reiteradamente y sobre la cual ha aportado sus propuestas.

Fruto de ese trabajo es este curso, así como todas actividades que hemos realizado en estos 10 años y que pasamos someramente a reseñar, y que siempre han ido y van encaminadas a conseguir una buena relación con el paciente y, por ende, una mejor atención sanitaria.

Aún cuando no disponemos de estadísticas que a nivel nacional reflejen la dimensión real de este problema, las agresiones a los profesionales sanitarios cada vez son más frecuentes.

Un estudio publicado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona informa de que una tercera parte de sus médicos colegiados han sufrido algún tipo de agresividad por parte de los enfermos o de sus familiares, a lo largo de su trayectoria profesional. El simple hecho de proporcionar una información diferente a la que el paciente, o su familia, quiere escuchar; la negativa a certificar una baja o a prescribir un determinado medicamento, pueden ser el desencadenante de una conducta agresiva.

Sólo con una sólida relación médico-enfermo puede realizarse una atención de calidad, lo que es imposible cuando se produce una ruptura violenta de la misma, que repercutirá sobre el servicio sanitario generando intranquilidad y desconfianza en el resto de los pacientes. En fin, genera dificultades y provoca respuestas indeseadas que progresivamente configuran numerosos círculos viciosos concatenados en torno a diferentes situaciones y pacientes lo que deteriora el servicio público.

## Introducción

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



Como al final suele actuarse cuando las situaciones son insostenibles e irreversibles, es necesario repasar aquellos otros elementos del servicio sanitario que se pueden resentir o desaparecer. Y así se deteriora la calidad intrínseca de la atención, cuando se afectan las buenas prácticas y la orientación de las actuaciones profesionales o cuando se instala una medicina defensiva en suma mala praxis. También pueden deteriorarse la confortabilidad del servicio, el ambiente clínico, es decir el derecho a ser respetado y tratado como persona y las garantías de protección a la salud sin otros riesgos. Se puede perjudicar el derecho a ser informado y el participar en un ambiente sanitario tranquilo donde todas las fuerzas están dedicadas a hacer el bien ante una necesidad.

Pero también puede verse afectado el compromiso y participación profesional y ciudadana, entendida en el sentido más amplio, en la descentralización de la toma de decisiones de carácter colectivo y en aquellos aspectos donde puedan verse afectados los resultados sobre las personas. Las respuestas de ocultar, disimular, sobrevivir en un ambiente hostil es contrario a la transparencia clínica con búsqueda y reconocimiento de errores o revisión sistemática de la variabilidad de la practica clínica en los diferentes ámbitos y niveles de actuación para encontrarlos. Pero también se afecta la cercanía y fácil acceso a los servicios y profesionales con una relación de confianza alterada que harán difícil avanzar en corresponsabilidad entre ciudadanos, profesionales, gestores y políticos.

Como al final suele actuarse cuando las situaciones son insostenibles e irreversibles, es necesario repasar aquellos otros elementos del servicio sanitario que se pueden resentir o desaparecer. Y así se deteriora la calidad intrínseca de la atención, cuando se afectan las buenas prácticas y la orientación de las actuaciones profesionales o cuando se instala una medicina defensiva en suma mala praxis. También pueden deteriorarse la confortabilidad del servicio, el ambiente clínico, es decir el derecho a ser respetado y tratado como persona y las garantías de protección a la salud sin otros riesgos. Se puede perjudicar el derecho a ser informado y el participar en un ambiente sanitario tranquilo donde todas las fuerzas están dedicadas a hacer el bien ante una necesidad.

Pero también puede verse afectado el compromiso y participación profesional y ciudadana, entendida en el sentido más amplio, en la descentralización de la toma de decisiones de carácter colectivo y en aquellos aspectos donde puedan verse afectados los resultados sobre las personas. Las respuestas de ocultar, disimular, sobrevivir en un ambiente hostil es contrario a la transparencia clínica con búsqueda y reconocimiento de errores o revisión sistemática de la variabilidad de la practica clínica en los diferentes ámbitos y niveles de actuación para encontrarlos. Pero también se afecta la cercanía y fácil acceso a los servicios y profesionales con una relación de confianza alterada que harán difícil avanzar en corresponsabilidad entre ciudadanos, profesionales, gestores y políticos.

## Introducción

Estamos a tiempo de atajar este problema, antes de que adquiera tintes más preocupantes y por ello resultan muy alentadoras algunas sentencias judiciales, como la dictaminada por la Audiencia Provincial de Zamora (2010) a petición del Colegio de Médicos de aquella ciudad. Según la cual se dictamina que las agresiones a médicos de la sanidad pública sean enjuiciadas como delito de atentado a la autoridad (con penas de prisión) y no como simples faltas que acarrearían solo penas de multa como sucedía hasta ahora. Es esta una resolución de gran importancia y trascendencia porque marca un criterio que, como se ha demostrado, ya se ha comenzado a aplicar en otros casos similares en distintos lugares de nuestra geografía y que ayudará de manera efectiva a frenar la escalada de agresiones a los médicos en el ejercicio de su profesión.

Ante este nuevo escenario es obligado recordar a todos los profesionales sanitarios la necesidad de denunciar estos hechos y ponerlos en conocimiento de su Colegio, junto con los elementos de prueba y testigos que pueda aportar como base para la acusación. Por lo que se refiere a las Administraciones Sanitarias, estas deben poner todas las medidas a su alcance para prevenir estas situaciones. La solución a este problema no está en una sola actuación, sino en un conjunto global de agentes y medidas dando a todas ellas el respaldo jurídico necesario.

Por otra parte es preciso evitar el alarmismo ya que en ocasiones y en especial ante los casos excepcionales es mayor la repercusión mediática que se les da que la magnitud del problema.

Se trata, en definitiva, de un fenómeno que, aun siendo minoritario, cada día va en aumento. Por lo cual si queremos un sistema sanitario de calidad es imprescindible recuperar un espacio con garantías para el ejercicio de los profesionales y ahora estamos a tiempo si se aplican las medidas de prevención y detección necesarias.

**Contra las agresiones,  
tolerancia cero.**



# 02 Terminología





# Terminología

## Definición del Problema

**Incidente violento en el lugar de trabajo:** Es cualquier acto que conlleve abuso verbal, físico, amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio cometidos por un paciente, su familiar o acompañante, contra un profesional médico en el ejercicio de su función y causando un daño físico o psicológico.

Existen distintas denominaciones de agresión, la más comúnmente admitida, es la que la Real Academia Española de la Lengua recoge y contempla en sus acepciones como **“acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño” o “acto contrario al derecho de otra persona”**.

O en el ordenamiento jurídico penal, se recoge que **“las lesiones se configuran como el menoscabo de la integridad corporal, o su salud física o mental”**.

La Organización Internacional del Trabajo considera que violencia en el ejercicio de cualquier actividad profesional o como consecuencia directa de la misma es **toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra**.

En el ámbito sanitario, la Organización Mundial de la Salud, la define la violencia en el lugar del trabajo como **todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, (...) con la implicación de que se amenaza explícita o implícitamente su seguridad, su bienestar y su salud** y esta puede ser la más significativa porque pertenece a este ámbito más específicamente.

La propia Real Academia Española de la Lengua recoge como sinónimos de agresión, los términos acorralamiento, atraco, provocación, embestida, acometida, ataque, asalto e incluso atentado.

La mayoría de las definiciones recogen sucintamente la descripción de las situaciones que se vienen produciendo a diario por parte de los pacientes o sus familiares hacia los médicos, y desde la agresión verbal, que encuadra, gritos, insultos, amenazas, frases de menosprecio, palabras vejatorias, coacciones e injurias, hasta las agresiones físicas que aunque de más relevancia mediática no son más importantes, donde golpes, patadas, intimidaciones con armas blancas o de fuego, e incluso secuestros, están dentro de la cotidianidad.

## Terminología

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



El Código Penal sanciona en sus diferentes artículos, una serie de conductas punibles, las cuales pueden encuadrarse en las situaciones de violencia o en los distintos incidentes que pueden sufrir los médicos durante el ejercicio de su profesión o como consecuencia de ésta y es por ello que en la idea de que su conocimiento es importante se enumeran a continuación y se pormenorizan, así como el artículo del Código Penal que la recoge:

### ■ **Abusos Sexuales:**

Acción de realizar actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, sin violencia o intimidación y sin que, medie consentimiento (Art. 181 del Código Penal).

### ■ **Acoso Sexual:**

Acción de solicitar favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, aprovechándose de una situación de superioridad en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, de manera continuada o habitual y que provoque a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante (Art. 184 del Código Penal).

### ■ **Acusación y denuncias falsas:**

Acción de imputar a alguna persona, con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad, hechos que de ser ciertos, constituirían infracción penal, si esta imputación se hiciera ante funcionario judicial (Art. 456 del Código Penal).

### ■ **Agresión Sexual:**

Atentado contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación (Arts. 178 y 179 del Código Penal).

### ■ **Alteración de orden público:**

Acción realizada por un grupo de personas con el fin de atentar contra la paz pública, alterar el orden público causando lesiones a las personas, produciendo daños en las propiedades, obstaculizando las vías públicas o los accesos a las mismas de manera peligrosa para los que por ellas circulan, o invadiendo instalaciones o edificios (Art. 557 del Código Penal).

### ■ **Amenazas:**

Acción de intimidar a alguien con el anuncio de causarle a él, a su familia o a personas con las que esté íntimamente vinculado, un mal que constituya delito de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad mora, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico (Arts. 169 y 620 del Código Penal).

### ■ **Atentado contra 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.

## Terminología

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 del Código Penal).

- **Calumnia:**

Imputación de un delito realizada con conocimiento de su falsedad y temerario desprecio hacia la verdad (Art. 205 del Código Penal). Constituye una modalidad específica de la calumnia, caracterizada por la condición de los sujetos ante los que se pronuncia o a quien se dirige la falsa imputación-funcionario judicial o administrativo que tenga el deber de proceder a su averiguación.

- **Coacción:**

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, sin estar legítimamente autorizado (Arts. 172 y 620 del Código Penal).

- **Daños:**

Acción de causar daños, de forma deliberada en la propiedad ajena (Arts. 263 y 625 del Código Penal).

- **Extorsión:**

Acción de obligar a otro con violencia o intimidación, a realizar u omitir un acto o negocio jurídico en perjuicio de su patrimonio

o del de un tercero, con ánimo de lucrarse (Art. 243 del Código Penal).

- **Hurto:**

Acción consistente en tomar con ánimo de lucro, bienes contra la voluntad de su dueño, sin que concurren las circunstancias que caracterizan el delito de robo (Art. 234 y 623 del Código Penal).

- **Injuria:**

Acción o expresión que lesiona la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación (Arts. 208 y 620 del Código Penal).

- **Lesiones:**

Acción que consiste en causar a otro un daño que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental (Arts. 147, 620 y 621 del Código Penal).

- **Robo:**

Acción de apoderarse con ánimo de lucro de bienes ajenos, empleándose con violencia o intimidación sobre las personas, o fuerza en las cosas (Art. 237 del Código Penal).

Estos tipos de violencia pueden tener un carácter LEVE, GRAVE o MUY GRAVE y de ello se deriva la calificación PENAL o CIVIL.

## Terminología

Sin embargo debemos reseñar la importancia de la agresión psicológica asociada que sufren a posteriori los médicos agredidos y que quizás es la parte menos llamativa, pero la que produce más secuelas asociadas tras la agresión. En este punto es donde se debe incidir directamente, con ayudas psicológicas del propio servicio sanitario, que al igual que repara los daños a su propiedad material en instalaciones del centro o establecimiento sanitario, donde los agredidos desarrollan su labor asistencial, deberá reparar el capital más importante del que disponen los sistemas sanitarios, que son sus médicos.

Y todo esto, ocurre en los momentos en que el médico está ejerciendo una profesión que se caracteriza por la ayuda constante y desinteresada hacia los pacientes y por la defensa de su salud y por tanto de sus intereses, resultando paradójico que los antónimos de agresión, sean exactamente ayuda y defensa, según recoge la Real Academia Española de la Lengua, y esta paradoja nos debe hacer recapacitar profundamente a todos.

OMC

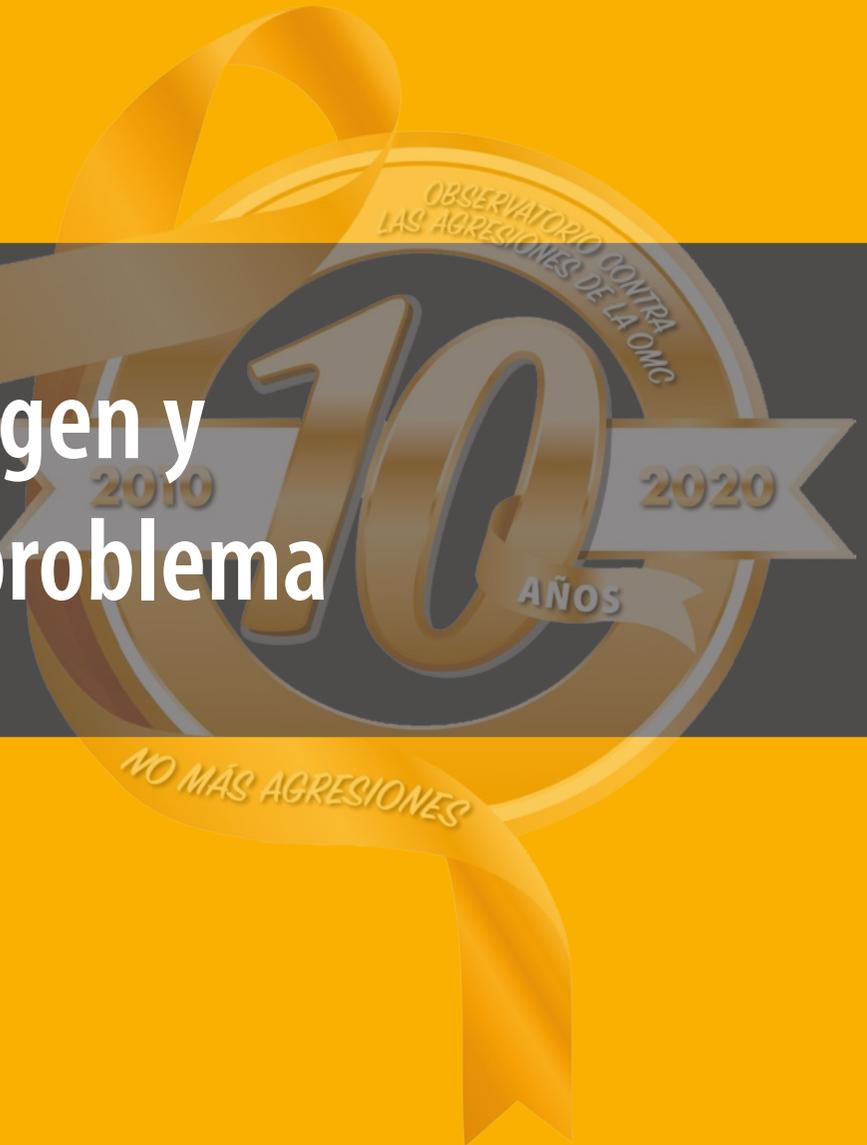
ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



# 03

## Agresiones: origen y evolución del problema





# Agresiones: origen y evolución del problema

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



Las agresiones a los profesionales de los servicios sanitarios, por usuarios o sus familiares y acompañantes, es otra de las manifestaciones de una intolerancia creciente. Y no sólo en nuestro medio si no también en países de nuestro entorno. Por ejemplo, en el National Health Service inglés, en 2006, el 11% de los profesionales de hospitales y el 6% de los de atención primaria referían haber sufrido una agresión física y el 26% y 21%, respectivamente, manifestaron haberse sentido intimidados o acosados por pacientes o sus acompañantes.

En una Orden publicada por la Consejería de Salud y Consumo de la Comunidad de Madrid, se señala que una encuesta realizada en el seno de la Unión Europea indicaba que, el 4 % de los trabajadores aseguraba haber sido víctima alguna vez de violencia física real por parte de clientes y usuarios, y muchos otros empleados decían haber sufrido amenazas e insultos por parte de aquéllos.

Las situaciones de violencia se han ido extendiendo desde las empresas de bienes hasta las organizaciones públicas del sector servicios, siendo precisamente las profesiones relacionadas con este sector, tal y como indica la Organización Internacional del Trabajo, las que presentan un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia debido al estrecho contacto con usuarios y clientes.

Las acciones violentas de los usuarios del sistema sanitario, o de sus familiares y acompañantes, sobre los profesionales en el lugar de trabajo van en aumento en todos los países industrializados en los últimos años, llegando a representar un motivo de gran preocupación para los profesionales sanitarios.

Se desconocen las verdaderas causas del incremento de agresiones a personal sanitario, no obstante, de las distintas publicaciones consultadas, puede deducirse que los principales motivos de agresión son:

- Situaciones de angustia por parte del agresor ante una falta de “información” sobre la situación de un familiar grave (urgencias de hospital).
- Situaciones en las que el agresor ve frustradas sus esperanzas de alcanzar un beneficio directo o indirecto (recetas, bajas, etc.) y en las que entiende que una negativa por parte del médico es un atentado a sus “derechos consolidados”.
- “Demoras” en la ATENCIÓN “URGENTE” tanto en hospital como en atención primaria.
- Retraso en los plazos para pruebas complementarias.
- Desconfianza ante la actuación de los Médicos.



OBSERVATORIO CONTRA  
LAS AGRESIONES DE LA OMC

2010

10

2020

AÑOS

NO MÁS AGRESIONES

# 04 Procedimientos





# Procedimientos

La frecuencia que en el ejercicio de sus tareas sanitarias, los profesionales médicos son objeto de malos tratos o agresiones físicas por parte de pacientes y de familiares, aconseja establecer unas sencillas normas de la conducta a seguir para acreditar la agresión, de manera que ocasionalmente puedan exigirse ante los Tribunales de Justicia o ante otro organismo competente las

correspondientes responsabilidades de orden administrativo, civil, penal o de cualquier otra índole.

Las actuaciones que se enumeran tienen por objeto amparar al médico agredido, protegiendo sus intereses y ordenar adecuadamente la intervención de las partes implicadas.

## Para el agredido:

### 1. Situación de agresión.

Ante un posible riesgo de agresión el primer paso del profesional ha de ser tener prevista una salida del escenario (disponer la consulta para que el posible agresor no quede entre la salida y nosotros) y solicitar ayuda del vigilante de seguridad, en el caso de que el centro o servicio cuente con este personal. De no ser así, el profesional solicitará la presencia de un compañero u otra persona cercana que le ayude a terminar o salir de la situación de violencia.

### 2. Alertar a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Como se ha indicado anteriormente, en el caso de que a pesar de los intentos de disuadir al agresor, la situación de violencia o agresión persista, se procederá a avisar a las fuerzas y cuerpos de seguridad.

### 3. Traslado al Servicio de Salud Laboral y/o Urgencias.

Para valoración de las lesiones tanto físicas como psíquicas y solicitar el correspondiente informe lo más detallado posible en cuanto a las lesiones sufridas y en cuanto al tratamiento pautado.

### 4. Recabar toda la información posible.

Sobre el agresor, la situación y los testigos. Siempre será interesante poder contar con imágenes del daño, aunque sea con el teléfono móvil.

### 5. Comunicar el incidente al Colegio de Médicos y al responsable del Centro.

Rellenar el Registro de Agresiones del Colegio.

Tanto uno como otro iniciaran los procedimientos propios de cada institución.

### 6. Denuncia ante el órgano competente.

El último paso será la denuncia de los hechos ante la Fiscalía, el Juzgado, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. En este punto ha de hacerse notar que muchas de las Fiscalías autonómicas tienen instrucciones para tipificar la agresión a médicos en el ejercicio de sus funciones como atentado. Por ello siempre que sea posible sería la primera elección para la denuncia, seguida del Juzgado de Guardia y como tercera opción las Policías (Local, Nacional o Autonómica) o la Guardia Civil. Debe evitarse la denuncia en más de una de las instancias mencionadas para evitar duplicidades en la tramitación.

### 7. Suspender la “relación médico-paciente”.

Solicitar al centro de trabajo el cambio del paciente y/o familiares a otro centro. Si ello no fuera posible, efectuar el cambio de adscripción a otro médico.

## Para los colegios:

Tanto los Colegios como el CGCOM promoverán acuerdos con las Administraciones Sanitarias, tanto públicas como privadas, y Jurídicas estableciendo convenios para que los procedimientos en los que estas intervengan se realicen con la mayor celeridad.

### 1. Contactar con el agredido.

Rellenar con él las hojas de Registro en el momento que sea posible y acordar las medidas a tomar, manteniéndole informado de las actuaciones en todo momento.

### 2. Asesoramiento médico y psicológico.

Activación del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) si fuera necesario.

### 3. Asesoramiento jurídico.

Activar las acciones administrativas, civiles y/o penales.

### 4. Cumplimentación del registro de agresiones y comunicación al CGCOM.

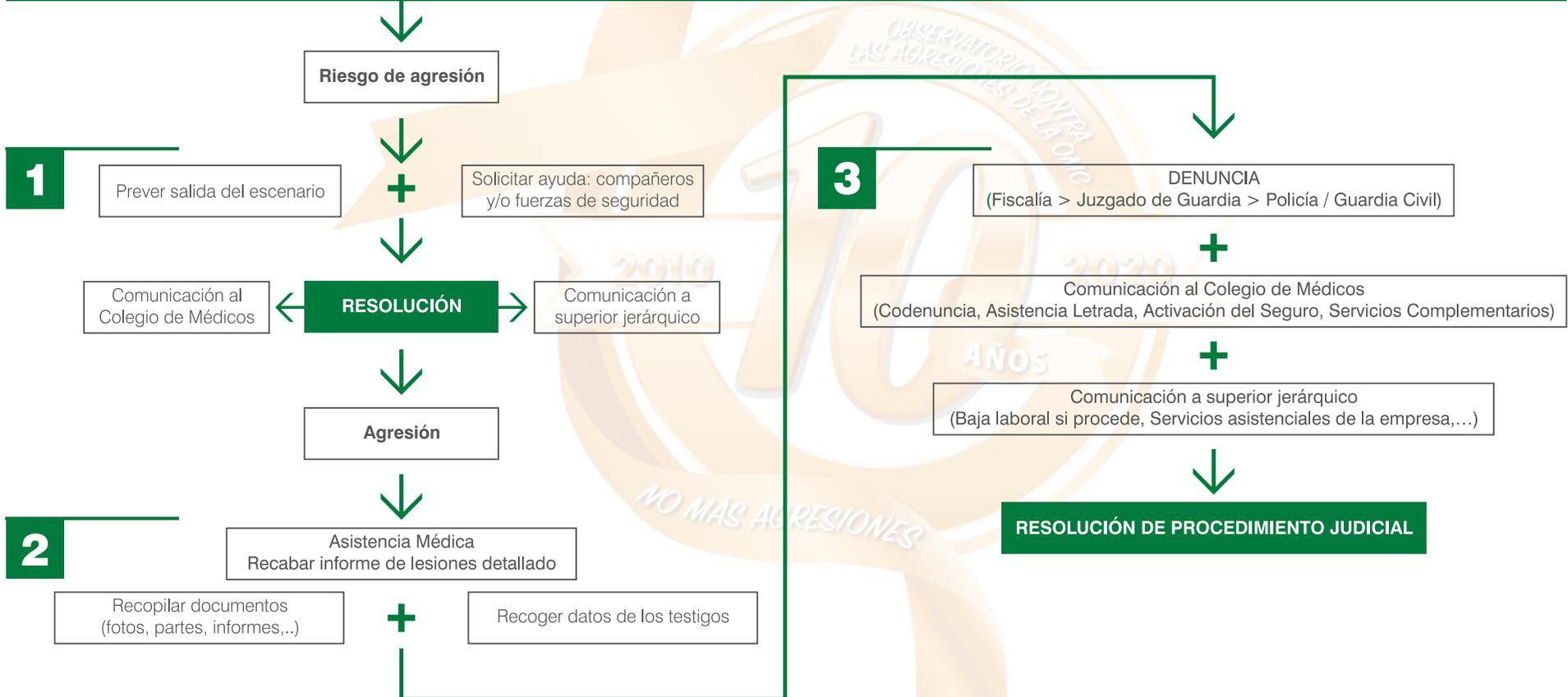
### 5. Análisis de los datos.

Creación de un Observatorio de Agresiones.

Del estudio estadístico se obtendrán datos que derivaran en acciones concretas según las características de la agresión y del lugar donde se producen.

# GUÍA RÁPIDA ANTE UNA AGRESIÓN

(Física, verbal, amenazas, bienes,...)



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



OBSERVATORIO CONTRA  
LAS AGRESIONES DE LA OMC

2010

10

2020

AÑOS

NO MÁS AGRESIONES

# 05

## Recomendaciones





# Recomendaciones

## A los médicos

- Adquirir la formación adecuada en estrategias de comunicación, con el usuario para poder establecer una relación empática, incluso en situaciones de incumplimiento de expectativas para el usuario y poder informarle, de a dónde debe derivar sus quejas, que no dependen del médico, sino de la organización del sistema asistencial.
- Adquirir formación específica para reconocer situaciones de riesgo de agresión, y adelantarse a los acontecimientos mediante estrategias adecuadas.
- Solicitar intervención de terceros, tanto para diluir la posible respuesta agresiva, así como para una eventual contención e incluso para intervención como testigos del hecho violento.
- Poner en conocimiento de los responsables del centro laboral, tanto a nivel gerencial como a los responsables de seguridad e higiene en el trabajo, de aquellos aspectos deficitarios (inexistencia de personal de seguridad, estancias sin segunda salida,...), así como de situaciones de riesgo.
- No tolerar ningún acto violento, ya que de una situación parcialmente controlada puede pasarse a una totalmente incontrolada.
- Recoger documentalmente cualquier resultado del acto violento: informes médicos de asistencia a lesiones, fotografías (incluso con el móvil), nombres e identificación de testigos del acto violento, identificación del agresor y de sus acompañantes.
- Comunicación a los responsables del centro de trabajo del hecho violento y a su colegio del hecho violento para iniciar los procedimientos establecidos.
- De acuerdo con los servicios de apoyo colegial, presentar denuncia por orden preferente ante la Fiscalía, Juzgado de Guardia, Policías o Guardia Civil, evitando la duplicidad documental.
- Para reforzar la seguridad del agredido, será de obligado cumplimiento que en la denuncia, se asigne como domicilio de este, la dirección oficial de su Colegio de Médicos, y no, su dirección particular.

### A los Colegios de Médicos

- Establecer planes de formación específicos, para mejorar las estrategias de comunicación entre médico y usuario.
- Establecer planes de formación específicos para manejar situaciones de riesgo (consulta difícil).
- Designar un equipo o persona responsable, para asumir las actuaciones de apoyo al médico agredido.
- Informar a los responsables de centros e instituciones sanitarias de las situaciones de riesgo, servicios de apoyo que pueda mejorar la respuesta ante el hecho violento en cada centro de trabajo.
- Aplicar el protocolo de actuaciones ante la aparición del hecho violento.
- Difundir entre los colegiados esta guía por todos los medios disponibles.
- Cumplimentar el registro de agresiones para documentar la evolución del problema y elaborar un mapa de la situación y de las zonas de riesgos.
- Realizar un seguro de asistencia a agresiones que reúna unos requisitos mínimos.
- Constituirse en acusador particular único o como codenunciante, siempre de acuerdo con el médico agredido.
- Colaborar con la Fiscalía y la Judicatura para unificar criterios a la hora de tratar las agresiones a médicos como delito de atentado a funcionario público.
- Mantener informado en cada momento al colegiado agredido, de los trámites realizados, así como de la situación en que se encuentra la denuncia.

### A los responsables del Centro Sanitario

Evaluar situaciones de riesgo, servicios de apoyo y cualquier otro aspecto que pueda disminuirlo y mejorar la respuesta ante el hecho violento.

- Elaborar un protocolo de actuaciones ante la aparición del hecho violento.
  - Promoviendo planes de seguridad que incluyan, medidas preventivas y medidas ejecutivas ante el hecho violento.
  - Realizando planes de formación para aprender a manejar situaciones de riesgo.
  - Estableciendo planes de formación específicos, para mejorar la comunicación entre el médico y el paciente.
- Informar al usuario de los cauces de respuesta adecuados, ante una eventual vulneración de sus derechos.
- Colaborar con la Fiscalía y Judicatura para unificar criterios, a la hora de tratar las agresiones a médicos como delito de atentado a funcionario público.
- Mantener informado en cada momento al colegiado agredido, de los trámites realizados, así como de la situación en que se encuentra la denuncia.
- Conocer sus derechos y sus deberes, con respecto al uso del sistema sanitario.
- Respetar a los profesionales sanitarios, además de las instalaciones.
- Informarse de cuales son los cauces de respuesta adecuados ante una vulneración de sus derechos, tanto en los centros asistenciales como ante las Comisiones de Ética y Deontología de los Colegios.



OBSERVATORIO CONTRA  
LAS AGRESIONES DE LA OMC

2010

10

2020

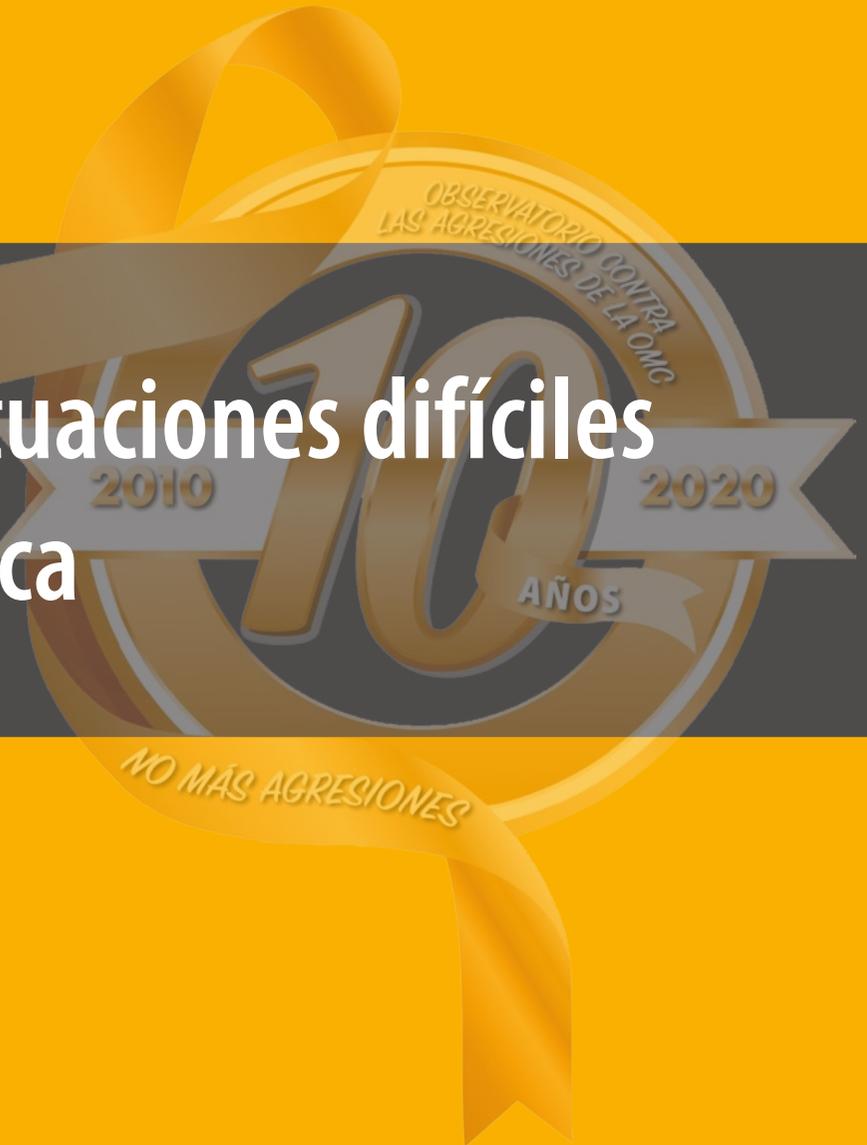
AÑOS

NO MÁS AGRESIONES

## 06

# Abordaje de situaciones difíciles

## Entrevista clínica





# Abordaje de situaciones difíciles

## Entrevista clínica

Un sistema sanitario cada vez mas complejo y un paciente cada vez más informado, mas autónomo y mas exigente han hecho que la relación médico paciente, en permanente evolución, haya experimentado un cambio en los últimos años al que ni uno ni otro han sabido adaptarse.

Las pequeñas frustraciones de la vida diaria se acumulan y los mecanismos de adaptación a las situaciones originadas fallan. La hostilidad de los usuarios hacia un sistema sanitario que no cumple sus expectativas es dirigida hacia la figura del médico al que perciben como el culpable de un sistema socio-sanitario que no siempre es justo, médico que estableciendo unas prioridades intenta poner un poco de orden en todo ese desbarajuste e incomprensión.

La agresividad en pacientes no psiquiátricos casi siempre denota ansiedad, por ello un gran porcentaje de las denuncias formuladas contra los médicos se evitarían si la relación médico-paciente se hiciera con un correcto manejo de la comunicación entre ambos. A pesar de ello, es muy difícil evitar la aparición de situaciones de violencia en la consulta, hay que aprender a prevenir la agresión, saber percibirla incluso cuando aún sólo se manifiesta de manera encubierta. Para ello, el grado de experiencia del propio médico es decisivo.

## Algunas consideraciones en torno a la entrevista

Una entrevista clínica tiene dos objetivos:

- En primer lugar obtener una información suficiente que permita al médico formular una hipótesis y plantear una solución para el problema que trae al paciente.
- En segundo lugar es que la propia dinámica de la entrevista, como proceso interpersonal que es, conlleve efectos terapéuticos para el paciente, generados por la capacidad para establecer un vínculo de confianza con el medico.

Uno de los posibles errores de esta fase es sobrestimar nuestra capacidad de entender la situación; por ejemplo, creándonos una rápida impresión sobre el paciente y dirigiendo la entrevista hacia la confirmación del prediagnostico realizado ó lo que es peor ofreciendo una respuesta precipitada.

El paciente nos expone quejas, es decir la elaboración individual de sus sufrimientos. La demanda del paciente y lo que espera de nosotros se irá definiendo mediante la utilización de preguntas abiertas, que permitan una gama amplia de matices y posibiliten al

## Abordaje de situaciones difíciles

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



paciente poner palabras a los afectos y emociones relacionados con sus síntomas.

Definir un problema resoluble es fundamental, por ello es importante la negociación con el paciente. No debemos convertir en síntoma lo que sólo es un problema, ni en enfermedad lo que solo es una posibilidad estadística que denominamos riesgo. La negociación de la definición del problema puede ser determinante para la evolución del mismo.

### Encuentros difíciles y desencuentros que crisan

Pacientes con expectativas diferentes sobre la atención que recibe ó aquellos que desean obtener algo de forma ilícita, enfermos psiquiátricos con alteraciones del comportamiento ó con tendencia a la agresividad, pueden reaccionar con violencia. Pero también aquellos que consideran que presionando y agrediendo a los médicos pueden obtener algún beneficio. En general el agresor espera más de lo que realmente se le está ofertando y cree que puede obtenerlo de esa manera, agrediendo.

Un paciente violento que también suele serlo con la familia, en el trabajo, en la vida cotidiana; puede considerar la consulta como el lugar más apropiado para manifestar buena parte de sus insatisfacciones,

aunque alguna de ellas no tengan relación con el Sistema Sanitario, para lo cual puede valer cualquier justificación.

Los profesionales bien entrenados en habilidades de comunicación, y con experiencia en su aplicación son más efectivos, evitan problemas y disminuyen significativamente la violencia en las consultas al permitir una mejor detección y gestión de las situaciones difíciles. En cualquier caso, la actitud de ponernos por debajo del paciente (de one-down), educar y renegociar con el paciente esas expectativas, abrirá vías para una relación más terapéutica. Es aconsejable no invadir el espacio del paciente manteniendo la distancia acostumbrada sin levantarse, escuchar atentamente y reconocer los signos que indican amenaza inminente de violencia.

### La violencia en la “relación médico-paciente”

El paciente que presenta agresividad puede provocar en el médico inexperto una respuesta simétrica. Es norma ineludible no responder a la agresividad con agresividad.

Hay que considerar que el paciente pueda tener razón, aunque solo sea como táctica, ello ayuda a diferir la situación y a buscar la estrategia más adecuada.

Surge la violencia en consulta en determinadas situaciones:

- Cuando se obtienen respuestas negativas del médico a las pretensiones o expectativas del paciente.
- Cuando se personalizan en el médico las frustraciones del paciente.
- En el marco de una reclamación de responsabilidades o solicitud de explicaciones.
- Por manejo inadecuado de la relación médico-paciente.

### Indicadores de riesgo de conducta violenta

Si las situaciones de conflicto y de riesgo de agresión no se reconocen no es posible reconducirlas y actuar anticipadamente.

El médico debe saber observar la comunicación no verbal del individuo, como son los cambios del tono de voz, la actitud contenida, la situación de sus manos, la mirada fija sin parpadeo, con fijación de la cabeza, palidez, sudoración, inquietud motora, repetición de frases...

En esas condiciones, la agresión física puede surgir en cualquier momento, por lo que se han de tomar siempre las medidas preventivas necesarias para que no suceda. Lo que debe incluir el tener prevista una salida de escape físico de la situación.

### Manejo del paciente o familiar agresivo

Cuando un paciente no tiene razón, no debe dársele o al menos no puede salir de la consulta con la sensación de que se le ha dado. Siempre que sea posible, se le debe de transmitir el mensaje de que, en todo caso, consideramos su petición pero que nuestra conducta no se modificará por su agresividad, ha de comprender con toda claridad que ese tipo de conductas son estériles.

El médico debe, en todo caso, evitar el choque con el paciente, estar en actitud de escuchar, no mostrar temor en ningún momento, mantenerse relajado pero al mismo tiempo razonando y acotando las reacciones del paciente. Pueden emplearse en ese sentido, dos técnicas:

- La empatía, que es la capacidad para comprender emociones o sentimientos de otra persona. Es una prevención eficaz de situaciones enojosas y es posible emplearla incluso cuando éstas se producen. No significa en absoluto aceptar la agresividad del paciente.
- El señalamiento, que consiste en hacer evidente al consultante su actitud o conducta incorrectas.

## Abordaje de situaciones difíciles

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



Del empleo simultáneo de estas técnicas, junto con el autocontrol del propio médico, dependerá su habilidad para no responder con agresividad a la agresividad que recibe.

El médico debe saber dirigirse al paciente con serenidad, más como protector que en plan autoritario, sin provocar y sabiendo escuchar, porque el paciente suele responder a un contacto interpersonal no provocativo.

### Qué hacer ante un paciente agresivo

- Mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones.
- Conversar con corrección, en un tono afable y profesional.
- En el caso de que la tensión del paciente aumente de forma incontrolable, será necesario reorientar la conversación.
- Liberar la tensión emocional del paciente.
- Avisar a un compañero para que se integre a la entrevista con el fin de que contribuya a solucionar el motivo de la tensión.
- Reconocer las posibles deficiencias del Sistema y las nuestras.
- Manifiestar los propios sentimientos al paciente.

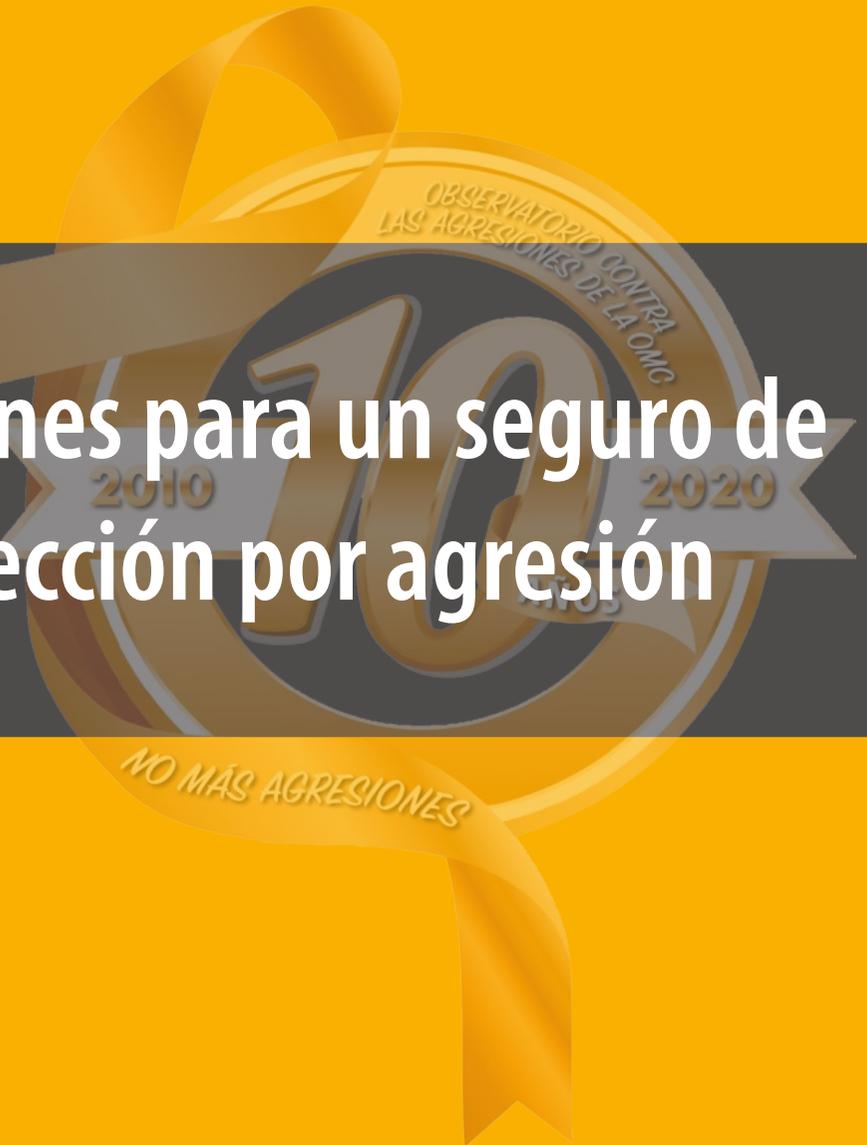
▪ Y si, a pesar de todo lo anterior, ha sido imposible reconducir la situación y evitar la escalada de violencia y persiste la situación potencialmente peligrosa, se recomienda:

- Dar por finalizada la visita.
- Preparar la salida de la sala en el caso de que el agresor lo quiera impedir.
- Reclamar la intervención de los cuerpos de seguridad, si los hay, o de otros, y denunciar la agresión en el juzgado de guardia o en la comisaría de Policía más próxima.

### Qué no hacer ante un paciente agresivo

- Infravalorar la agresividad presente, por juzgarla comprensible dentro de la biografía del sujeto.
- No aplicar las medidas necesarias para su control por pensar, erróneamente, que el que avisa no tiene realmente intención de llevar a cabo sus amenazas, tanto cuando es en forma heteroagresiva (homicidios anunciados), como autoagresiva (ideas suicidas verbalizadas).
- No se justifica, en ningún caso, el nihilismo terapéutico basado en que el que es así seguirá siendo así, ni desentenderse del caso.

## 07

Recomendaciones para un seguro de  
defensa y protección por agresión



# Recomendaciones para un buen seguro de defensa y protección por agresión

El objeto del seguro ha de ser el daño, corporal, o psíquico que sufra el médico como consecuencia de una agresión u ofensa incluyendo (humillaciones, insultos, herir dignidad profesional...) con palabras, escritos, o hechos en el ámbito de su ejercicio profesional por parte de pacientes, familiares, o cualquier persona inducida.

Este seguro debe cubrir unas garantías básicas:

- Protección Jurídica por Agresión, que incluya la defensa penal, libre elección de abogados, fianzas, reclamación de daños corporales reclamación de daños materiales (bienes y enseres personales).
- Debe incluir igualmente el fallecimiento por agresión con un capital mínimo por asegurado.
- La invalidez permanente por agresión con capital mínimo asegurado.
- Incapacidad Temporal por agresión con indemnización diaria por baja laboral con un mínimo y un máximo por día.
- Estas indemnizaciones y capitales serían compatibles y/o acumulables a otras pólizas de accidentes en el caso de que la agresión o la amenaza, provoque el fallecimiento, invalidez permanente o una incapacidad temporal.



OBSERVATORIO CONTRA  
LAS AGRESIONES DE LA OMC

2010

10

2020

AÑOS

NO MÁS AGRESIONES

# 08

## Agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos 2020





OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



# AGRESIONES AL PERSONAL MÉDICO COMUNICADAS A LOS COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS EN 2020

441



OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



# NÚMERO DE AGRESIONES COMUNICADAS A LOS COLEGIOS DE MÉDICOS





# Evolución total agresiones comunicadas a los Colegios Médicos

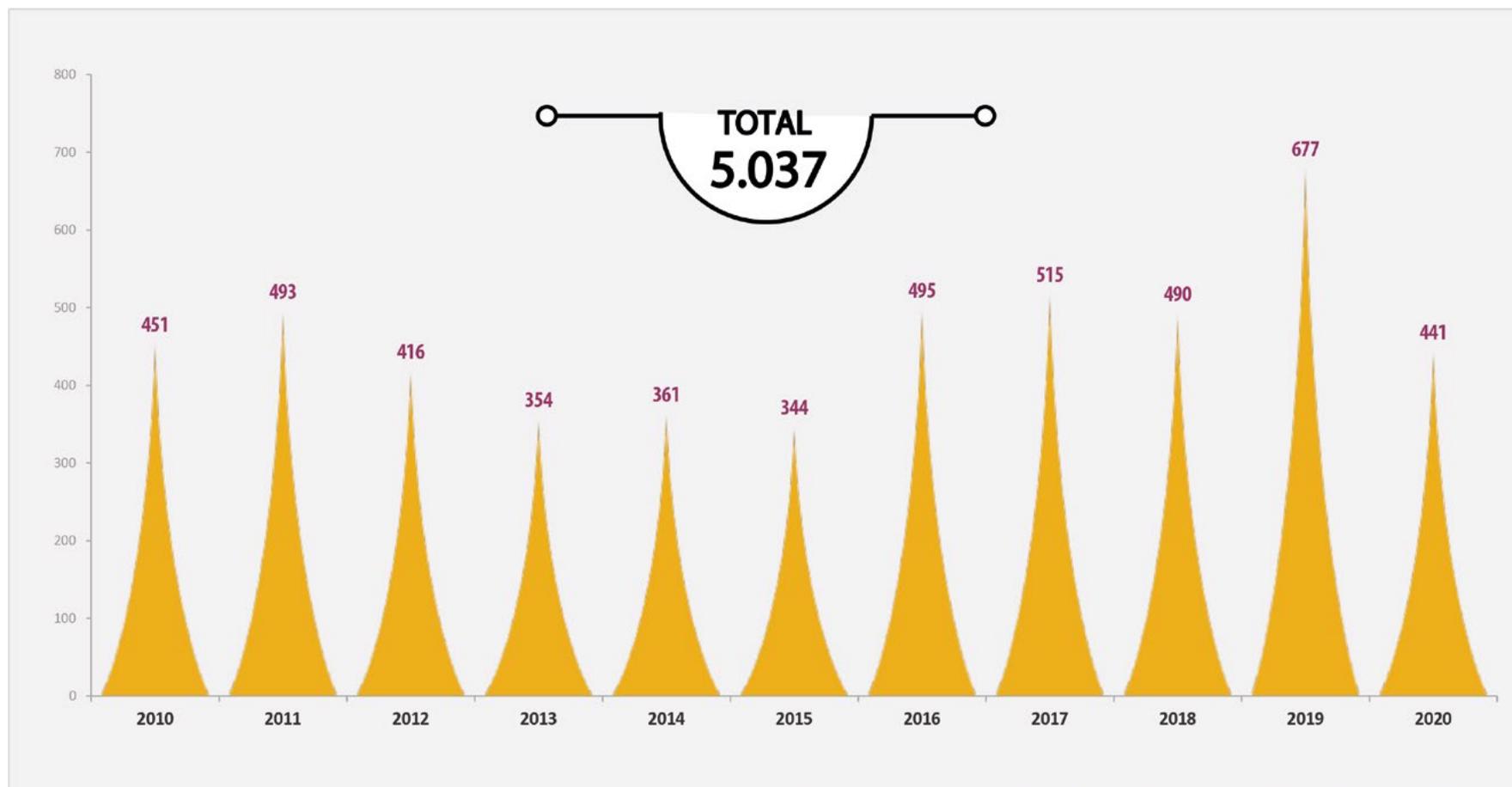
OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



Periodo 2010 - 2020





# Evolución de las colegiaciones y agresiones

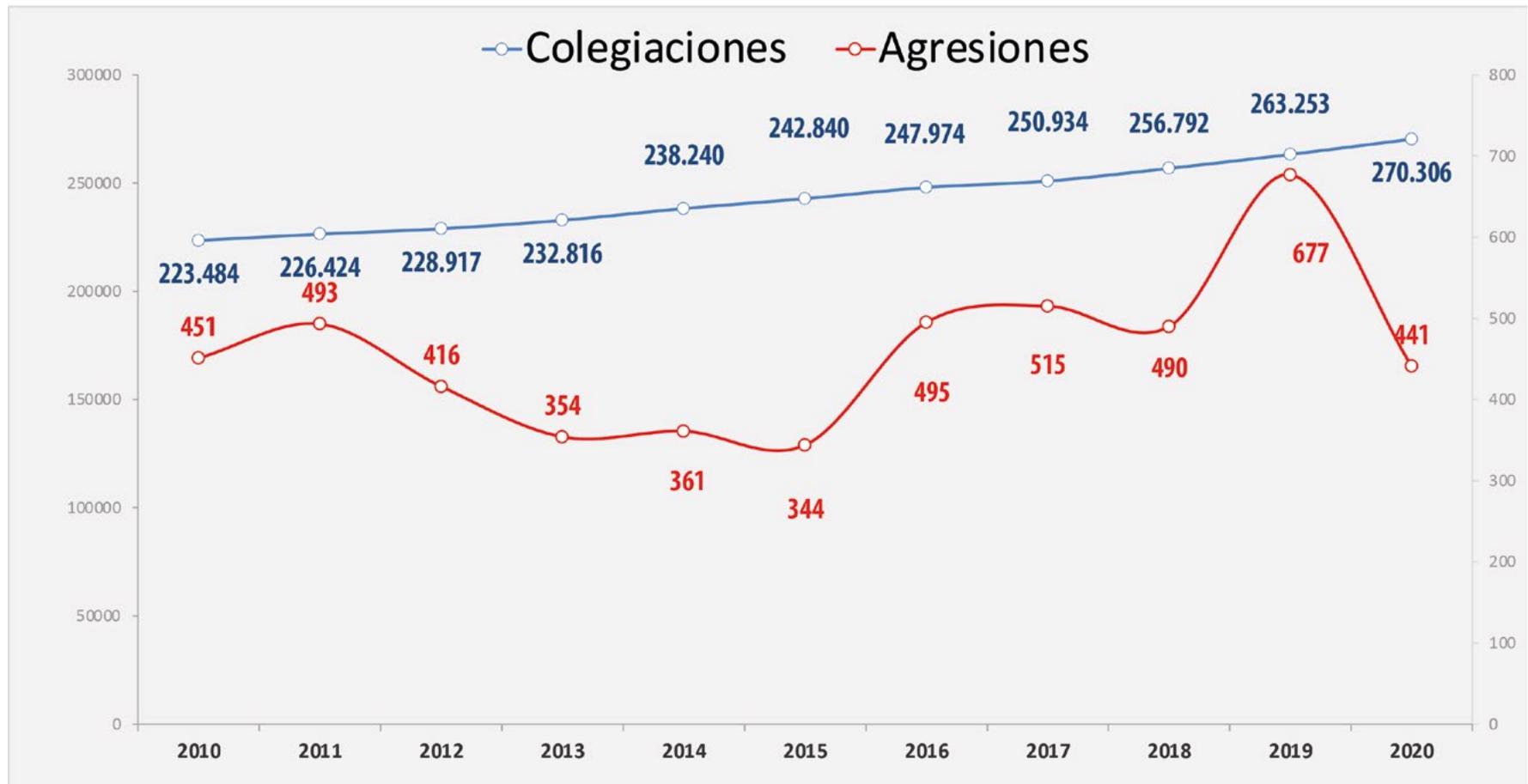
OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



Periodo 2010 - 2020





# Agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos

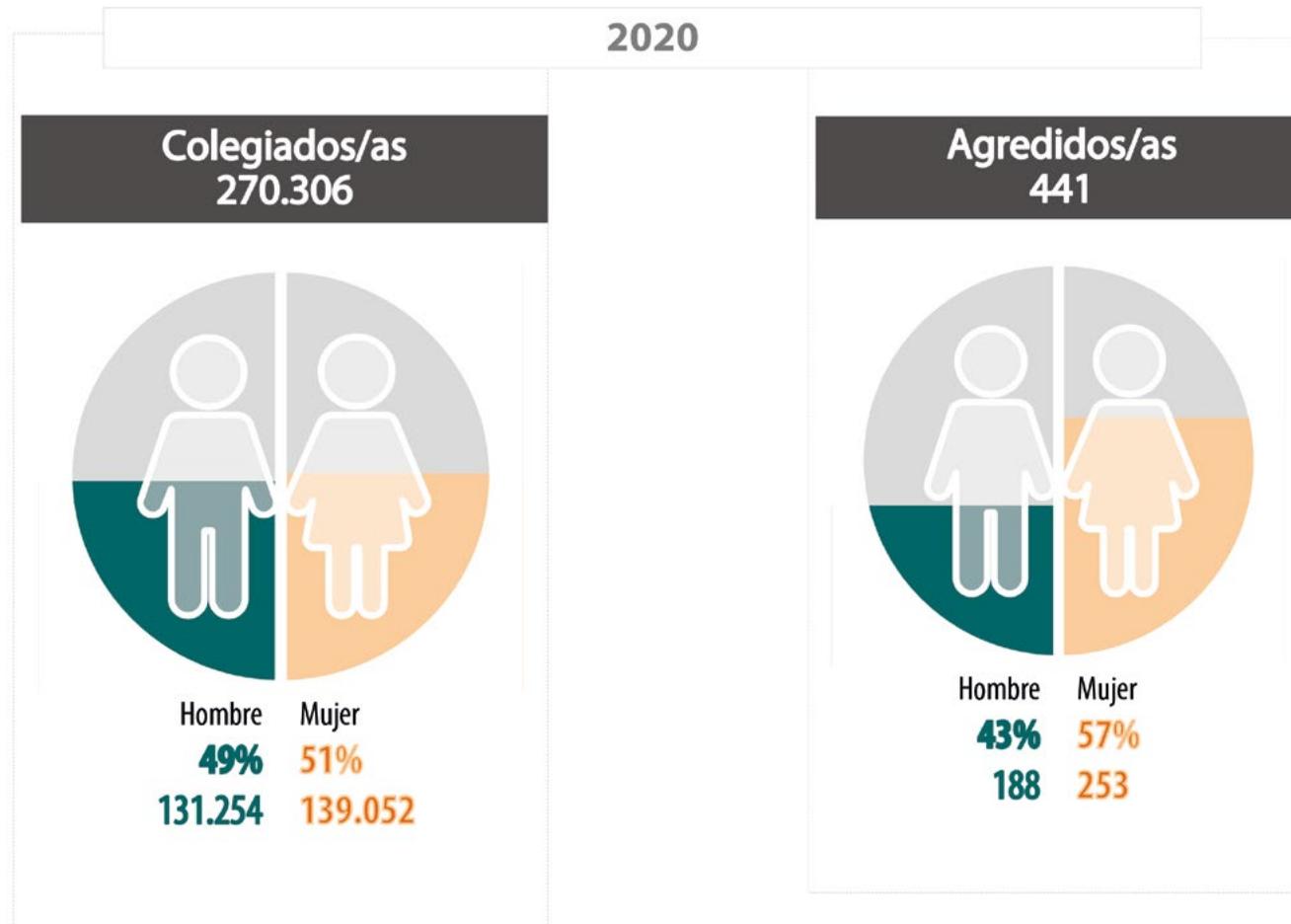
OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



## Distribución de agresiones por sexo





# Agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos

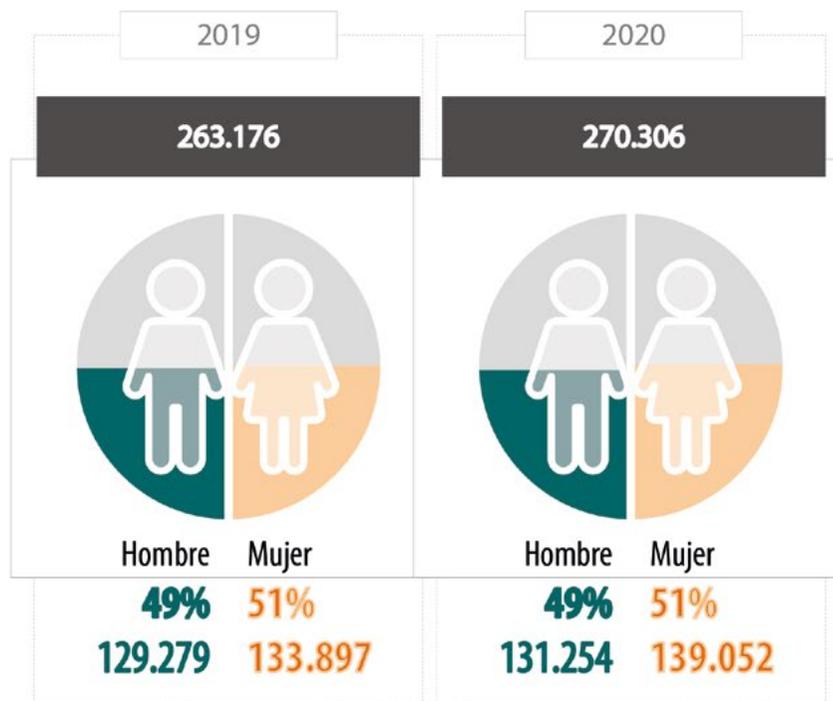
OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

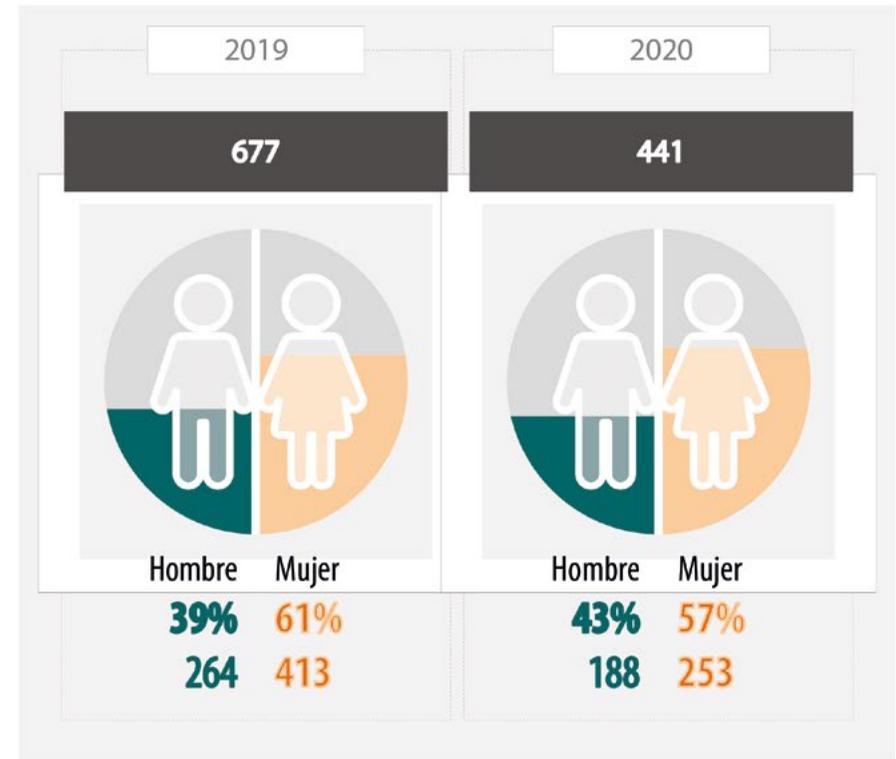
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



## Distribución de agresiones por sexo



Colegiados/as



Agredidos/as



# Evolución de las agresiones según sexo

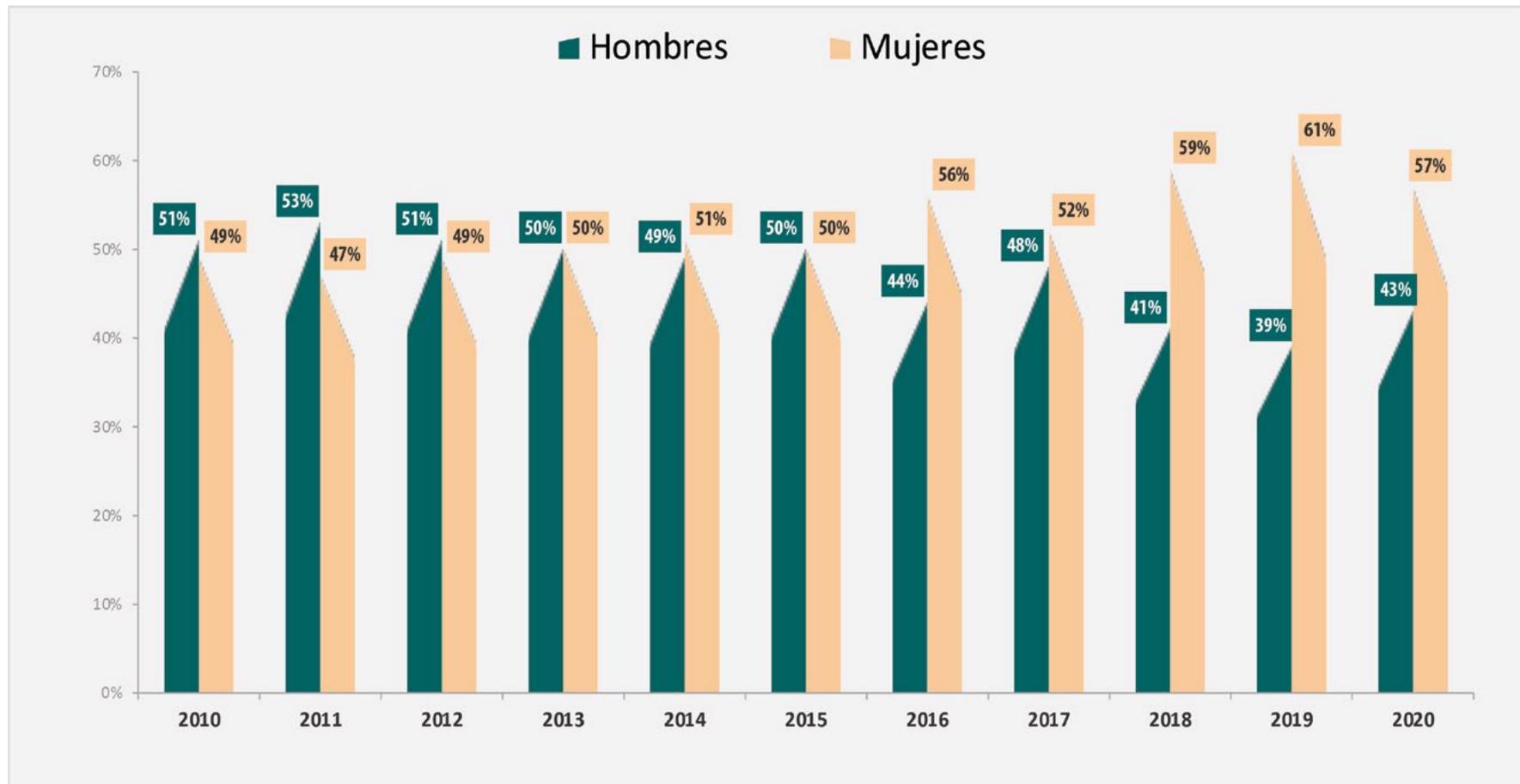
OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



Periodo 2010 - 2020





# Incidencia acumulada de agresiones en España

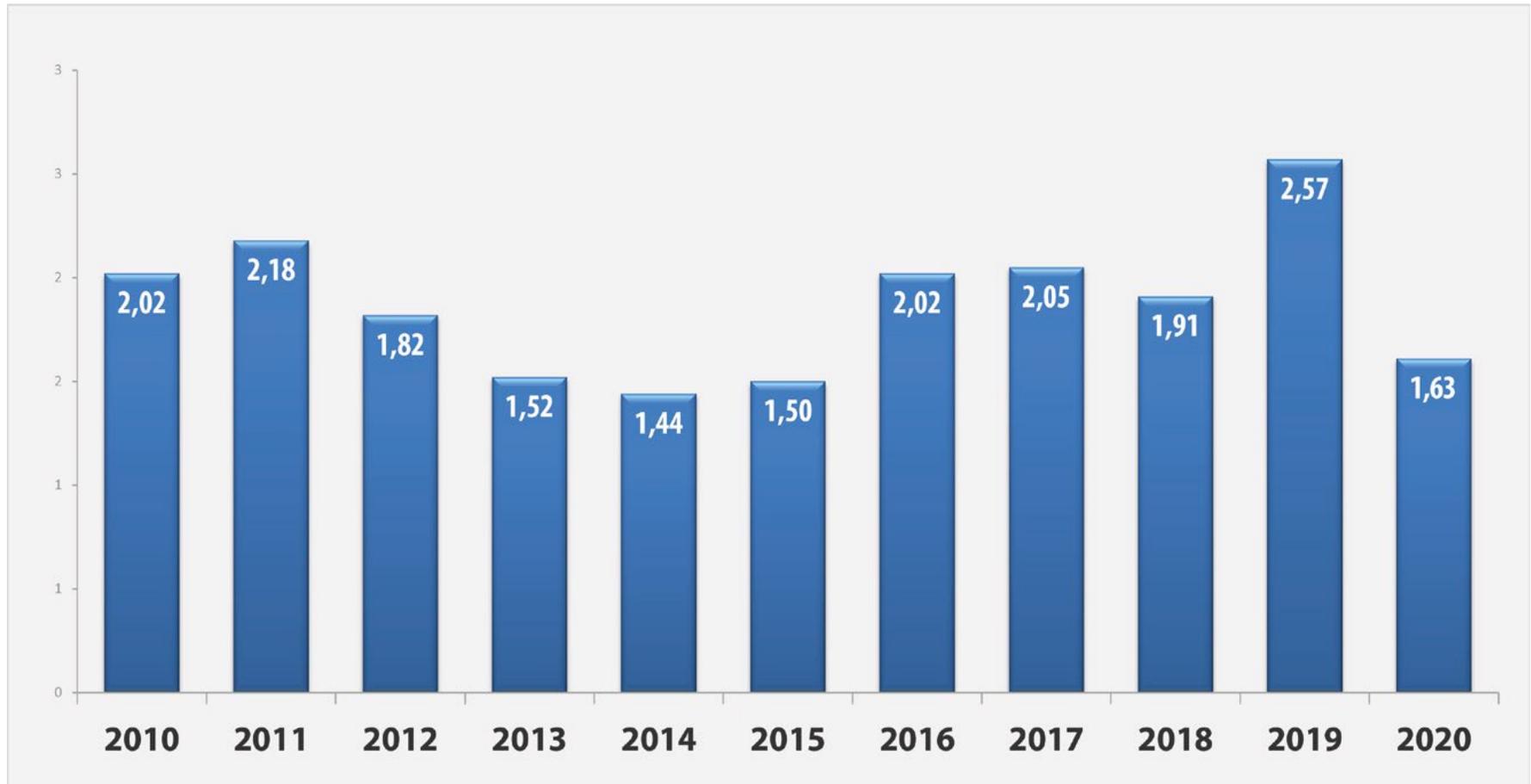
OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



(Por 1.000 colegiados/as) Periodo 2010 - 2020





# Comunicaciones de agresiones por cada mil médicos/as colegiados/as

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



2020



Comunidad Autónoma	Total colegiados/as	Total agresiones	Total agresiones * 1000
Cantabria	3795	16	4,22
Extremadura	5911	24	4,06
Melilla	322	1	3,11
Balears, Illes	6141	16	2,61
Andalucía	42859	110	2,57
Cataluña	38603	93	2,41
Murcia, Región de	8011	17	2,12
Rioja, La	1794	3	1,67
Comunidad Valenciana	27508	43	1,56
Aragón	9451	14	1,48
Asturias, Principado de	6870	8	1,16
Castilla y León	15512	17	1,10
Castilla-La Mancha	9745	10	1,03
Madrid, Comunidad de	47611	43	0,90
País Vasco	14739	12	0,81
Galicia	14817	7	0,47
Navarra, Comunidad Foral de	4414	2	0,45
Canarias	11853	5	0,42
Ceuta	350	0	0,00
<b>Total</b>	<b>270.306</b>	<b>441</b>	<b>1,63</b>

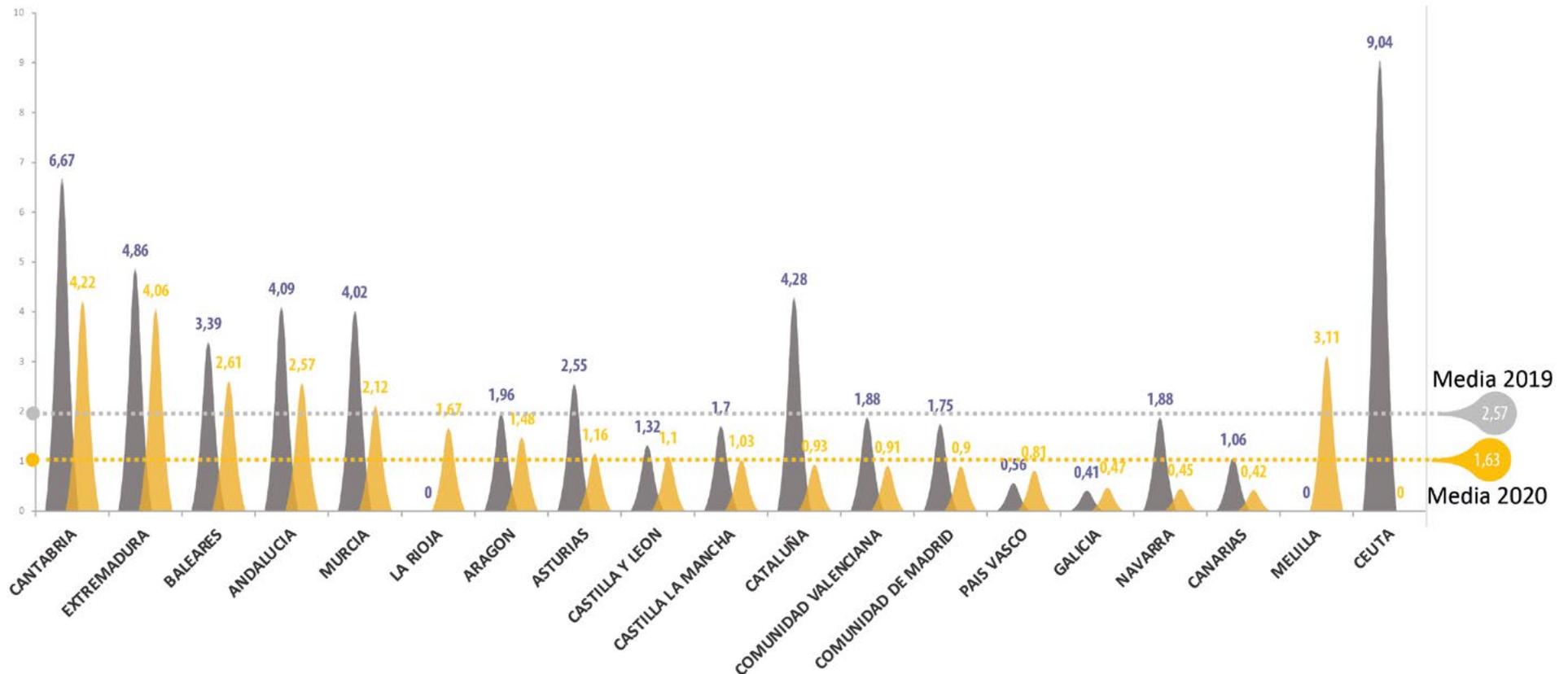


# Comunicaciones de agresiones por cada mil médicos/as colegiados/as

2019 - 2020

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



# Conclusiones

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos

- El número total de agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos en el año 2020 asciende a 441, lo que significa un descenso del 35% respecto a las comunicadas en el año 2019, que había sido la cifra más alta de los últimos diez años, con un total de 677.
- En los años 2019 y 2020, seis de cada diez agresiones han sido sufridas por mujeres, un nivel ligeramente superior al año 2018 (+2,2%). La proporción de colegiadas también se ha incrementado ligeramente.
- El número de colegiados/as ha aumentado en los últimos 10 años. No obstante, el número de agresiones anuales fluctúa en la última década, salvo en el año 2019 que presenta un incremento significativo y el año 2020 debido a la pandemia por la COVID19, ha descendido, probablemente por el confinamiento sufrido durante el estado de alarma.
- El número de agresiones por sexo ha variado a lo largo de los diez últimos años. En los años 2010, 2011 y 2012 los hombres sufrían un número ligeramente superior de agresiones, sin embargo, desde el año 2013 la tendencia se invirtió, y estos últimos años se ha acrecentado el número de agresiones a mujeres alcanzando el 61% en 2019 del total de agresiones y el 58% en 2020.
- La incidencia de agresiones en España, en el año 2019, alcanzó un 2,57 por cada mil colegiados. Una cifra superior a las obtenidas en los últimos años, reflejando que el incremento significativo de las agresiones en 2019 no viene especialmente generado por el habitual aumento del número de colegiados. Lógicamente, en 2020 la incidencia ha disminuido.
- La Comunidad de Madrid presenta el mayor número de colegiados, sin embargo, es en Andalucía donde se producen mayor número de agresiones (110).
- Analizando la incidencia por Comunidades Autónomas, es en Cantabria, Extremadura y Melilla, donde más se ha incrementado.

# 09

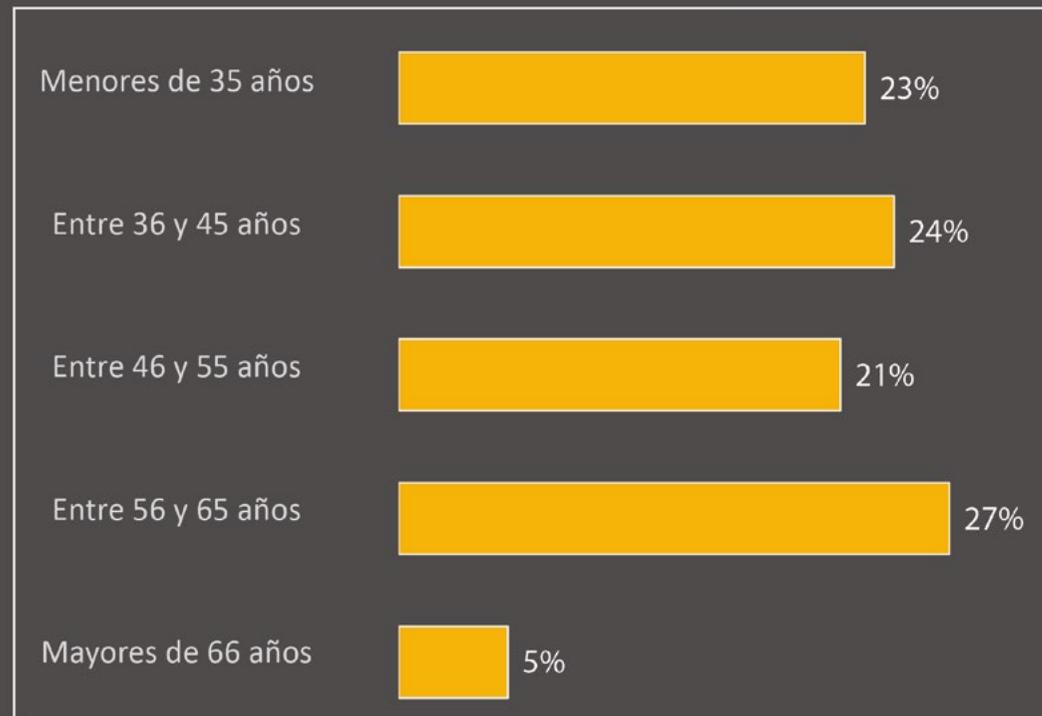
## Distribución por edades





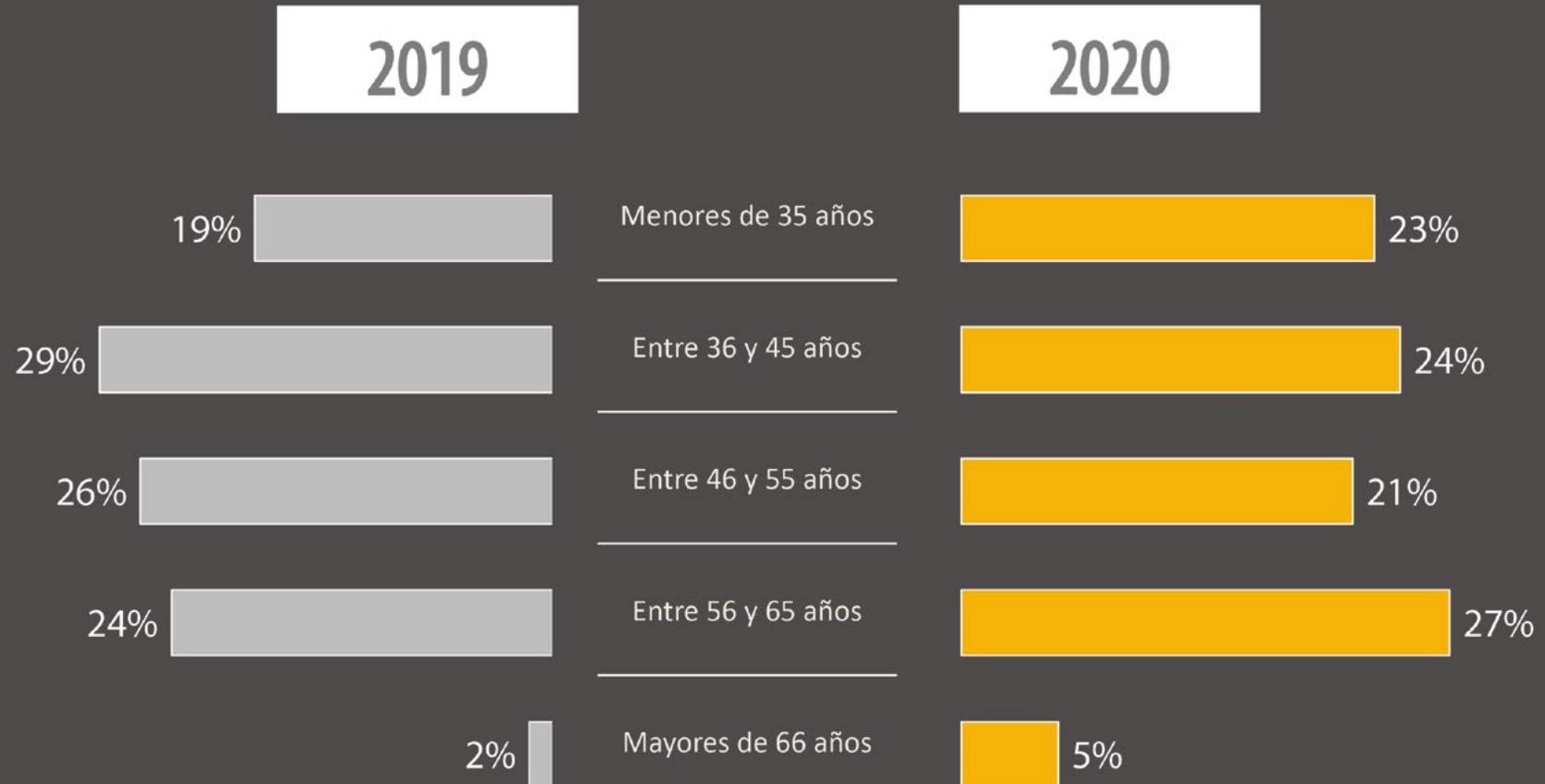
## DISTRIBUCIÓN POR EDADES de los médicos/as agredidos/as

2020





## DISTRIBUCIÓN POR EDADES





OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## DISTRIBUCIÓN POR EDADES Evolutivo 2010-2020

AÑOS

EDAD AGREDIDOS	AÑOS										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Menores de 35 años	15%	12%	15%	13%	14%	17%	15%	16%	21%	19%	23%
Entre 36 y 45 años	30%	26%	26%	29%	27%	27%	27%	28%	25%	29%	24%
Entre 46 y 55 años	37%	44%	40%	36%	31%	33%	30%	27%	25%	26%	21%
Entre 56 y 65 años	17%	17%	19%	19%	27%	22%	27%	27%	27%	24%	27%
Mayores de 66 años	1%	1%	0%	3%	2%	1%	1%	2%	2%	2%	5%

Señalado en círculo el valor mas alto de cada año



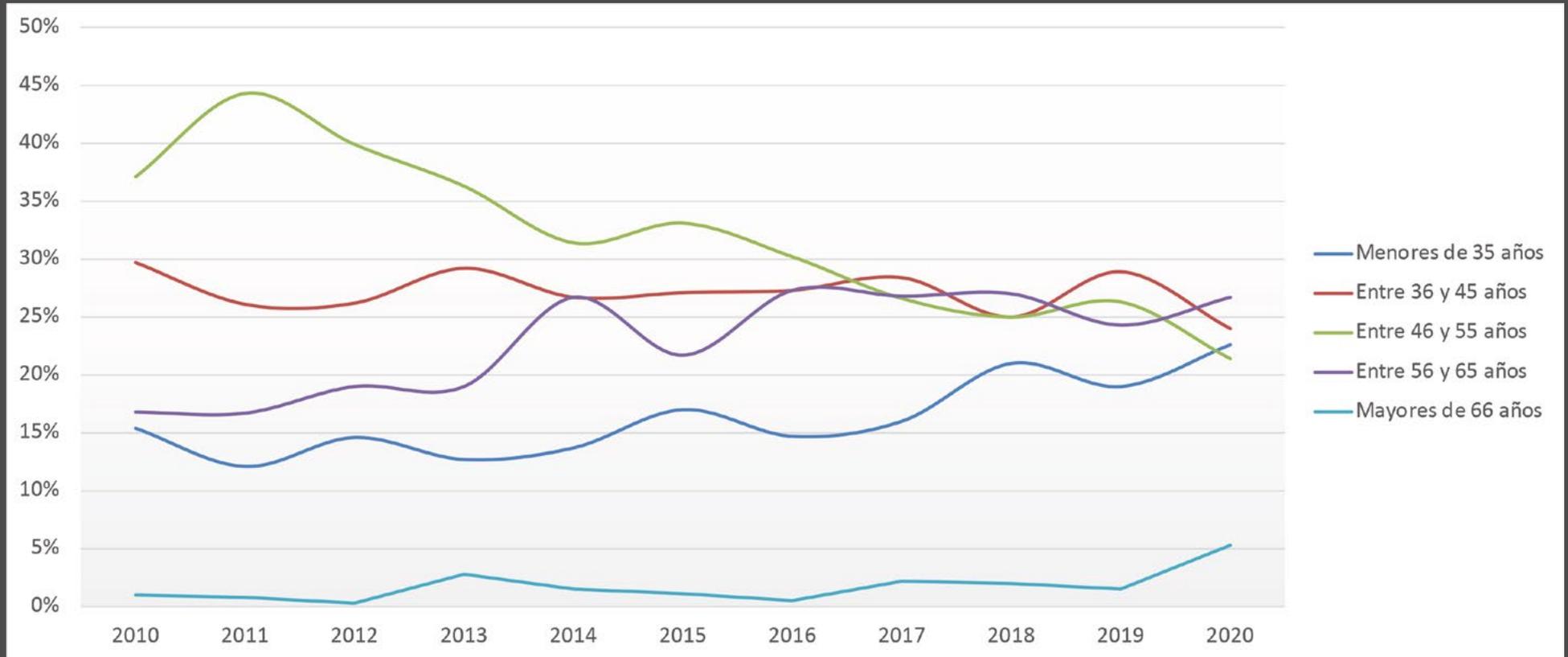
OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## DISTRIBUCIÓN POR EDADES Evolutivo 2010-2020





# Comparativa por tramos de edad de los colegiados y las agresiones sufridas

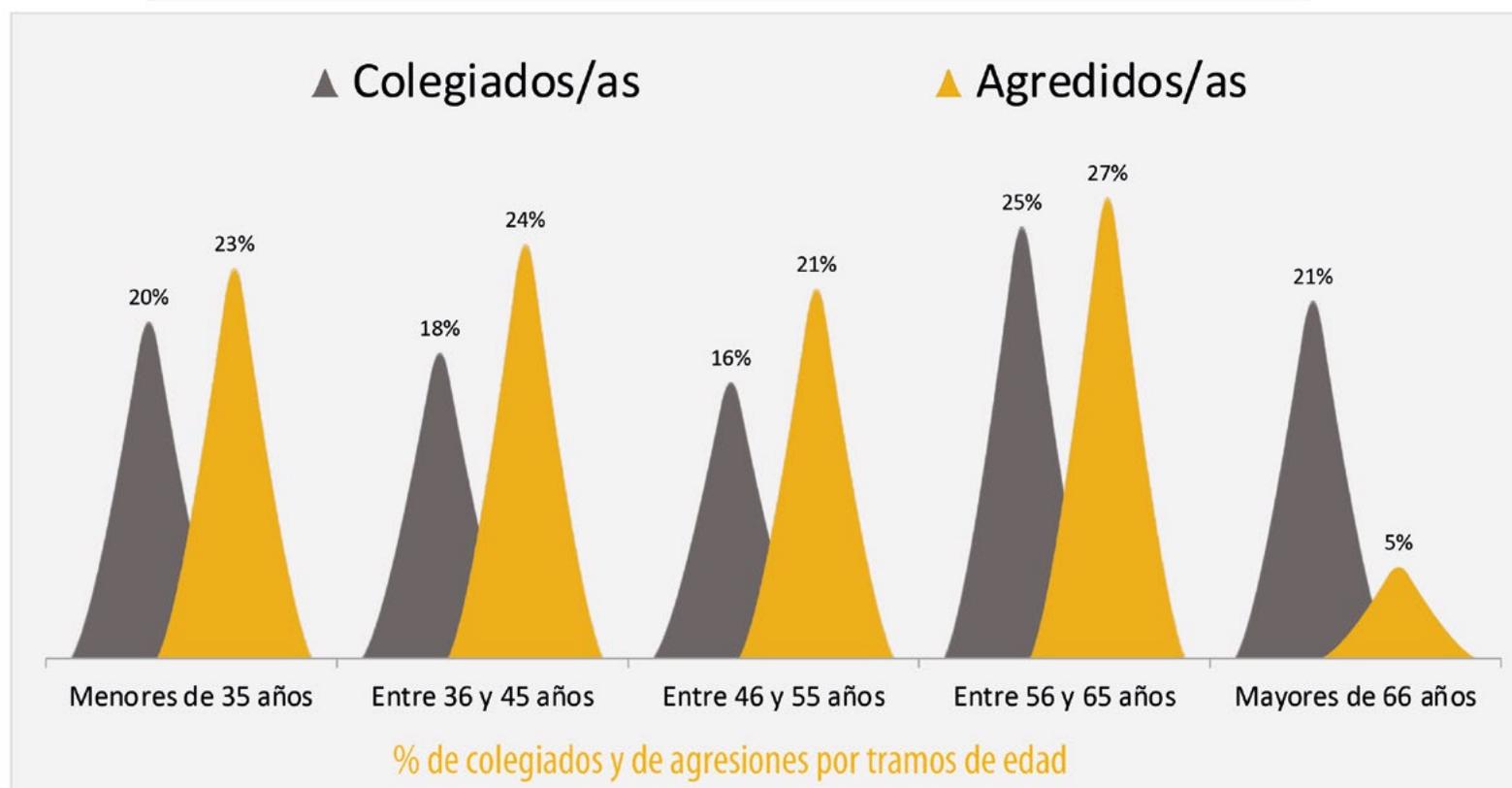
OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



2020





# Comparativa por tramos de edad

OMC

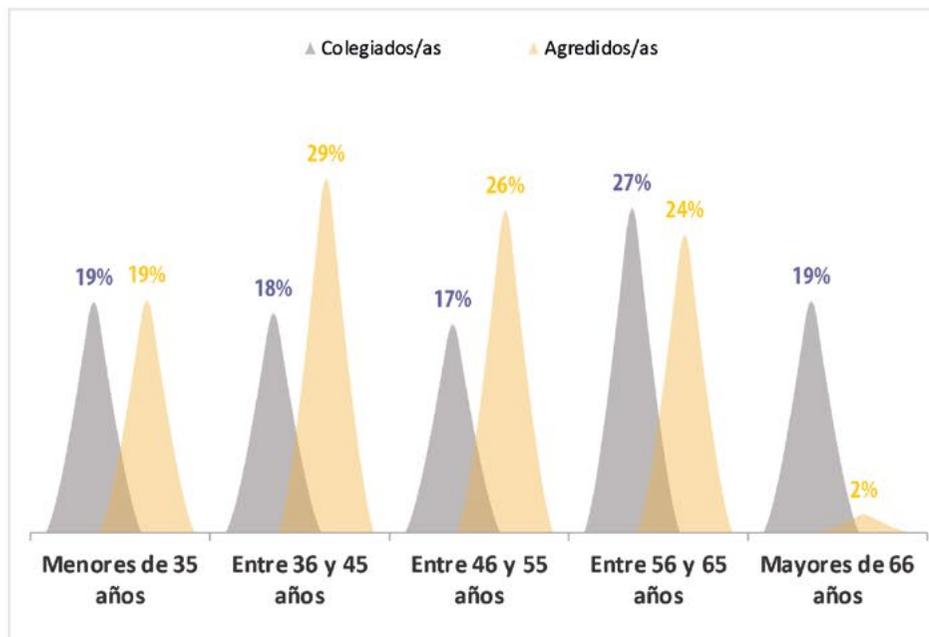
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

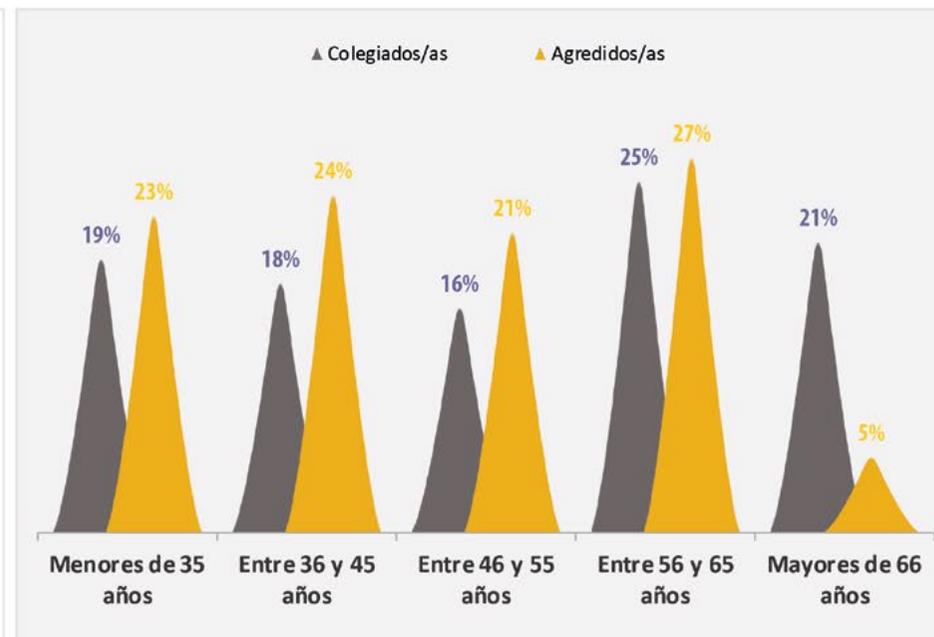


## Agresiones y colegiados por edades

2019



2020





# Distribución por tramos de edad y sexo

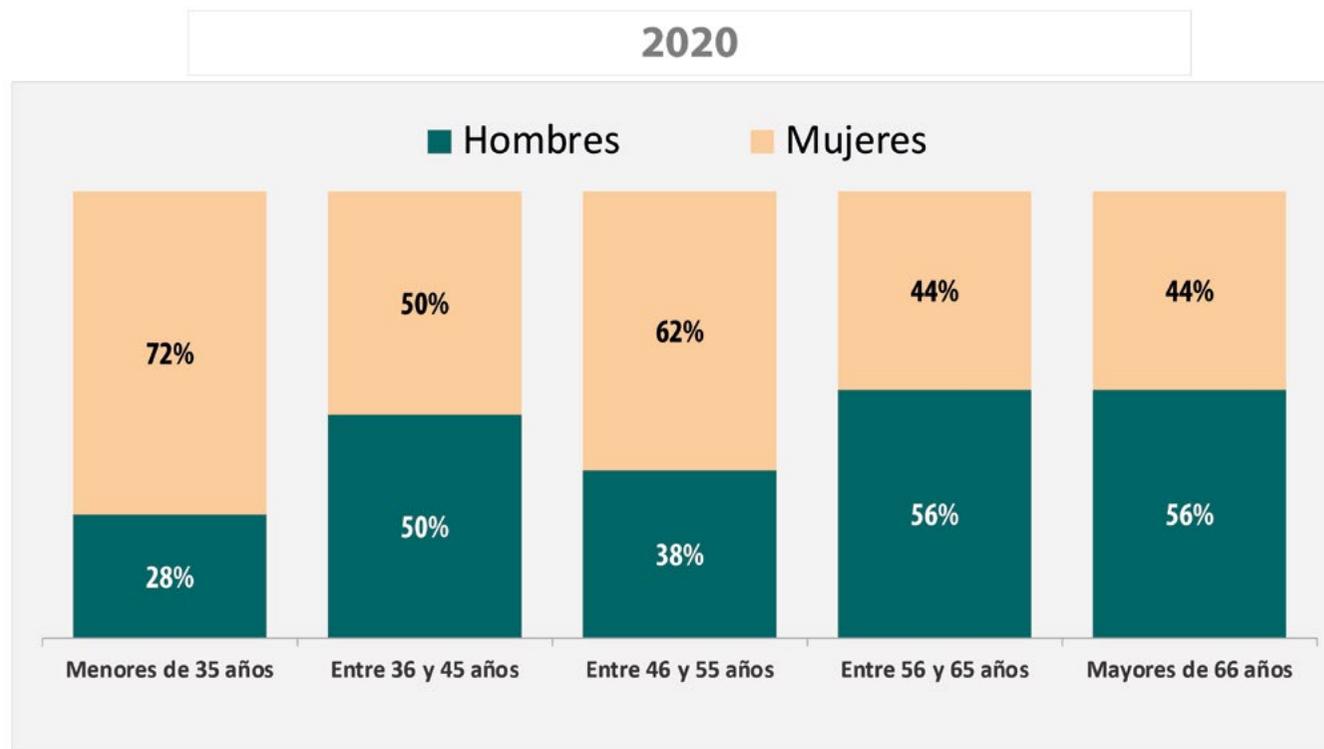
OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



## Distribución de agresiones por edad y sexo





# Comparativa por tramos de edad

OMC

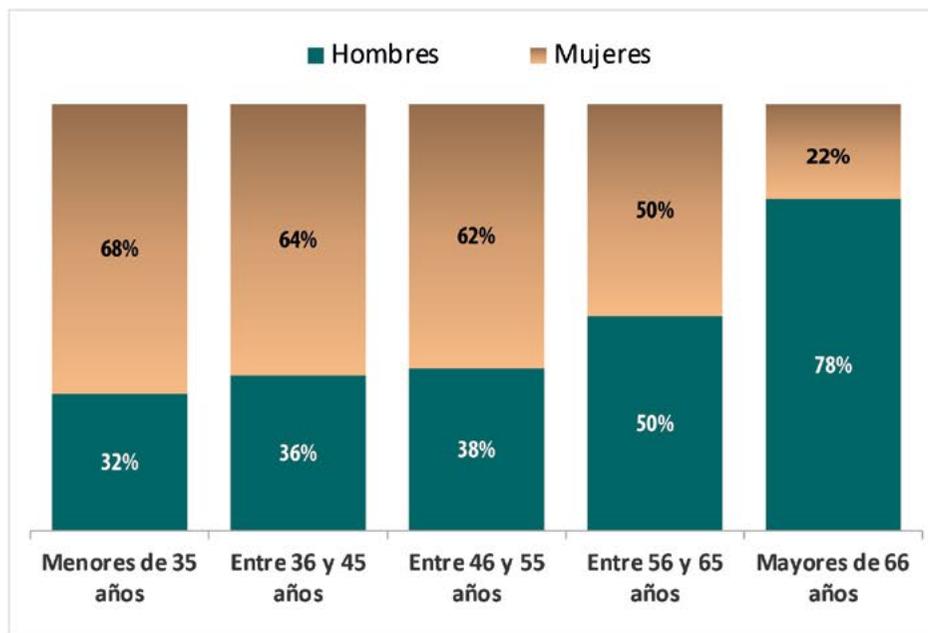
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

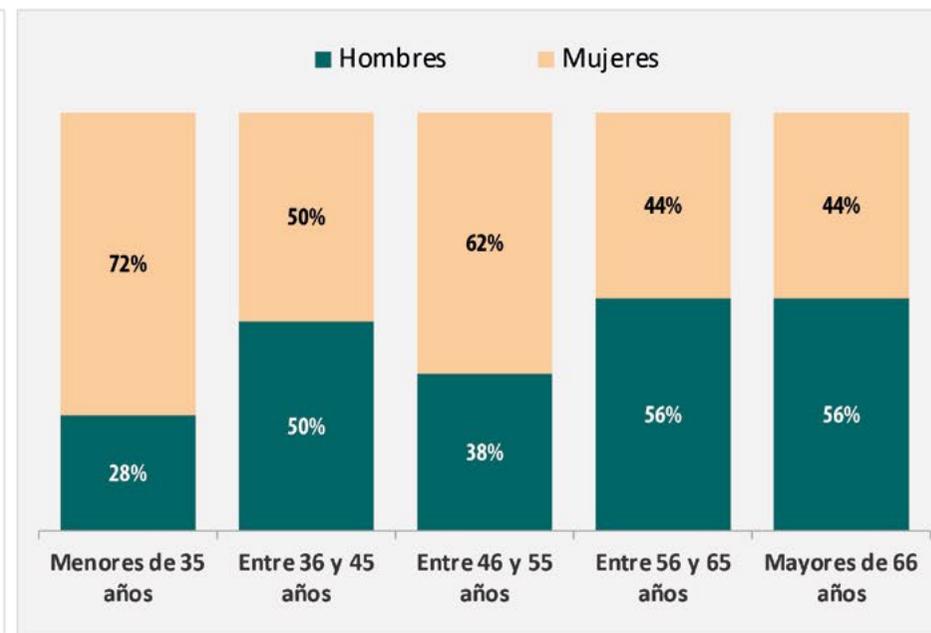


## Distribución de agresiones por edad y sexo

2019



2020



# Conclusiones

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Distribución por edades

- Las agresiones las sufren mayoritariamente los colegiados entre los 56 y los 65 años, seguidos del grupo de edad entre 36 y 55 años.
- Por el contrario, los que menos sufren las agresiones son el grupo de edad de menos de 46 a 55 años, y especialmente los mayores de 66 años.
- La distribución del número de agresiones por la edad de los agredidos se muestra vinculada con el número de colegiados en ese tramo de edad, puesto que el mayor grupo de colegiados se encuentran entre los 56 y 65 años, igual que el número de agredidos/as.
- A mayor edad se produce una mayor proporción de agresiones a hombres, una tendencia que se invierte en el caso de las mujeres que a menor edad mayor proporción de las agresiones sufridas en 2020.

# 10 Datos según la tipología y edad del agresor





OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

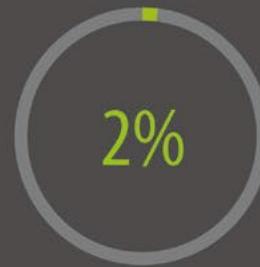
CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Tipología de los agresores



2020





OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Tipología de los agresores





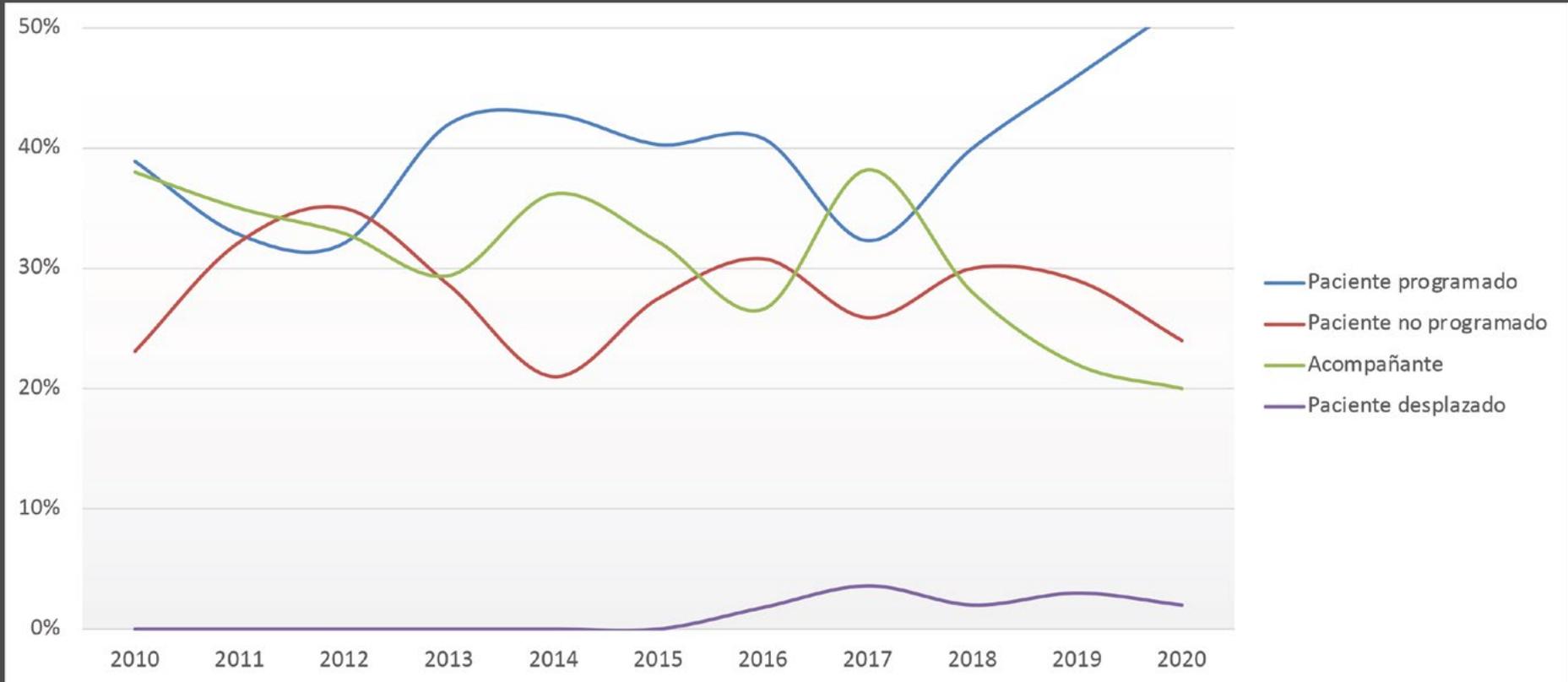
## Tipología de los agresores Evolutivo 2010-2020

TIPOLOGÍA AGRESORES/AS	AÑOS										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Paciente programado	39%	33%	32%	42%	43%	40%	41%	32%	40%	46%	52%
Paciente no programado	23%	32%	35%	29%	21%	28%	31%	26%	30%	29%	25%
Acompañante	38%	35%	33%	29%	36%	32%	27%	38%	28%	22%	21%
Paciente desplazado	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	4%	2%	3%	2%

Señalado en círculo el valor mas alto de cada año

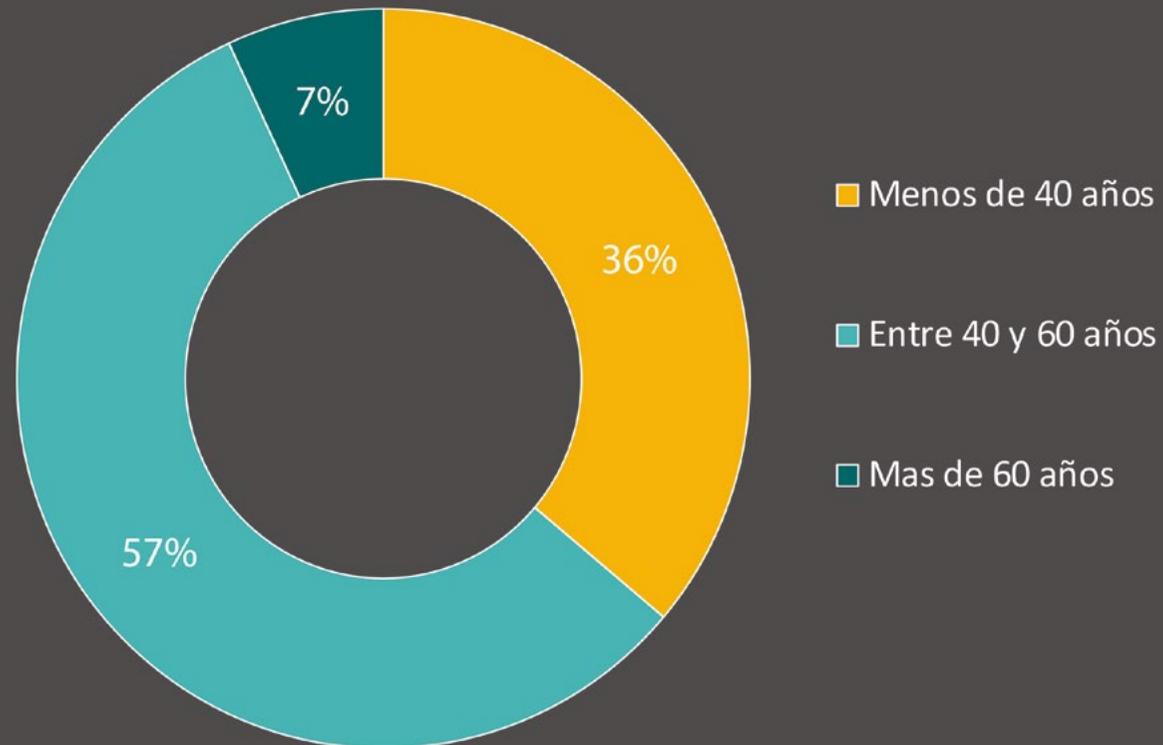


## Tipología de los agresores Evolutivo 2010-2020





## Distribución por edades del agresor/a 2020





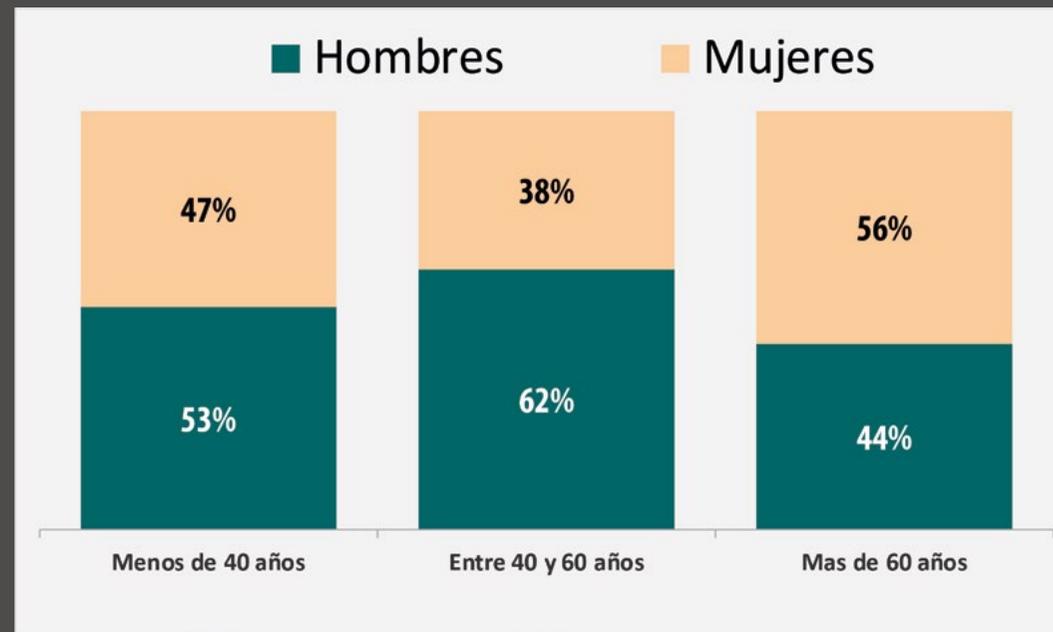
OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Distribución por sexo y edad del agresor/a 2020



# Conclusiones

OMC

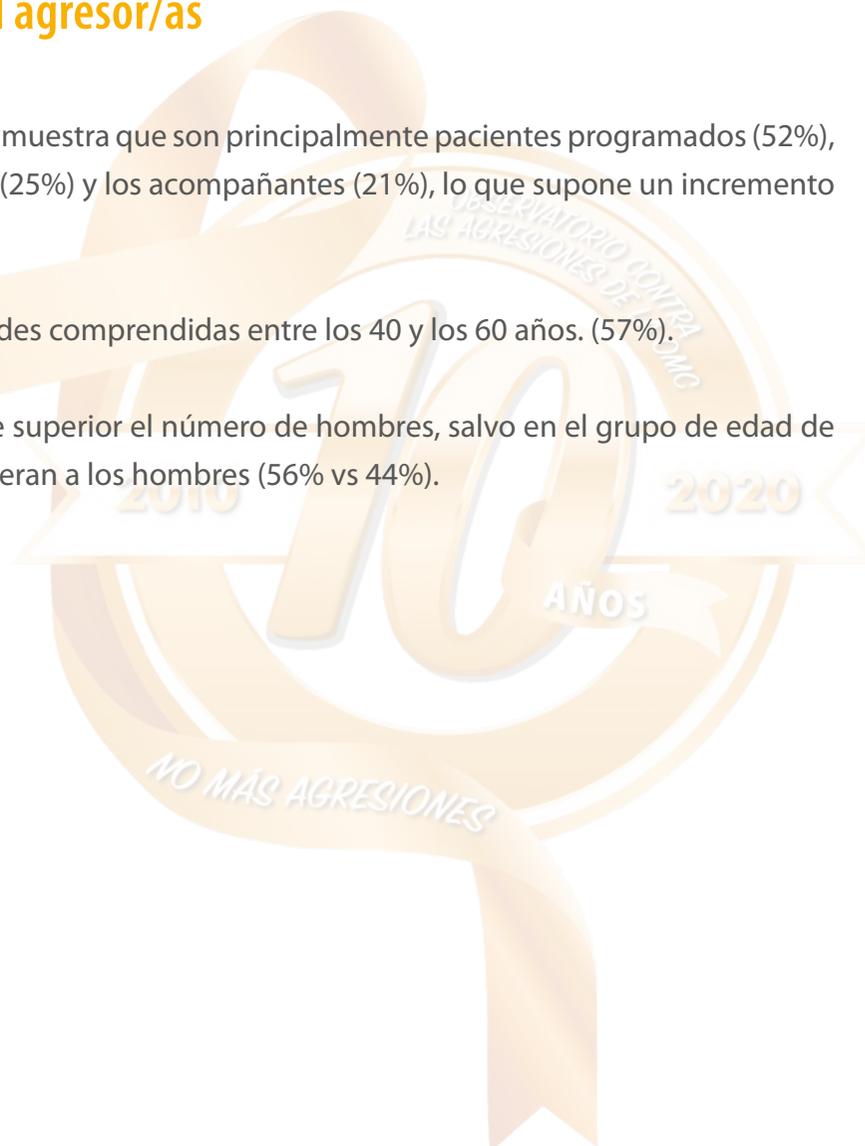
ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



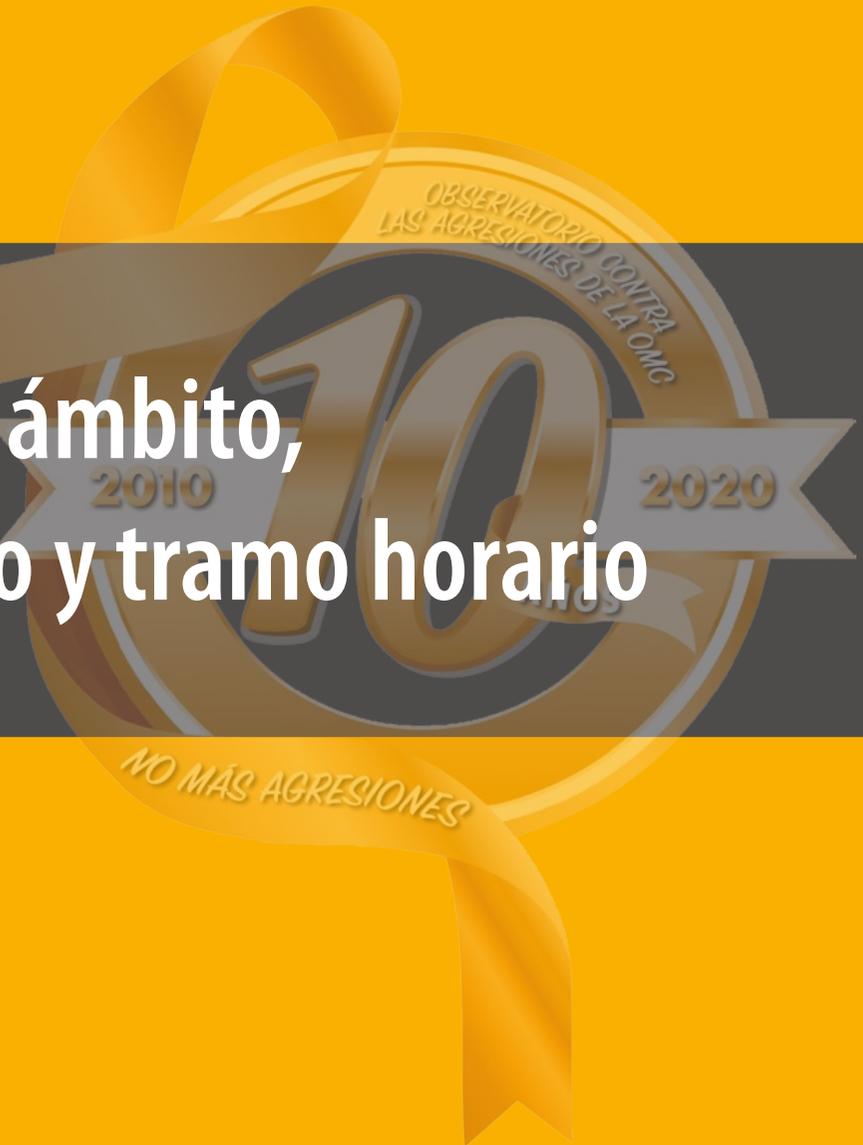
## Datos según la tipología y edad del agresor/as

- La tipología de los agresores en el año 2020, muestra que son principalmente pacientes programados (52%), seguidos de los pacientes no programados (25%) y los acompañantes (21%), lo que supone un incremento de los pacientes programados.
- Los agresores son en mayor medida de edades comprendidas entre los 40 y los 60 años. (57%).
- Por sexo, entre los agresores es ligeramente superior el número de hombres, salvo en el grupo de edad de mayores de 60 años, donde las mujeres superan a los hombres (56% vs 44%).



## 11

# Datos según el ámbito, tipo de ejercicio y tramo horario





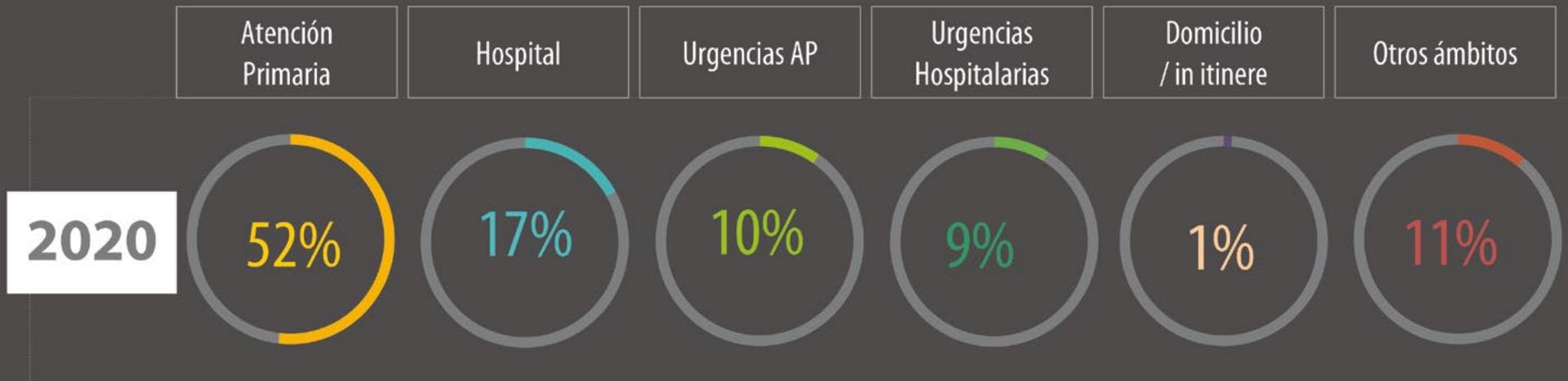
OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Ámbitos en las que se produce la agresión



2020

52%

17%

10%

9%

1%

11%



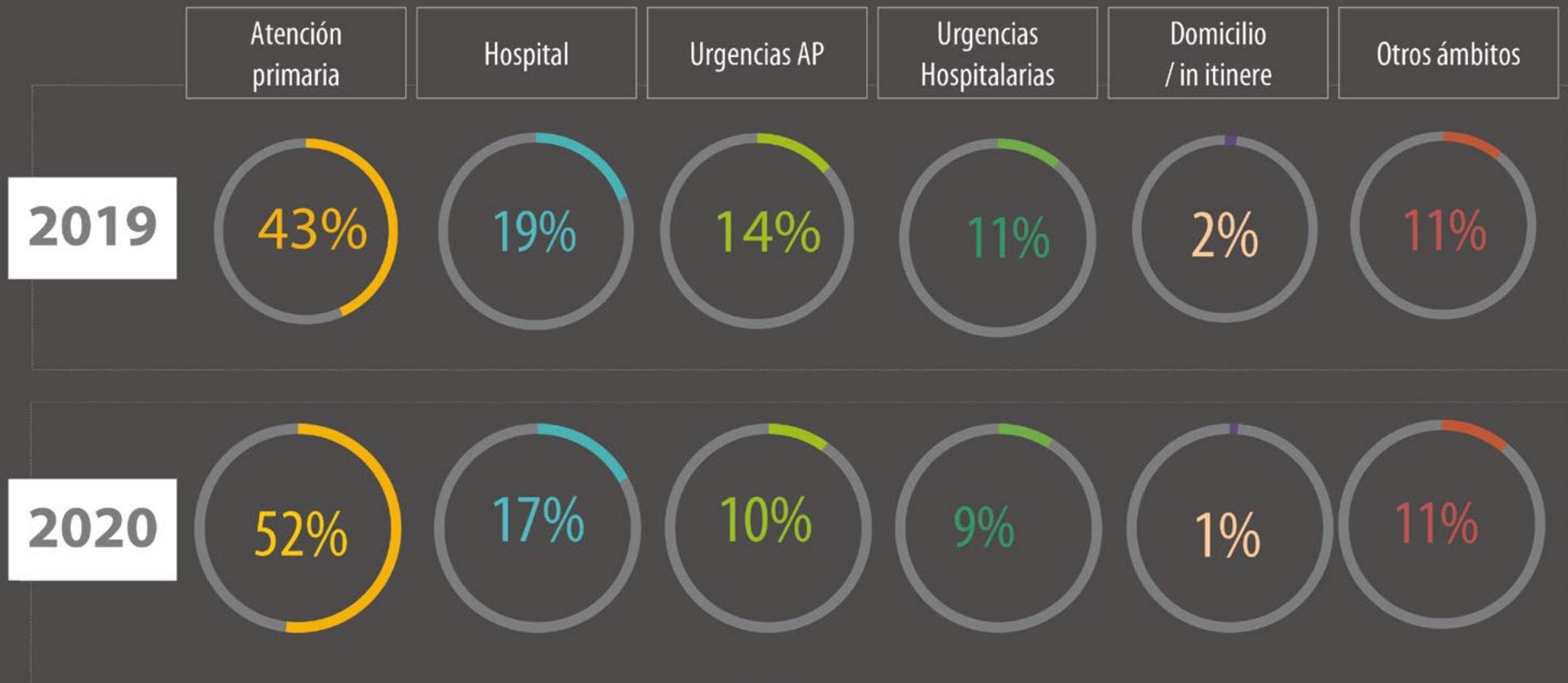
OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Ámbitos en las que se produce la agresión





## Ámbitos en las que se produce la agresión Evolutivo 2010-2020

ÁMBITOS AGRESIÓN	AÑOS										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Atención Primaria</b>	57%	57%	56%	49%	48%	54%	48%	38%	45%	43%	52%
<b>Hospital</b>	12%	13%	12%	17%	16%	18%	14%	15%	20%	19%	17%
<b>Urgencias AP</b>	8%	12%	11%	8%	11%	10%	15%	11%	9%	14%	10%
<b>Urgencias Hospitalarias</b>	12%	7%	10%	10%	10%	8%	9%	7%	12%	11%	9%
<b>Domicilio / Itinere</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	1%
<b>Otros ámbitos</b>	11%	12%	12%	17%	16%	11%	14%	29%	15%	11%	11%

Señalado el valor mas alto de cada año



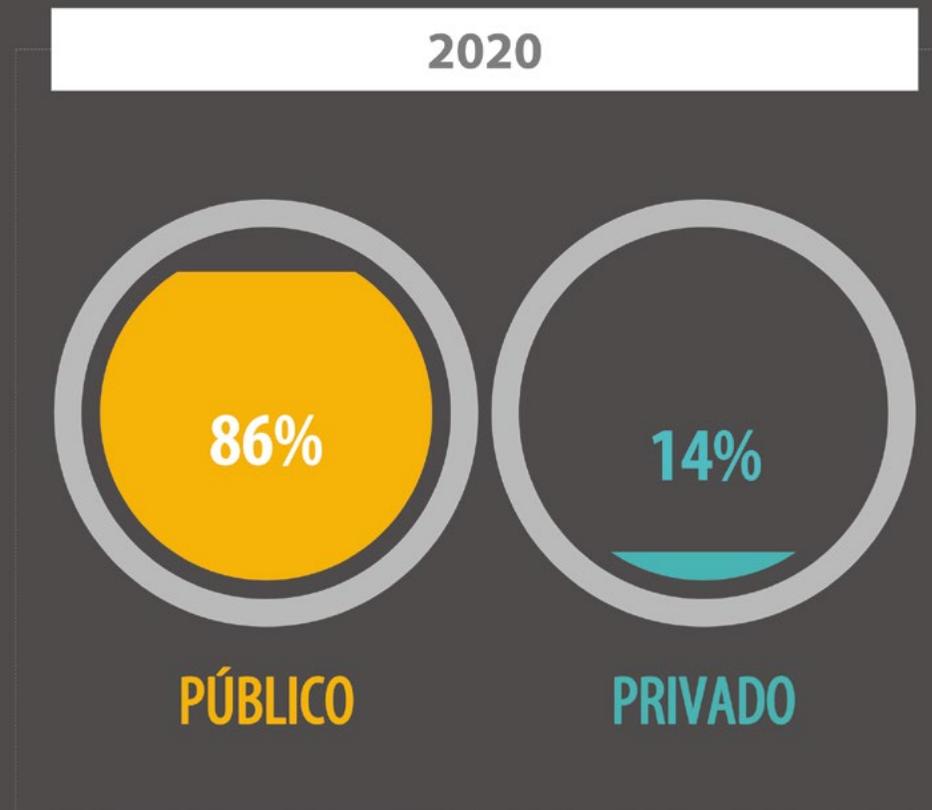
OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Tipo de ejercicio en el que se ha producido la agresión





OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Tipo de ejercicio en el que se ha producido la agresión

2019

2020

89%

11%

PÚBLICO

PRIVADO

86%

14%

PÚBLICO

PRIVADO



# Tipo de ejercicio



## Evolución 2010-2020 del ejercicio del agredido





# Tipo de ejercicio

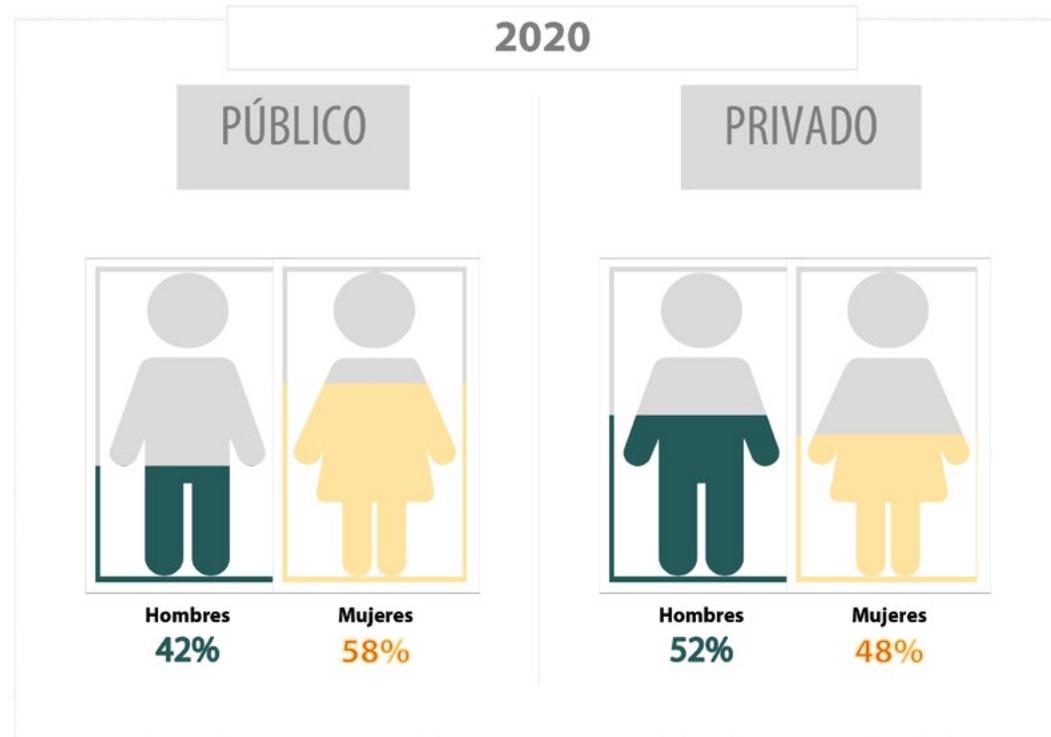
OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Distribución por sexo del agredido/a





# Tipo de ejercicio

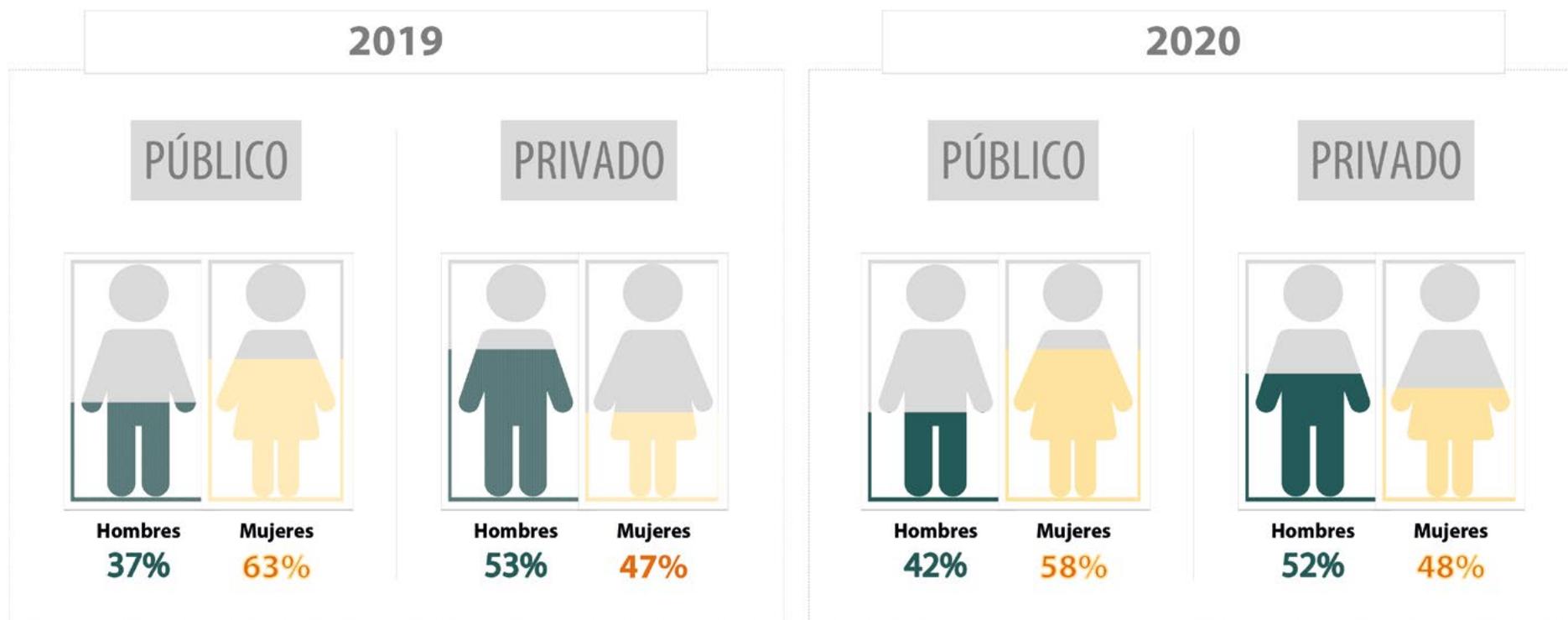
OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Distribución por sexo del agredido/a





# Tramo en el que se produjeron los hechos

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



Porcentaje de agresiones en cada tramo	LABORAL	DESCANSO	DESPLAZAMIENTO	NO LABORAL
	92%	1%	1%	6%

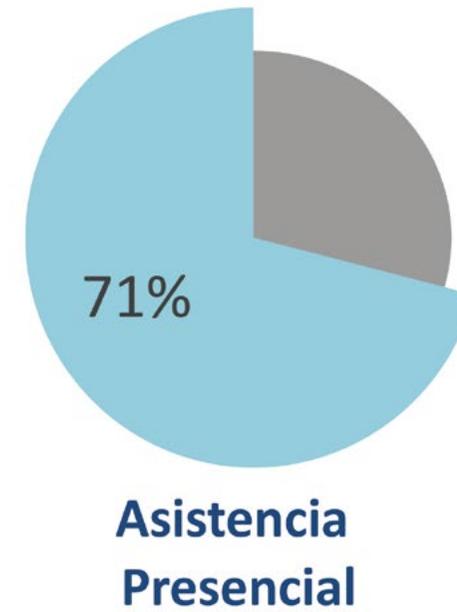
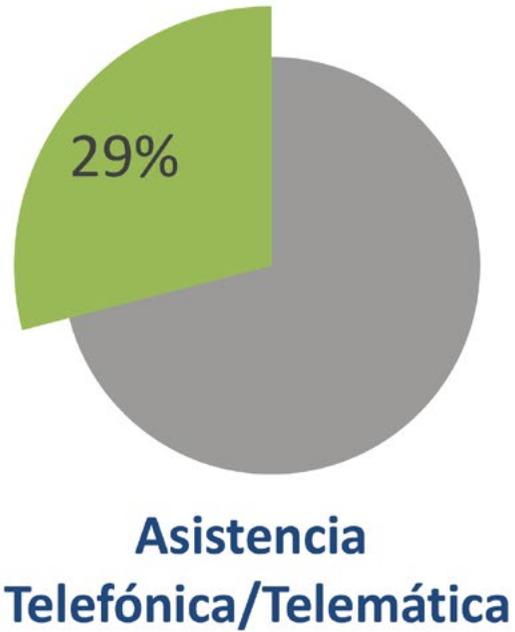


# Vía en que se produce la agresión

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



# Conclusiones

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Datos según el ámbito, tipo de ejercicio y tramo horario

- El ámbito donde en 2020 se producen más agresiones es, al igual que en el año anterior, en Atención Primaria (52%), seguido en menor medida de Hospital (17%) y Urgencias Atención Primaria (10%).
- La evolución a lo largo de los últimos años pone de relieve que las agresiones en la Atención Primaria han ido en descenso respecto al año 2010, sin embargo las agresiones en los hospitales se han incrementado.
- El tipo de ejercicio en el que se ha producido las agresiones en el año 2020 ha sido claramente público, puesto que se ha producido en nueve de cada diez casos.
- Al igual que en el año 2019, en el año 2020 se producen más agresiones a mujeres en el ejercicio público que a hombres, sin embargo en el ejercicio privado, es al revés, puesto que son los hombres los que sufren mayor proporción de agresiones.
- Analizando las agresiones por el momento en el que se produjeron, en nueve de cada diez casos sucedieron en horario laboral del profesional. Tan solo en un 6% se produjeron en horario no laboral, o en desplazamientos. En el tiempo de descanso prácticamente no se produjo ninguna agresión. (1%).

## 12

# Datos según el tipo de agresión, lesiones y daños materiales





OMC

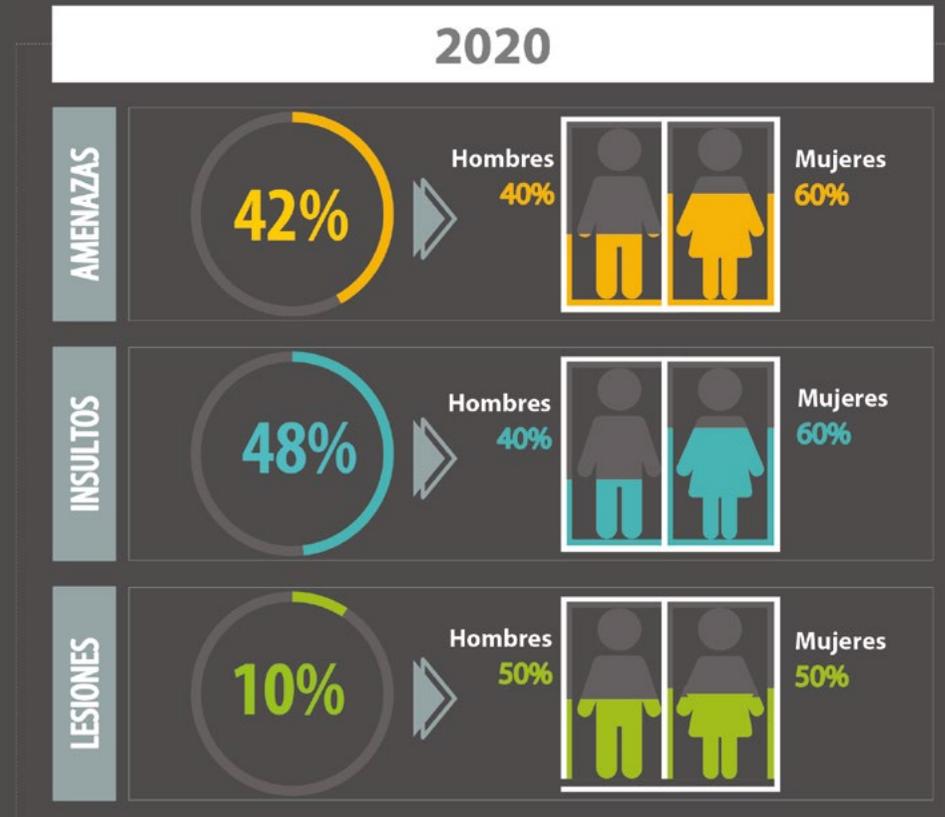


ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Tipo de agresión: porcentaje por sexo del profesional agredido



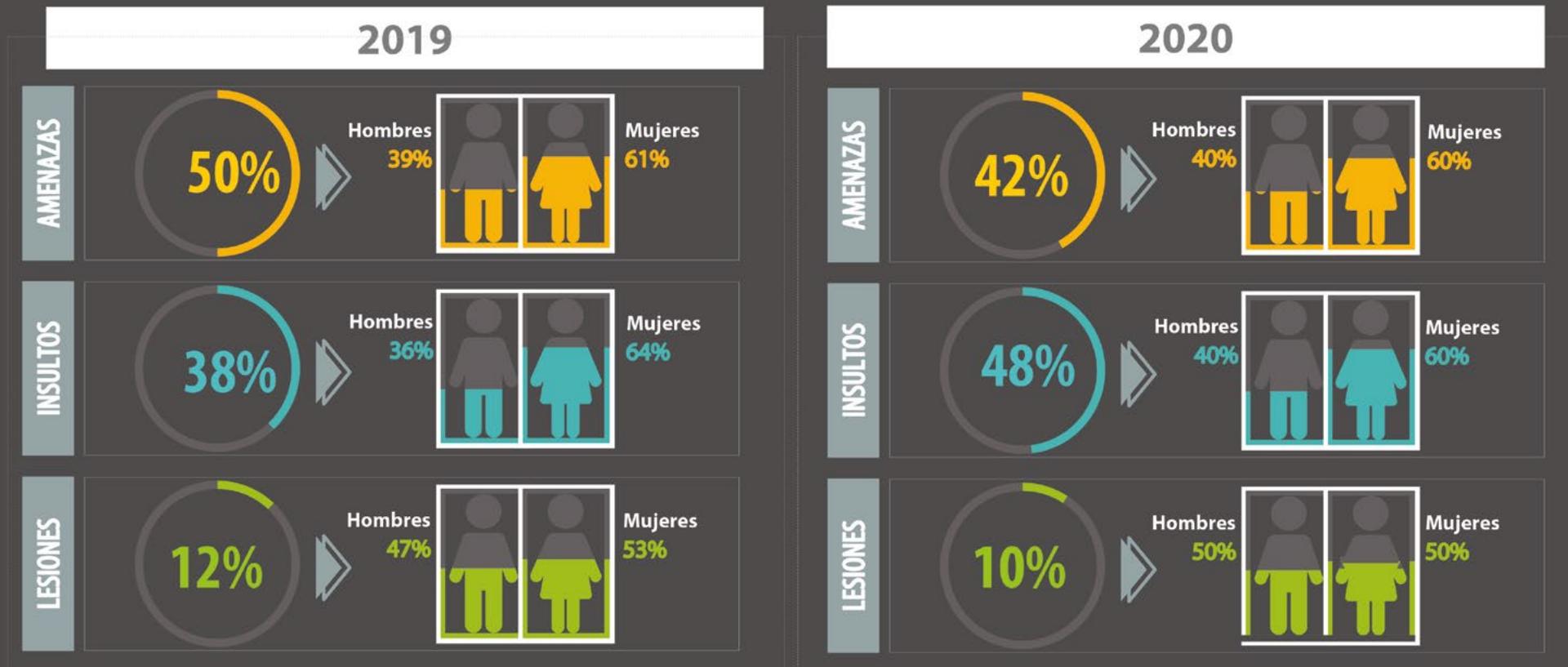


OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Tipo de agresión: porcentaje por sexo del profesional agredido





## TIPO DE AGRESIÓN TOTAL Evolutivo 2010-2020

TIPOS DE AGRESIÓN	AÑOS				
	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Amenazas</b>	41%	56%	51%	50%	42%
<b>Insultos</b>	46%	32%	36%	39%	48%
<b>Lesiones</b>	13%	12%	13%	11%	10%

NOTA. No se incluyó en el formulario la pregunta sobre tipos de agresiones hasta el año 2016.



# Tipo de lesión

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



**56%**  
No físicas

**44%**  
Físicas

2020



# Tipo de lesión

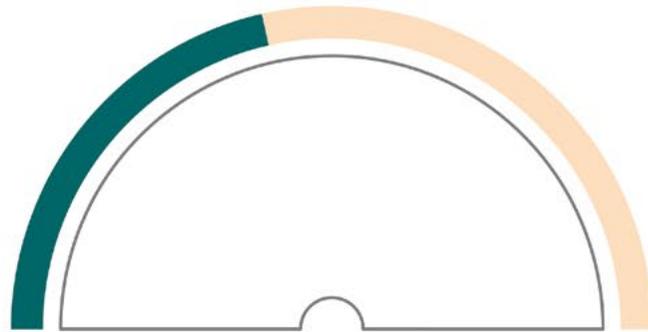
OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



2019



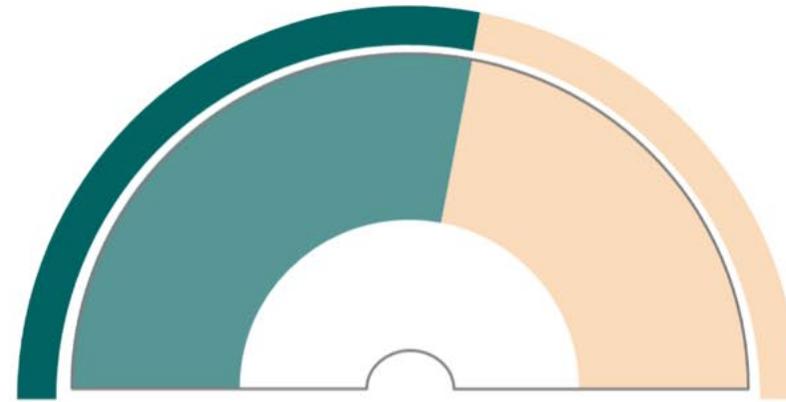
43%

No físicas

57%

Físicas

2020



56%

No físicas

44%

Físicas



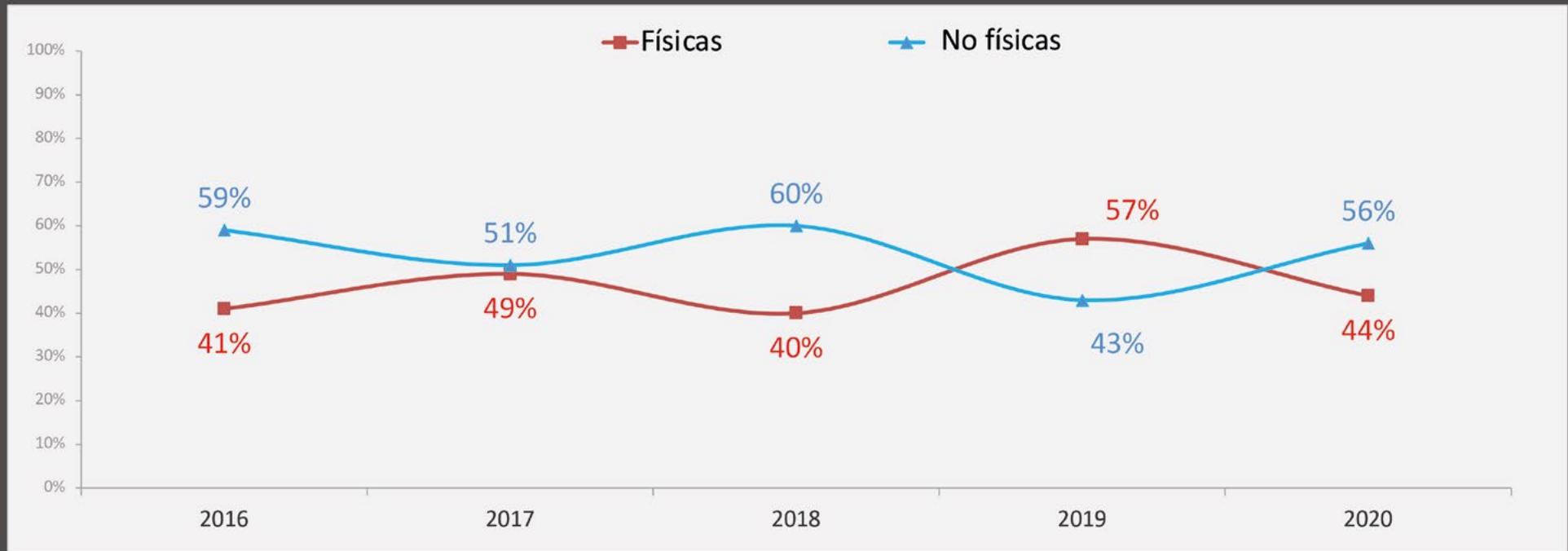
OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## TIPOS DE LESIÓN EVOLUTIVO 2010 - 2020



NOTA. No se incluyó en el formulario la pregunta sobre tipos de lesiones hasta el año 2016.

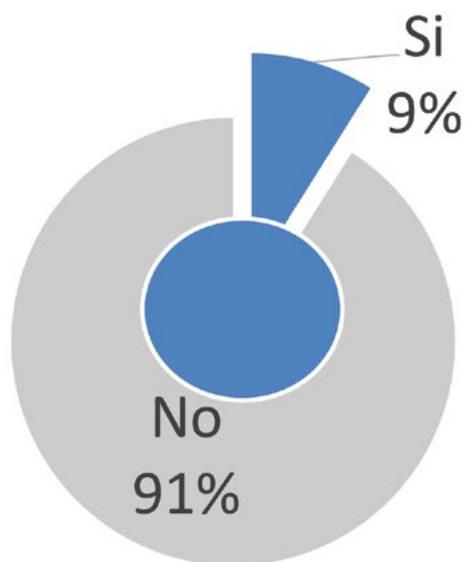


# Daños materiales ocasionados con motivo de las agresiones

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



Año 2020



# Conclusiones

## Datos según tipo de agresión, lesiones y daños materiales

- En 2020, entre los diferentes tipos de agresiones sufridas, en uno de cada dos casos se produjeron insultos, mayoritariamente a mujeres.
- En el 9% se produjeron lesiones, sufriendolas a la par hombres y mujeres (50% vs 50%).
- En el año 2019, a consecuencia de las agresiones se produjeron más lesiones Físicas que No Físicas, sin embargo el tipo de lesiones originadas por las agresiones son en 2020 en mayor medida No Físicas (56%) que Físicas (44%) , invirtiendo la tendencia por primera vez en los últimos años.
- El 8% de las agresiones conllevan además daños materiales.
- La proporción de daños materiales en las agresiones (8%), ha descendido un punto porcentual respecto al año pasado, aunque se encuentra en la media de los valores habituales en los últimos diez años.



OBSERVATORIO CONTRA  
LAS AGRESIONES DE LA OMC

2010

10

2020

AÑOS

NO MÁS AGRESIONES

# 13 Datos según la causa de la agresión





OMC



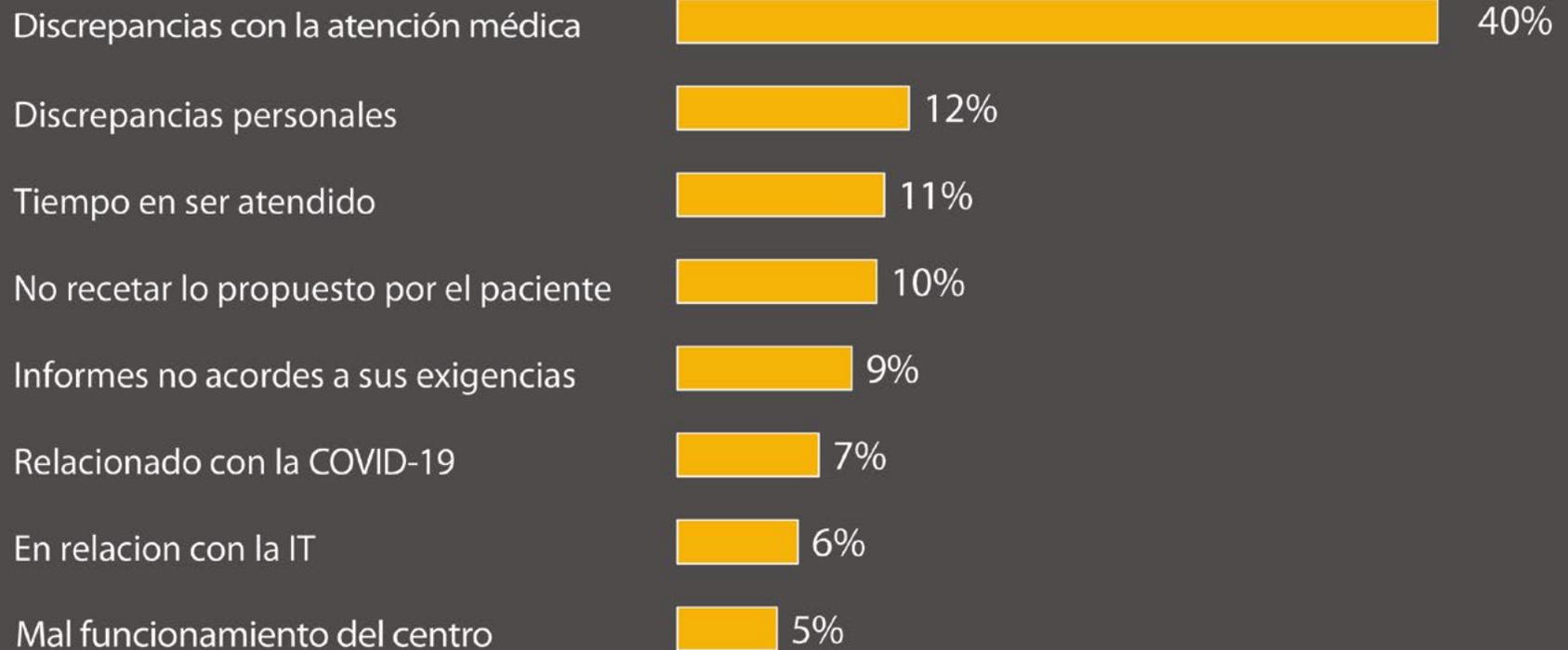
ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



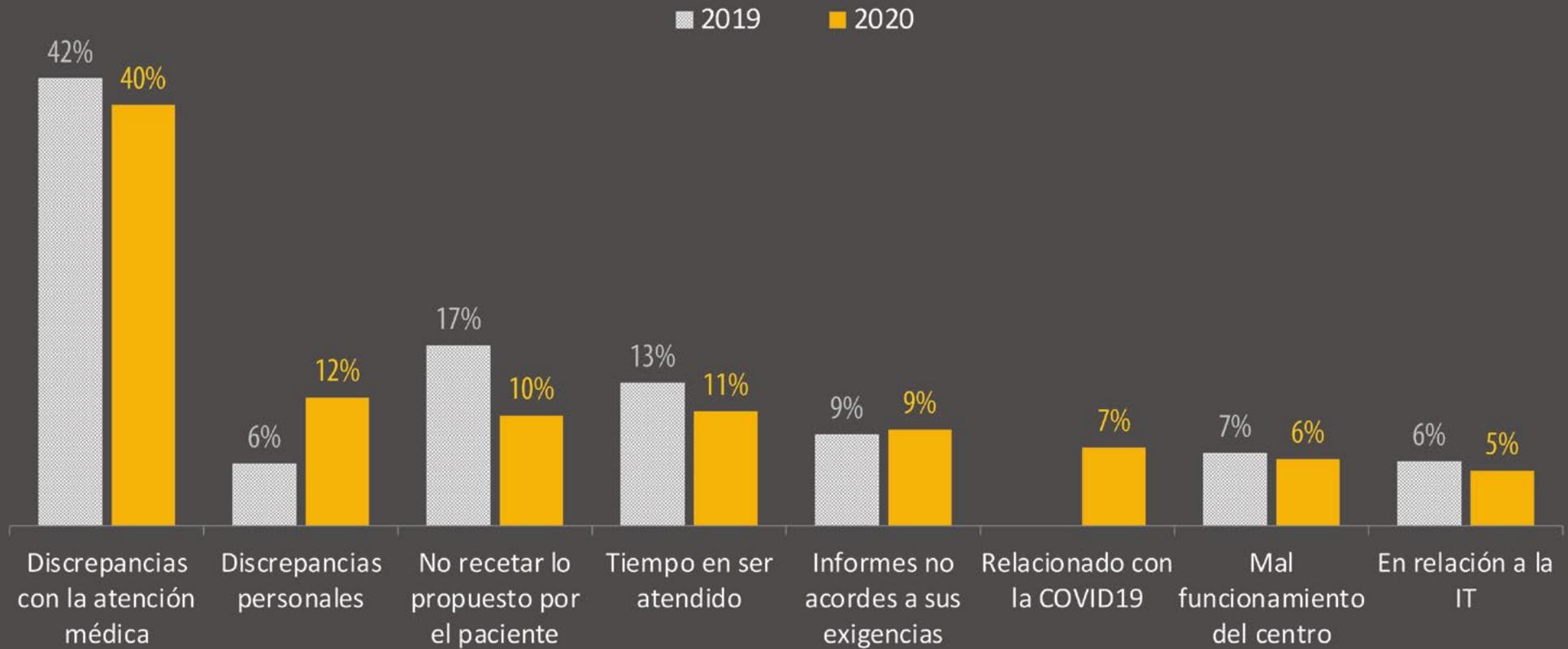
## Causa de la agresión

2020





## Causas de la agresión





## CAUSAS DE LA AGRESIÓN Evolutivo 2010-2020

CAUSAS DE LA AGRESIÓN	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Discrepancias con la atención médica	37%	48%	42%	37%	38%	41%	43%	40%	46%	42%	40%
No recetar lo propuesto por el paciente	15%	17%	16%	13%	12%	12%	11%	12%	11%	17%	10%
Tiempo en ser atendido	13%	11%	13%	14%	16%	15%	15%	10%	11%	13%	11%
Informes no acordes a sus exigencias	10%	5%	6%	13%	6%	6%	9%	10%	6%	9%	9%
Mal funcionamiento del centro	5%	5%	5%	4%	6%	5%	5%	7%	6%	7%	5%
En relación a la IT	7%	7%	7%	9%	7%	4%	6%	6%	10%	6%	6%
Discrepancias personales	13%	7%	12%	10%	15%	17%	11%	15%	10%	6%	11%
Relacionado con la COVID 19											7%

Señalado el valor mas alto de cada año

# Conclusiones

## Datos según la causa de la agresión

- El principal motivo que genera agresiones en 2020 es, al igual que en 2019, la **discrepancia con la atención médica** (39%).
- Aunque en menor medida, también son motivos de agresiones el **no recetar lo propuesto por el paciente** (10%), y el **tiempo en ser atendido** (11%).
- La proporción de las diferentes causas de agresiones ha variado en el tiempo, aumentando las **discrepancias con la atención médica** (+5,4% desde 2010), el **no recetar lo propuesto por el paciente** (+1,6% desde 2010) y el **tiempo en ser atendido** (+0,9% desde 2019).



OBSERVATORIO CONTRA  
LAS AGRESIONES DE LA OMC

2010

10

2020

AÑOS

NO MÁS AGRESIONES

# 14 Otros datos





OMC

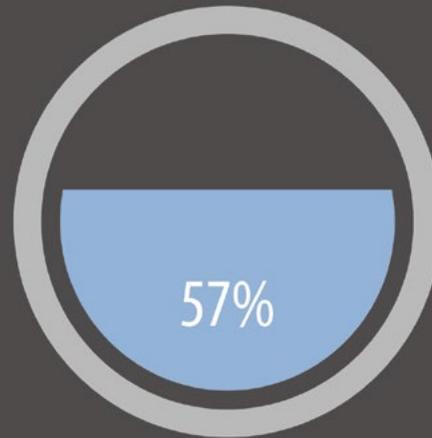
ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

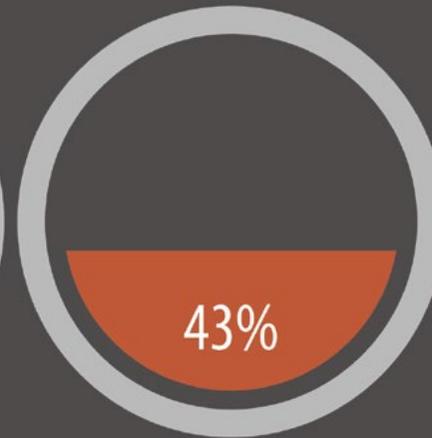


## ¿Ha recibido apoyo o asesoramiento por parte del centro de trabajo?

2020



Sí



No



OMC §

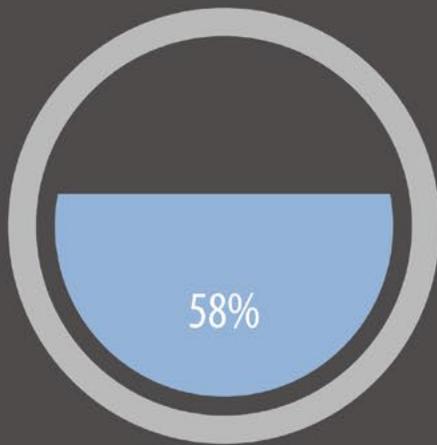
ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

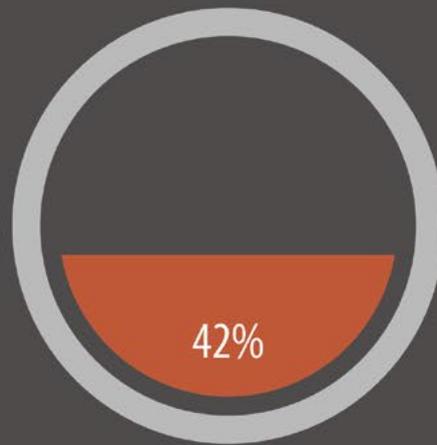


## ¿Ha recibido apoyo o asesoramiento por parte del centro de trabajo?

2019

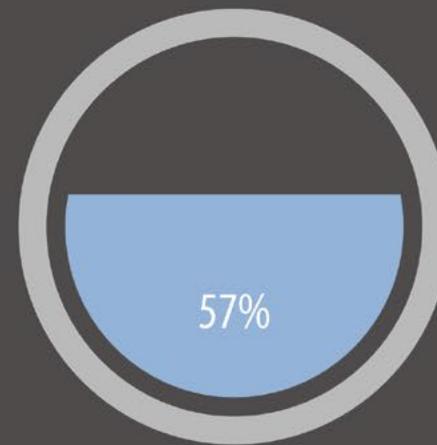


Sí

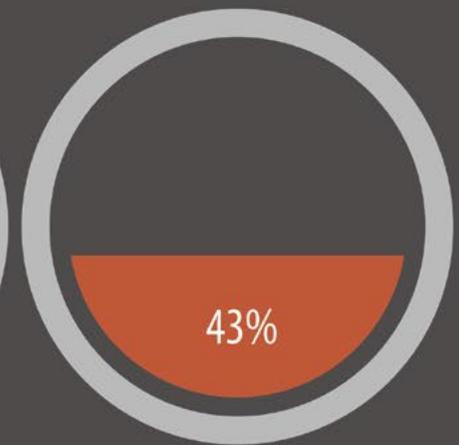


No

2020



Sí



No



OMC



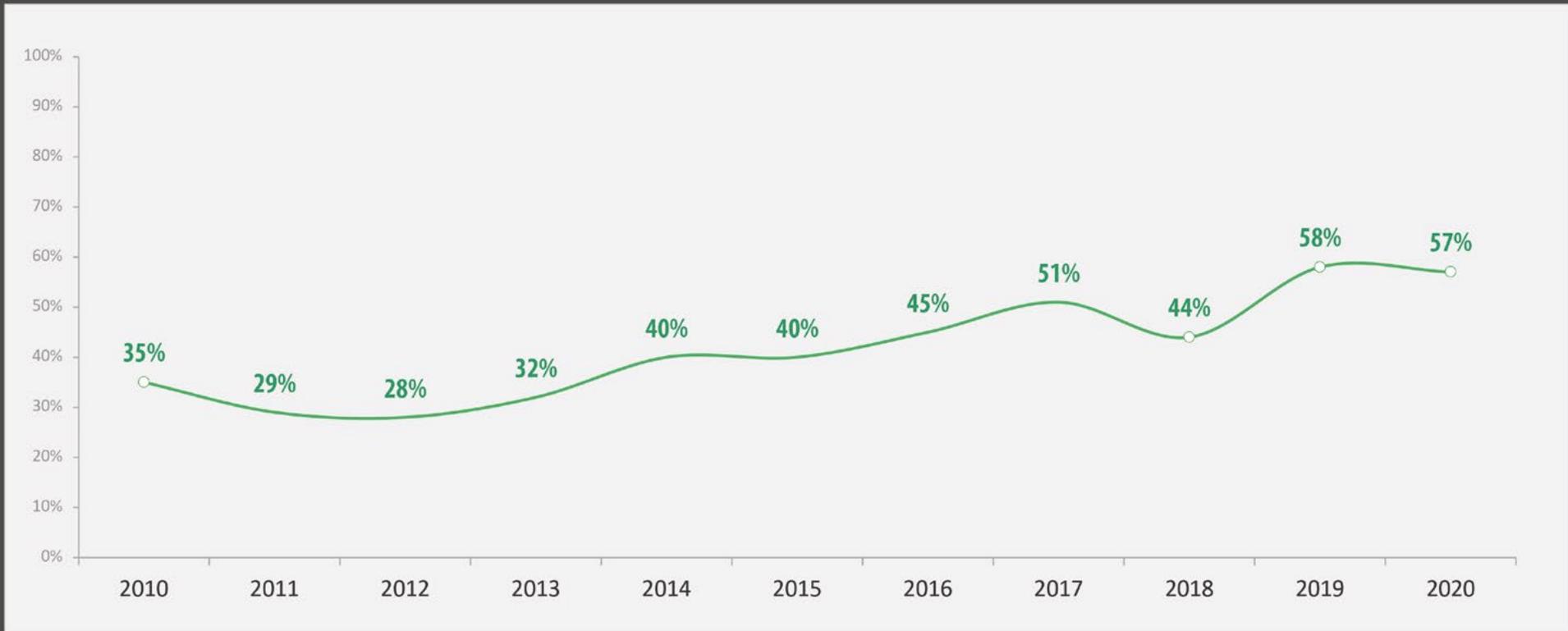
ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## ¿Ha recibido apoyo o asesoramiento por parte del centro de trabajo?

EVOLUTIVO 2010 - 2020





OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Baja laboral



2020

17%



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Baja laboral

2019

**15 %**



2020

**17 %**



OMC §

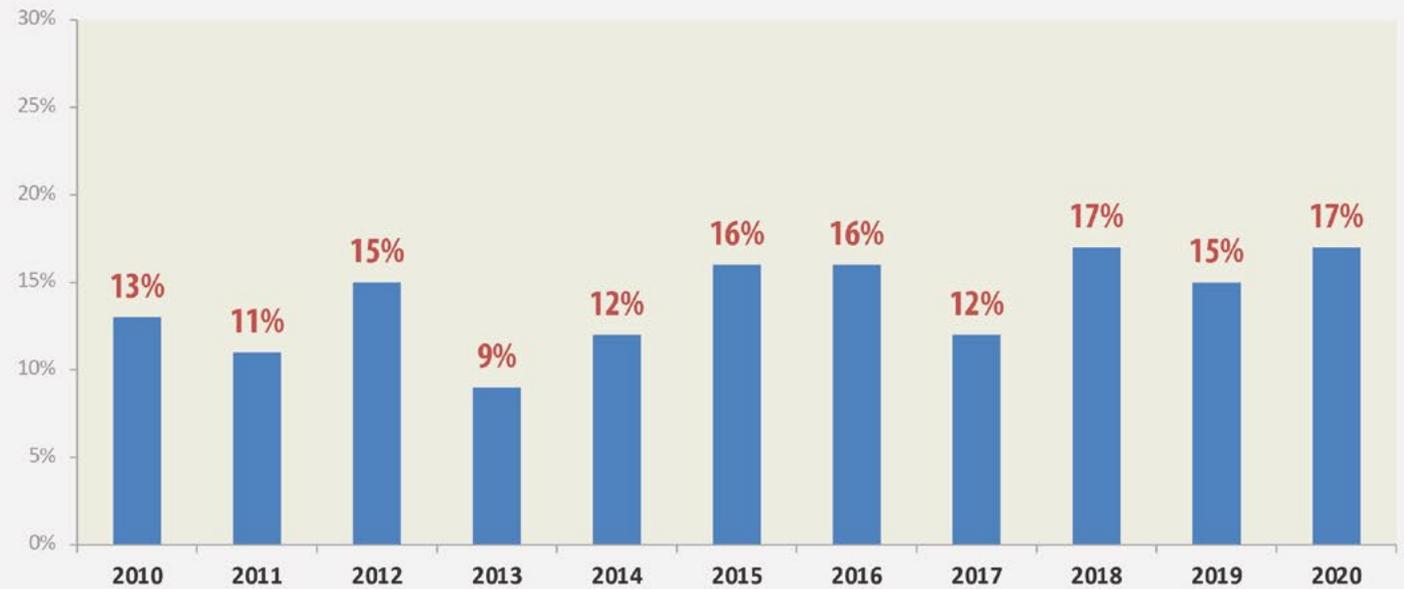
ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Baja laboral

EVOLUTIVO 2010 - 2020



# Conclusiones

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Otros datos

- En 2020, en seis de cada diez casos de agresiones se ha recibido apoyo por parte del centro de trabajo.
- Al analizar la evolución en los últimos 10 años del apoyo ofrecido por el centro de trabajo, cabe señalar que no ha dejado de incrementarse, con un ascenso de 22 puntos porcentuales, puesto que en 2010 se situaba en un 35% de los casos, frente al 57% del año 2020.
- Un 17% de las agresiones, han conllevado una baja laboral. Un dato ligeramente superior al alcanzado en 2019 (+1%). Aunque se sitúa en la media de los últimos 10 años, puesto que se partía en el año 2010 de un 13% de bajas laborales.

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



# 15

## Sentencias Judiciales





<b>DATOS RESOLUCIONES JUDICIALES</b>	
<b>Nº SENTENCIAS</b>	<b>66</b>
<b>TIPO INFRACCIÓN</b>	
Delito LEVE	44
Delito GRAVE	0
Delito MENOS GRAVE	20
<b>ÓRGANO JURISDICCIONAL</b>	
JUZGADO	61
AUDIENCIA PROVINCIAL	5
<b>RESOLUCIÓN JUDICIAL</b>	
ACUERDO	0
ABSOLUTORIA	18
CONDENATORIA	49
<b>TIPO DE CONDENA O SANCIÓN</b>	
PRIVACIÓN LIBERTAD	16
PRIVACIÓN DE DERECHOS, INHABILITACIONES, PROHIBICIONES	15
MULTA	42
MEDIDAS SEGURIDAD	11
OTRAS	1



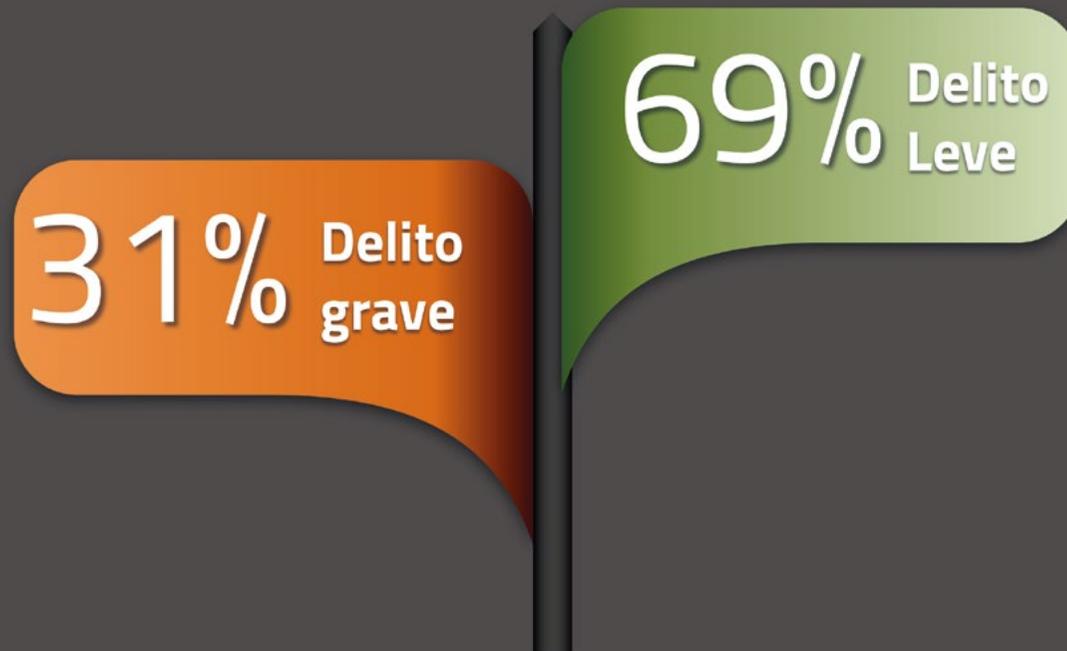
OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Tipo de infracción





OMC

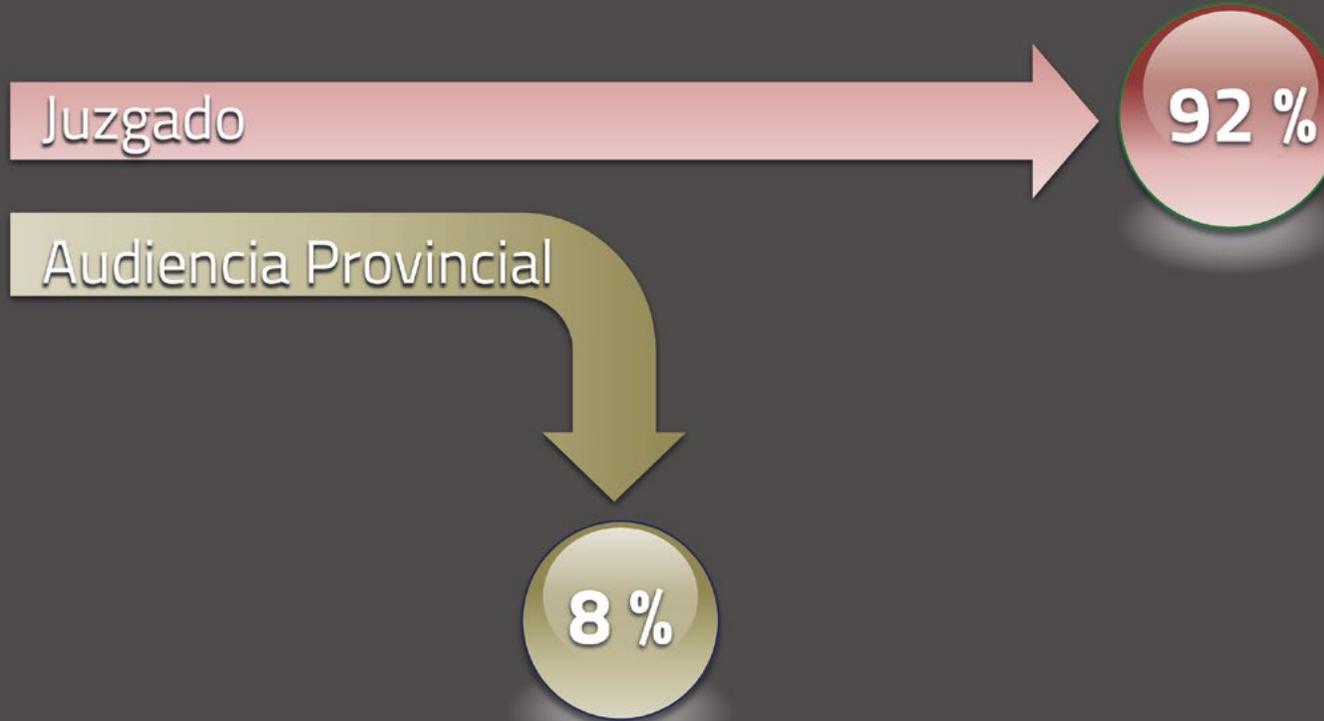


ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Órgano Jurisdiccional





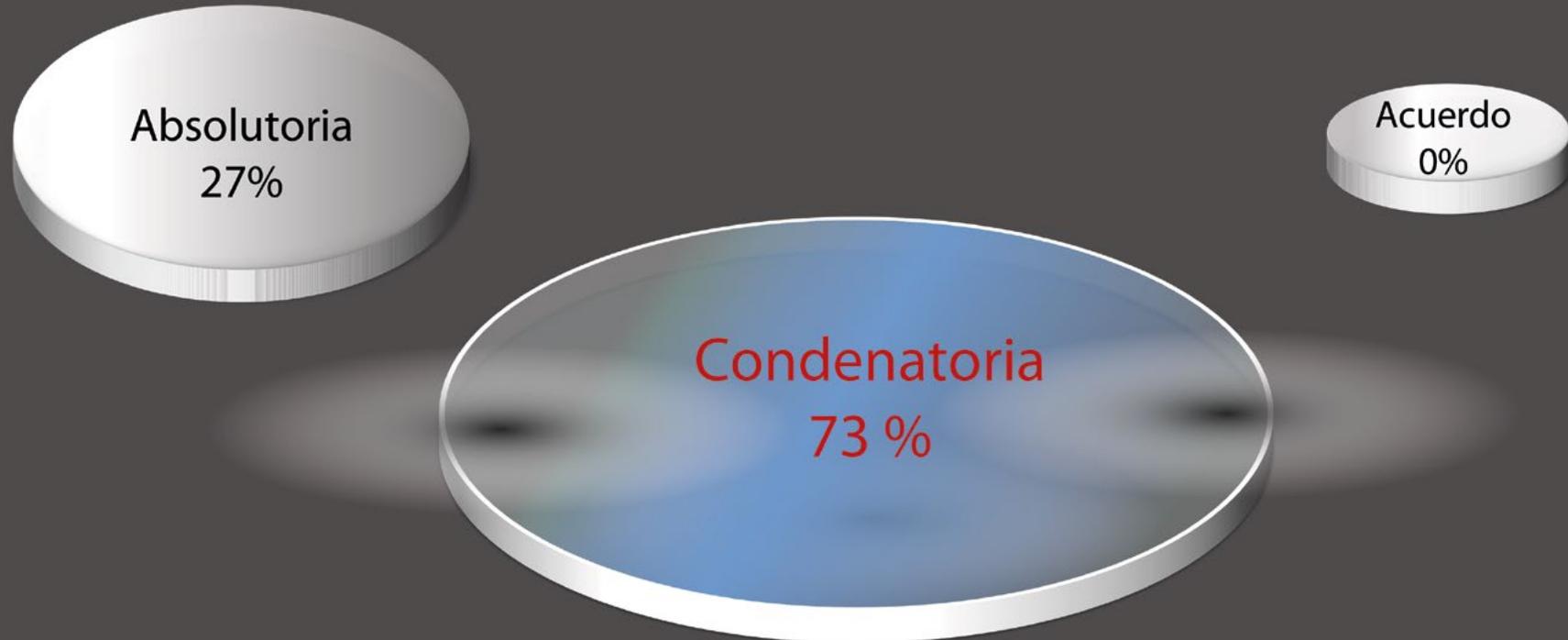
OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

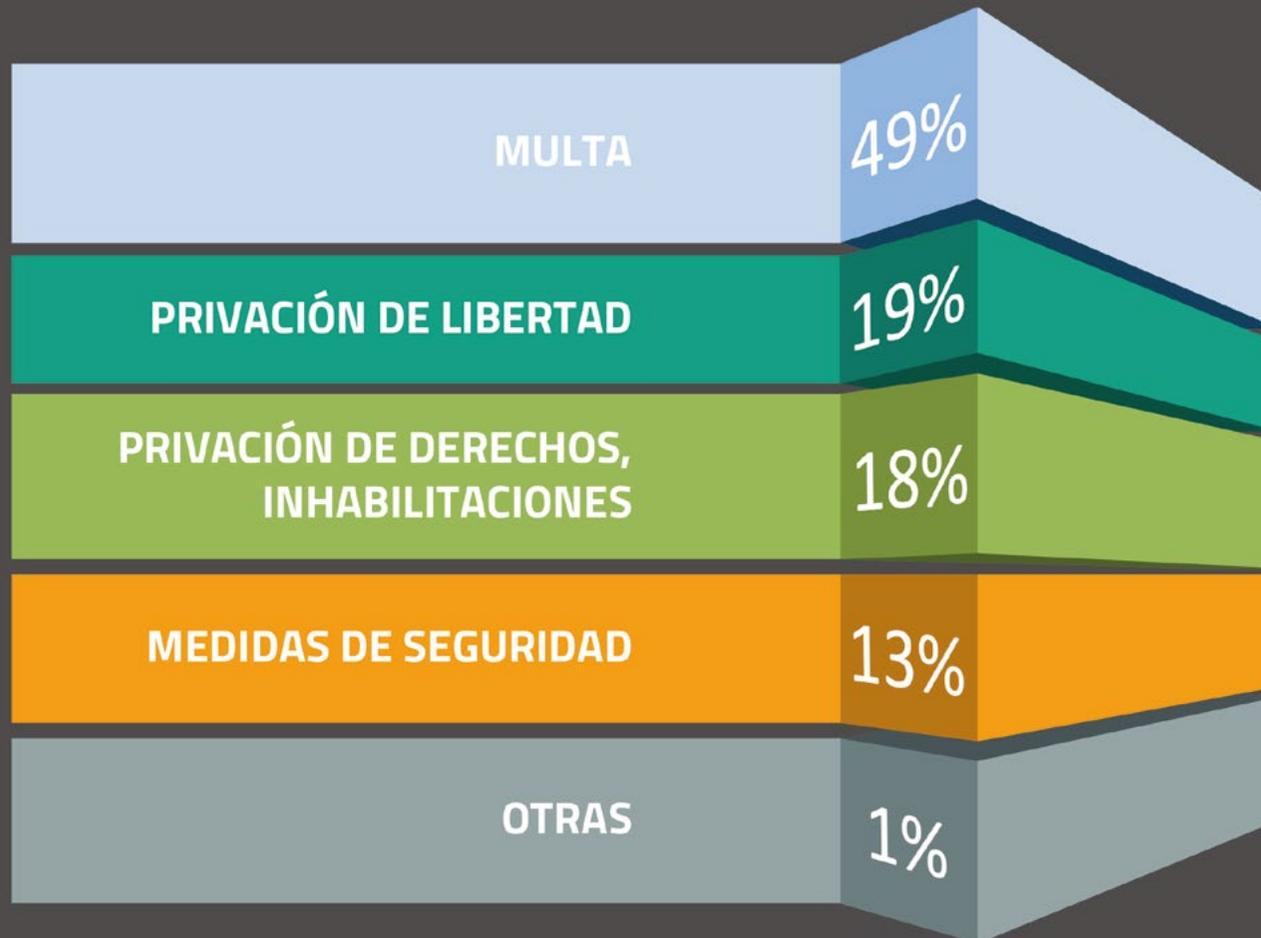


## Resolución Judicial





## Tipo de condena



# 16

## Conclusiones finales





OBSERVATORIO CONTRA  
LAS AGRESIONES DE LA OMC

2010

2020

AÑOS

NO MÁS AGRESIONES

# Conclusiones finales

## Agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos

- El número total de agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos en el año 2020 asciende a 441, lo que significa un descenso del 35% respecto a las comunicadas en el año 2019, que había sido la cifra más alta de los últimos diez años, con un total de 677.
- En los años 2019 y 2020, seis de cada diez agresiones han sido sufridas por mujeres, un nivel ligeramente superior al año 2018 (+2,2%). La proporción de colegiadas también se ha incrementado ligeramente.
- El número de colegiados/as ha aumentado en los últimos 10 años. No obstante, el número de agresiones anuales fluctúa en la última década, salvo en el año 2019 que presenta un incremento significativo y el año 2020 debido a la pandemia por la COVID19, ha descendido el número de agresiones, probablemente por el confinamiento sufrido durante el estado de alarma.
- El número de agresiones por sexo se ha invertido a lo largo de los diez últimos años. En los años 2010, 2011 y 2012 los hombres sufrían un número ligeramente superior de agresiones, sin embargo, desde el año 2013 la tendencia se invirtió, y estos últimos años se ha acrecentado el número de agresiones a mujeres alcanzando el 61% en 2019 del total de agresiones y el 58% en 2020.
- La incidencia de agresiones en España, en el año 2019, alcanzó un 2,57 por cada mil colegiados. Una cifra superior a las obtenidas en los últimos años, reflejando que el incremento significativo de las agresiones en 2019 no viene especialmente generado por el habitual aumento del número de colegiados. Lógicamente, en 2020 la incidencia ha disminuido.
- La Comunidad de Madrid presenta el mayor número de colegiados, sin embargo, es en Andalucía donde se producen mayor número de agresiones (110).
- Analizando la incidencia por comunidades, es en Cantabria, Extremadura y Melilla, donde más se ha incrementado la incidencia de agresiones.

### Distribución por edades

- Las agresiones las sufren mayoritariamente los colegiados entre los 56 y los 65 años, seguidos de los de 36 y 55 años.
- Por el contrario, los que menos sufren las agresiones son el grupo de edad de menos de 46 a 55 años, y especialmente los mayores de 66 años.
- La distribución del número de agresiones por la edad de los agredidos se muestra vinculada con el número de colegiados en ese tramo de edad, puesto que el mayor grupo de colegiados se encuentran entre los 56 y 65 años, igual que el número de agredidos/as.
- A mayor edad se produce una mayor proporción de agresiones a hombres, una tendencia que se invierte en el caso de las mujeres que a menor edad mayor proporción de las agresiones sufridas en 2020.

### Datos según la tipología y edad del agresor

- La tipología de los agresores en el año 2020, muestra que son principalmente pacientes programados (52%), seguidos de los pacientes no programados (25%) y los acompañantes (21%), lo que supone un incremento de los pacientes programados.
- Los agresores son en mayor medida de edades comprendidas entre los 40 y los 60 años. (57%).
- Por sexo, entre los agresores es ligeramente superior el número de hombres, salvo en el grupo de edad de mayores de 60 años, donde las mujeres superan a los hombres (56% vs 44%).

### Datos según el ámbito, tipo de ejercicio y tramo horario

- El ámbito donde en 2020 se producen más agresiones es, al igual que en el año anterior, en Atención primaria (52%), seguido en menor medida de Hospital (17%) y Urgencias Atención Primaria (10%).
- La evolución a lo largo de los últimos años pone de relieve que las agresiones en la atención primaria han ido en descenso respecto al año 2010, sin embargo las agresiones en los hospitales se han incrementado.
- El tipo de ejercicio en el que se ha producido las agresiones en el año 2020 ha sido claramente Público, puesto que se ha producido en nueve de cada diez casos.
- Se mantiene los mismos niveles de proporción entre público y privado, respecto a los últimos diez años.
- Al igual que en el año 2019, en el año 2020 se producen más agresiones a mujeres en el ejercicio Público que a hombres, sin embargo en el ejercicio Privado, es al revés, puesto que son los hombres los que sufren mayor proporción de agresiones.
- Analizando las agresiones por el momento en el que se produjeron, en nueve de cada diez casos sucedieron en horario laboral del profesional. Tan solo en un 6,6% se produjeron en horario no laboral, o en desplazamientos. En el tiempo de descanso prácticamente no se produjo ninguna agresión. (0,9%).

### Datos según tipo de agresión, lesiones y daños materiales

- En 2019, entre los diferentes tipos de agresiones sufridas, en uno de cada dos casos se produjeron amenazas, mayoritariamente a mujeres.
- En un 38% de las agresiones existieron insultos, también en mayor medida a las mujeres.
- En el 12% se produjeron lesiones, sufriendolas casi a la par hombres y mujeres (47% vs 53%).
- La proporción de agresiones con amenazas han ido incrementándose a lo largo de los últimos años (+9% desde el 2016), sin embargo los insultos se han ido reduciendo (-7,2% desde 2016).
- En el año 2018, a consecuencia de las agresiones se produjeron más lesiones Psíquicas que Físicas, sin embargo el tipo de lesiones originadas por las agresiones son en 2019 en mayor medida Físicas (57%) que Psíquicas (43%), invirtiendo la tendencia por primera vez en los últimos años.
- El 8,6% de las agresiones conllevan además daños materiales.
- Son los hombres los que sufren mayor proporción de agresiones con daños materiales.
- La proporción de daños materiales en las agresiones (9%), ha descendido dos puntos porcentuales respecto al año pasado, aunque se encuentra en la media de los valores habituales en los últimos diez años.

### Datos según la causa de la agresión

- El principal motivo que genera agresiones en 2020 es, al igual que en 2019, la **discrepancia con la atención médica** (39%).
- Aunque en menor medida, también son motivos de agresiones el **no recetar lo propuesto por el paciente** (10%), y el **tiempo en ser atendido** (11%).
- La proporción de las diferentes causas de agresiones ha variado en el tiempo, aumentando las **discrepancias con la atención médica** (+5,4% desde 2010), el **no recetar lo propuesto por el paciente** (+1,6% desde 2010) y el **tiempo en ser atendido** (+0,9% desde 2019).

### Otros datos

- En 2020, en seis de cada diez casos de agresiones se ha recibido apoyo por parte del centro de trabajo.
- Al analizar la evolución en los últimos 10 años del apoyo ofrecido por el centro de trabajo, cabe señalar que no ha dejado de incrementarse, con un ascenso de 22 puntos porcentuales, puesto que en 2010 se situaba en un 35% de los casos, frente al 57% del año 2020.
- Un 17% de las agresiones, han conllevado una baja laboral. Un dato ligeramente superior al alcanzado en 2019 (+1%). Aunque se sitúa en la media de los últimos 10 años, puesto que se partía en el año 2010 de un 13% de bajas laborales.



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



# 17

## Manifiesto





## Manifiesto Día Europeo Contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) puso en marcha en 2010 el Observatorio contra las Agresiones en el ámbito sanitario. Esta iniciativa vino a coordinar el importante papel que los Colegios de Médicos venían desarrollando en su ámbito de competencia con la intención de sumar esfuerzos, visibilizar el problema, concienciar a administraciones públicas, ciudadanos y pacientes de que la agresión nunca puede justificarse en ninguna circunstancia.

Mucho se ha ido consiguiendo en el camino: la modificación del artículo 550 del Código Penal en la consideración de autoridad sanitaria al médico que ejerce en el servicio público (aún queda la actividad concertada y privada), la aparición de la Instrucción 3/2017 del Ministerio del Interior que da origen a la aparición del Interlocutor policial Nacional contra las agresiones en colaboración con el Ministerio de Sanidad, mayor concienciación de las Consejerías de Salud, y de los profesionales sanitarios a la hora de denunciar las agresiones.

Por último, destacar que, a petición del CGCOM, la Confederación de Ordenes Médicas Europeas ha declarado el día 12 de Marzo como "Día

Europeo contra las agresiones a médicos y profesionales sanitarios", y que a ella se han sumado todas las Organizaciones Médicas Europeas.

Hacer un uso adecuado de los servicios sanitarios, respetando los derechos y asumiendo los deberes, en un ambiente de mutua cordialidad, confianza y respeto, en aras de la mejora de las relaciones entre ciudadanos y profesionales sanitarios, solo tiene beneficios para nuestro sistema sanitario.

Por esto y por todos los compañeros víctimas de esta lacra social insostenible queremos refrendar que:

- El ejercicio de las profesiones sanitarias tiene un fuerte componente de servicio, por ello, la irrupción de la violencia en el escenario sanitario, en cualquiera de sus manifestaciones, agresiones físicas, insultos y amenazas, son una lacra de indudable repercusión social que afecta a la actividad sanitaria, a la relación de confianza entre el sanitario y el paciente, a la salud del personal agredido y a la calidad asistencial que reciben los propios pacientes.

- El aumento de la violencia en todos los ámbitos de la sociedad no ha dejado fuera al ámbito sanitario, y podrán encontrarse explicaciones, que no motivos, pero en ningún caso, una agresión tiene justificación.

*“Ante las agresiones al personal sanitario, tolerancia cero”.*

Un escenario de desconfianza, exigencia desmedida y agresividad sólo tiene consecuencias perjudiciales para todos: ciudadanos y profesionales.

El sufrimiento y el dolor favorecen las situaciones de conflicto en la comunicación, pero también el estrés profesional, la falta de recursos y la sobrecarga asistencial merman la capacidad del profesional para afrontar este tipo de situaciones.

Hacer un uso adecuado de los servicios sanitarios, respetando los derechos y asumiendo los deberes, en un ambiente de mutua cordialidad, confianza y respeto, en aras de la mejora de las relaciones entre ciudadanos y profesionales sanitarios, solo tiene beneficios para nuestro sistema sanitario.

El claro compromiso del Ministerio de Sanidad, Ministerio de Justicia, Consejo General del Poder Judicial, Fiscalía General del Estado, Oficina

del Defensor del Pueblo, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y las Consejerías de Sanidad de las CCAA ante este problema, ha sido de gran ayuda para combatir esta lacra.

*¡No se puede agredir a quien trata de ayudarte restableciendo tu salud!*

Aunque vamos avanzando en la mejora del seguimiento y tratamiento de estas situaciones seguimos solicitando:

- Reforzar las medidas preventivas.**
- Continuar con las campañas de concienciación a la sociedad sobre las agresiones a sanitarios y sus consecuencias.**
- Desarrollar programas formativos específicos para afrontar estas situaciones.**
- Promover campañas sanitarias de respeto a los profesionales y cuidado y utilización responsable de los servicios sanitarios por parte de las Administraciones.**
- Incrementar las medidas de seguridad en los centros, tanto públicos como privados.**

- **Conseguir la misma consideración jurídica para el delito de las agresiones tanto en el ámbito público como en los ámbitos concertado y privado.**
- **Lograr la unificación de los criterios empleados en las sentencias judiciales y que los procedimientos judiciales sean rápidos, expeditivos y ejemplarizantes.**
- **Potenciar los acuerdos y la comunicación con las Administraciones sanitarias, las Fiscalías y Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado para el abordaje integral de las agresiones.**
- **Creación de un Plan Nacional contra las Agresiones a Sanitarios, en la que participen todos los implicados: Ministerios de Sanidad, Ministerio de Interior, Ministerio de Justicia, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Fiscalía General del Estado, Federación Española de Municipios y Provincias, CC.AA., Consejos Generales de las profesiones sanitarias y Plataformas de asociaciones de pacientes.**
- **Por último, “*ni héroes ni villanos*” solamente somos profesionales sanitarios al servicio de los ciudadanos.**

**Madrid, 12 de marzo de 2021.**



OBSERVATORIO CONTRA  
LAS AGRESIONES DE LA OMC

2010

10

2020

AÑOS

NO MÁS AGRESIONES

# 18 Historia





# Historia

## Cronología

- Desde 2004 la OMC viene analizando este problema y comenzamos a trabajar en 2007.
- En 2009 se edita la *Guía de Agresiones*. Tras el asesinato de la Dra. M<sup>ª</sup> Eugenia Moreno, se acelera todo el trabajo y se ponen las bases del futuro **Observatorio**, que se crea en 2010.
- En 2010, una sentencia de la Audiencia Provincial de Zamora dictamina que la agresión a un médico es un atentado y no una simple falta.
- En 2011: *Manifiesto Ante las agresiones al personal sanitario, tolerancia cero* y Lazo Dorado.
- En 2013: Reunión con Sanidad y Justicia.
- En 2014: Reunión con el Defensor del Pueblo.
- En 2015 se logra que en la reforma del Código Penal (Art. 550) se introduzca como delito de atentado a la autoridad la agresión a los sanitarios públicos.
- SATSE crea su Observatorio en 2016.
- En 2017: Reunión con Interior, que da lugar a la Instrucción 3/2017 y a la creación del Interlocutor Policial.
- En 2018 se publica en la revista profesional BMC el *Informe nacional sobre agresiones a médicos en España*.
- 2010-2015: *violencia en el lugar de trabajo-estudio ecológico*.
- En 2019 hemos empezado a recopilar sentencias para tratar de unificar criterios en las resoluciones judiciales.
- El Consejo Europeo de Ordenes Médicas, a propuesta del CGCOM, ha acordado que el **12 de marzo** sea reconocido como “Día Europeo contra la Violencia a Médicos y Sanitarios”.

# Objetivos conseguidos: Modificación del art. 550 del Código Penal

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Artículo 550

1. Son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas.  
En todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas.
2. Los atentados serán castigados con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de tres a seis meses si el atentado fuera contra autoridad y de prisión de seis meses a tres años en los demás casos.
3. No obstante lo previsto en el apartado anterior, si la autoridad contra la que se atentare fuera miembro del Gobierno, de los Consejos de Gobierno de las Comunidades Autónomas, del Congreso de los Diputados, del Senado o de las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas, de las Corporaciones locales, del Consejo General del Poder Judicial, Magistrado del Tribunal Constitucional, juez, magistrado o miembro del Ministerio Fiscal, se impondrá la pena de prisión de uno a seis años y multa de seis a doce meses.

Artículo 550 redactado por el número doscientos cuarenta del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo).

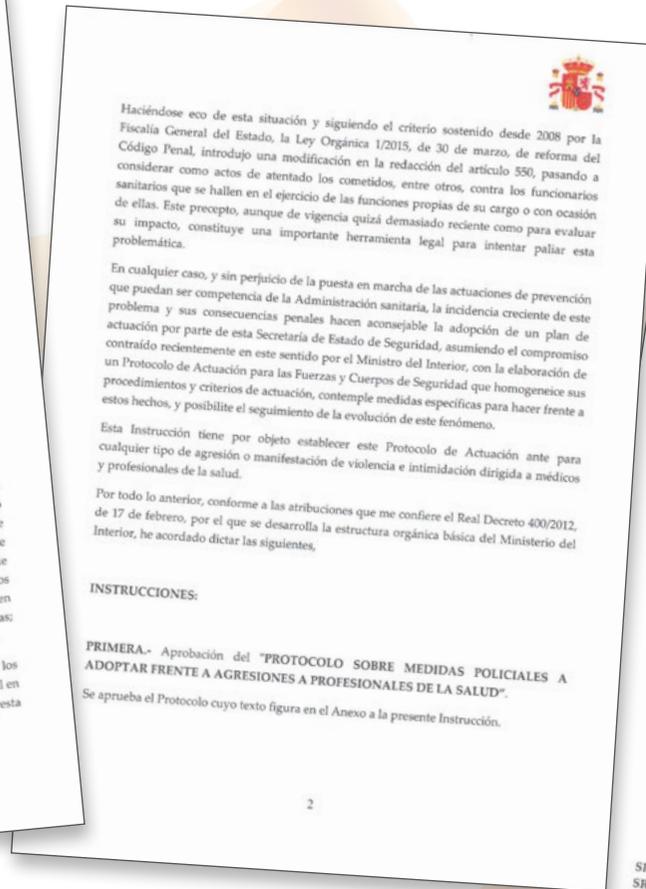
**Vigencia: 1 julio 2015.**

# Objetivos conseguidos: Instrucción 3/2017

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



## Objetivos conseguidos: Instrucción 3/2017

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



### INSTRUCCIÓN 3/2017, DE LA SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURIDAD, SOBRE MEDIDAS POLICIALES A ADOPTAR FRENTE A AGRESIONES A PROFESIONALES DE LA SALUD

El Ministro del Interior, en su comparecencia ante la Comisión de Interior del Congreso de los Diputados el pasado 21 de diciembre de 2016, señaló como uno de los ejes fundamentales de actuación de este Departamento la “política de seguridad para las personas”, en su doble vertiente de reducción de los índices de criminalidad y de mejora de los niveles de protección de las víctimas, considerando como piedra angular que debe presidir la relación entre la sociedad en su conjunto y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado la prestación de una adecuada atención y protección a quien haya sido víctima de cualquier conducta delictiva.

Del mismo modo, incidiendo en el contexto general, la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, dictó la Resolución de 26 de noviembre de 2015, que publicaba el Acuerdo del Consejo de Ministros de 20 de noviembre de 2015, por el que se aprobó el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en la Administración General del Estado y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella.

En los últimos años, se viene apreciando un incremento significativo del número de actos violentos dirigidos contra profesionales de la

salud, según datos del Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos de la Organización Médica Colegial, pasando de trescientas cincuenta a quinientas agresiones, tendencia al alza concordante con el informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad correspondiente al 2014. Estos sucesos principalmente se concentran en el sector de la atención primaria y consisten fundamentalmente en los tipos penales de lesiones, amenazas, coacciones o injurias; constatándose este incremento también por las FCSE dentro de su ámbito de actuación.

Indudablemente este fenómeno, además de su repercusión en la salud y seguridad de los profesionales afectados, tiene capacidad para incidir negativamente de forma sustancial en el desempeño de la actividad sanitaria y en la calidad del servicio asistencial que se presta a la toda ciudadanía.

Haciéndose eco de esta situación y siguiendo el criterio sostenido desde 2008 por la Fiscalía General del Estado, la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, de reforma del Código Penal, introdujo una modificación en la redacción del artículo 550, pasando a considerar como actos de atentado los cometidos, entre otros, contra los funcionarios sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo o con ocasión de ellas. Este precepto, aunque de vigencia quizá demasiado reciente como para evaluar su impacto, constituye una importante herramienta legal para intentar paliar esta problemática.

## Objetivos conseguidos: Instrucción 3/2017

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



En cualquier caso, y sin perjuicio de la puesta en marcha de las actuaciones de prevención que puedan ser competencia de la Administración sanitaria, la incidencia creciente de este problema y sus consecuencias penales hacen aconsejable la adopción de un plan de actuación por parte de esta Secretaría de Estado de Seguridad, asumiendo el compromiso contraído recientemente en este sentido por el Ministro del Interior, con la elaboración de un Protocolo de Actuación para las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad que homogeneice sus procedimientos y criterios de actuación, contemple medidas específicas para hacer frente a estos hechos, y posibilite el seguimiento de la evolución de este fenómeno.

Esta Instrucción tiene por objeto establecer este Protocolo de Actuación ante para cualquier tipo de agresión o manifestación de violencia e intimidación dirigida a médicos y profesionales de la salud.

Por todo lo anterior, conforme a las atribuciones que me confiere el Real Decreto 400/2012, de 17 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior, he acordado dictar las siguientes,

### INSTRUCCIONES:

**PRIMERA.-** Aprobación del **“PROTOCOLO SOBRE MEDIDAS POLICIALES A ADOPTAR FRENTE A AGRESIONES A PROFESIONALES DE LA SALUD”**.

Se aprueba el Protocolo cuyo texto figura en el Anexo a la presente Instrucción.

### **SEGUNDA. Efectos.**

Quedan sin efecto cuantas otras disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en esta Instrucción.

### **TERCERA.- Publicación.**

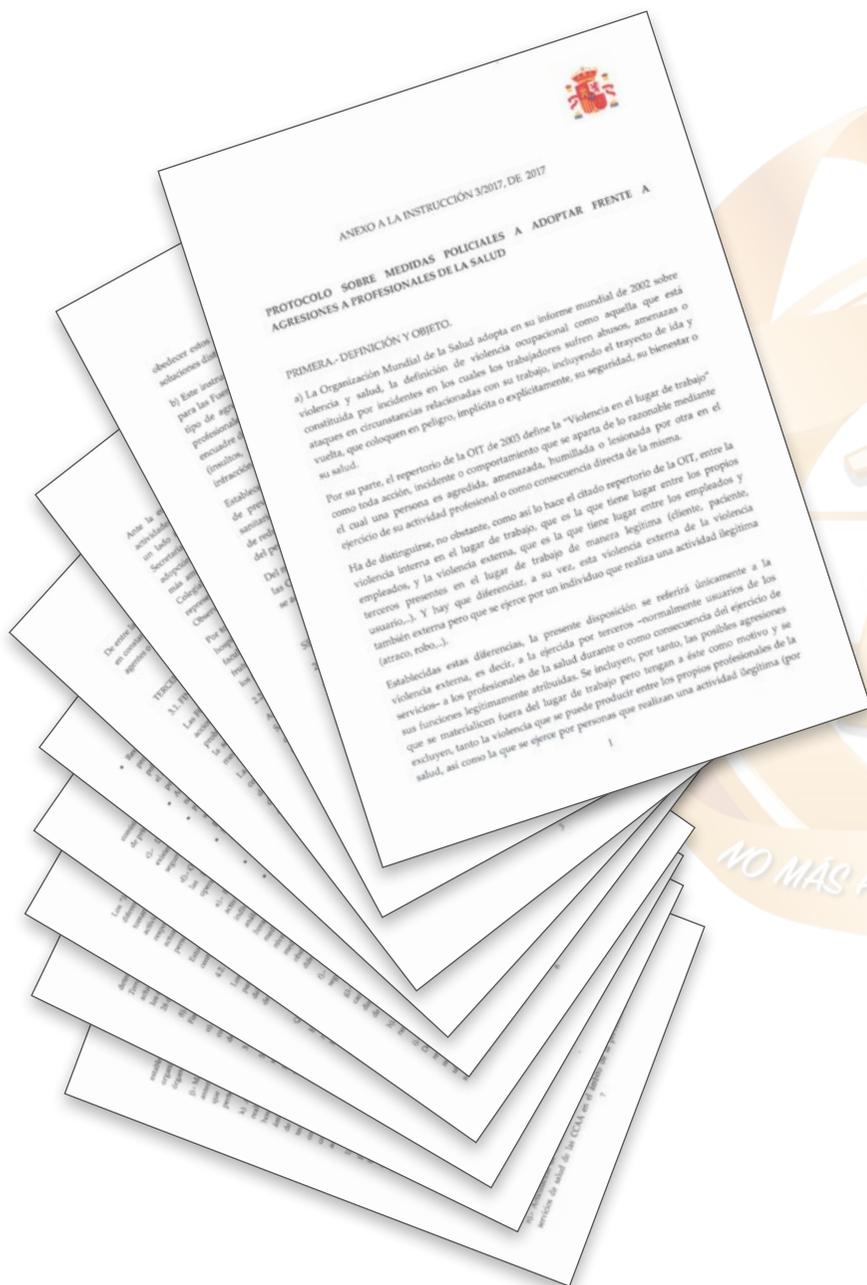
La Instrucción será publicada en la Orden General de la Dirección General de la Policía y en el Boletín Oficial de la Guardia Civil, surtiendo efectos al día siguiente de su completa publicación.

Madrid, de **JULIO** de 2017.

EL SECRETARIO DE ESTADO DE SEGURIDAD



José Antonio Nieto Ballesteros.



## ANEXO A LA INSTRUCCIÓN 3/2017, DE 2017

### PROTOCOLO SOBRE MEDIDAS POLICIALES A ADOPTAR FRENTE A AGRESIONES A PROFESIONALES DE LA SALUD

#### PRIMERA.- DEFINICIÓN Y OBJETO.

a) La Organización Mundial de la Salud adopta en su informe mundial de 2002 sobre violencia y salud, la definición de violencia ocupacional como aquella que está constituida por incidentes en los cuales los trabajadores sufren abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto de ida y vuelta, que coloquen en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud.

Por su parte, el repertorio de la OIT de 2003 define la “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.

Ha de distinguirse, no obstante, como así lo hace el citado repertorio de la OIT, entre la violencia interna en el lugar de trabajo, que es la que tiene lugar entre los propios empleados, y la violencia externa, que es la que tiene lugar entre los empleados y terceros presentes en el lugar de trabajo de manera legítima (cliente, paciente, usuario,...). Y hay que diferenciar, a su vez, esta violencia externa de la violencia

## Objetivos conseguidos: Instrucción 3/2017

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



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

Establecidas estas diferencias, la presente disposición se referirá únicamente a la violencia externa, es decir, a la ejercida por terceros —normalmente usuarios de los servicios— a los profesionales de la salud durante o como consecuencia del ejercicio de sus funciones legítimamente atribuidas. Se incluyen, por tanto, las posibles agresiones que se materialicen fuera del lugar de trabajo pero tengan a éste como motivo y se excluyen, tanto la violencia que se puede producir entre los propios profesionales de la salud, así como la que se ejerce por personas que realizan una actividad ilegítima (por obedecer estos últimos fenómenos a planteamientos distintos y requerir actuaciones o soluciones distintas).

b) Este instrumento tiene por objeto establecer un procedimiento de actuación común para las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (en adelante FCSE) ante cualquier tipo de agresión o manifestación de violencia e intimidación dirigida a médicos y profesionales de la salud, comprendiendo por tanto, cualquier conducta susceptible de encuadrarse dentro del concepto de agresión física (lesiones y coacciones), agresión verbal (insultos, vejaciones, calumnias e injurias), así como aquellos actos que supongan infracción penal directamente relacionada con la actividad sanitaria.

Establecerá un marco de actuación operativo adecuado al objeto de reforzar las labores de prevención e investigación de la comisión

de ilícitos penales a profesionales sanitarios en los centros médicos o con ocasión de su labor, con la finalidad subyacente de reducir la incidencia delictiva objetiva y mejorar la sensación subjetiva de seguridad del personal que trabaja en los mismos.

Del mismo modo, podrá resultar de aplicación a los Cuerpos de Policía dependientes de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias y en los términos que se acuerden.

### SEGUNDA. SITUACIÓN 2020

#### 2.1. GENERAL

Las tipologías penales principales en las que las FCSE han observado un notable incremento están referidas a amenazas, vejaciones, insultos e incluso lesiones dirigidas contra profesionales de la salud, especialmente en horario nocturno, y en servicios de urgencias y protagonizadas por usuarios de estos servicios sanitarios.

A éstas se añaden otras como sustracciones, robos y pequeños hurtos ocurridos, principalmente, en aquellos centros médicos carentes de sistemas o medidas de vigilancia permanente.

La suma de ambas arroja, como resultante, una clara tendencia al alza en cuanto al número global de hechos delictivos computados, afectando al bienestar y seguridad personal de los profesionales de la

salud, y que además puede repercutir negativamente en la calidad de la esencial asistencia que prestan al conjunto de la sociedad.

Ante la entidad de la problemática personal y social derivada de este tipo de actividades y su especial incidencia en todo el territorio español, se hace necesario, por un lado impulsar una nueva respuesta policial, integral y transversal desde esta Secretaría de Estado, que esté constituida por una actuación coordinada, así como la adopción de nuevas medidas que refuercen las ya existentes en un marco de actuación más amplio. Al respecto se han mantenido contactos con la Organización Médica Colegial de España y su Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos, así como con representantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Observatorio de Seguridad Integral en Centros Hospitalarios.

Por todo ello, 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.

### 2.2. PARTICULAR

Analizada la información facilitada por parte de los responsables del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como por la Organización Médica Colegial y contrastada con los datos obrantes en esta Secretaría de Estado de Seguridad, se observa un notable incremento del número de incidentes y agresiones sufridas por parte del personal que presta servicio, concretamente, en los Puntos de Atención Continuada Sanitaria (PAC).

En particular las mayores tendencias delictivas se dan en centros públicos, en servicios de atención primaria o de urgencias sean en centros ambulatorios u hospitalarios y con mayor preminencia de víctimas mujeres. En cuanto al presunto agresor, es tendencia que sea varón y paciente o familiar del mismo en menor grado.

En línea con lo expuesto, el número de hechos delictivos ocurridos, según los datos obrantes en el Sistema Estadístico de Criminalidad de la Secretaría de Estado de Seguridad, durante el año 2016, en los que las víctimas han sido profesionales de la salud asciende a 486. Desde el año 2011 al 2016 el total de hechos que afecta a las mismas es de 2688. Ello pone de manifiesto que es un colectivo vulnerable.

De entre las tipologías penales contra las personas que más se producen y que han ido en constante incremento cabe destacar las amenazas, lesiones y atentado a autoridad, agentes o funcionario público.

### TERCERA. OBJETIVOS Y ÁMBITOS DE APLICACIÓN

#### 3.1. FINALIDAD

Las FCSE, a partir de la fecha de aplicación de este Protocolo, pondrán en marcha las acciones necesarias, tendentes a la profundización en el conocimiento de la problemática delictiva existente en torno a los centros médicos y a los profesionales de la salud, ubicados en sus respectivas demarcaciones adoptando, posteriormente, las medidas precisas para incrementar su seguridad y reducir la actividad delictiva.

La comunicación fluida y regular, es una pieza muy eficaz para la prevención y la cooperación de terceras personas. Al mismo tiempo, ayuda a alcanzar mayores cuotas de confianza por parte de las víctimas a la hora de acudir a la policía para efectuar una denuncia. En este contexto, la relación frecuente y cercana, como un cauce de comunicación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los responsables del centro sanitario o personas designadas al efecto, se llevará a cabo a través de la figura policial del *“Interlocutor Policial Territorial Sanitario”*. Con ello, se fomentará el establecimiento de contactos periódicos con las organizaciones representativas para atender las preocupaciones y dificultades que se divisen en cada zona o área concreta.

Estas medidas son imprescindibles también para poder concretar el grado o nivel de riesgo de que se produzca una agresión contra un profesional sanitario, así como para determinar las medidas policiales

de protección que deben ser adoptadas, siempre de manera personalizada e individual.

En el desarrollo de estas actuaciones, todos los actores que conozcan o tengan acceso a esta información, deberán facilitarla con la mayor premura y precisión posibles, con objeto de que las medidas policiales de prevención y protección a adoptar resulten efectivas y adecuadas.

En consecuencia, las medidas que se adopten en el marco del presente Protocolo estarán destinadas a la consecución de los siguientes objetivos:

- Responder de manera coordinada y eficaz a las cuestiones relacionadas con la protección de los profesionales de la salud y su entorno, fortaleciendo la cooperación policial con las autoridades sanitarias en sus actuaciones para mejorar la seguridad en el ámbito de centros médicos, reforzando el conocimiento y confianza en los Cuerpos policiales.
- Articular mecanismos e instrumentos de coordinación permanentes en todo el territorio nacional, entre los expertos policiales y las autoridades sanitarias.
- Prevenir, mediante el impulso de medidas preventivas destinadas a la detección y seguimiento de estas actividades delictivas, así como incrementando la vigilancia policial en las inmediaciones de los centros.

## Objetivos conseguidos: Instrucción 3/2017

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



- Proteger, reforzando aquellos dispositivos de seguridad que permitan disminuir vulnerabilidades, reducir las oportunidades de comisión de hechos delictivos y mejorar nuestras capacidades.
- Perseguir a los sujetos activos, mejorando la capacidad de análisis y valoraciones de riesgo de agresión, así como favorecer la detección y neutralización de amenazas.
- Responder ante estas acciones, estableciendo cauces de coordinación y minimizando las consecuencias.

### 3.2. MEDIDAS ESPECÍFICAS A ADOPTAR PARA LA PREVENCIÓN E

#### INVESTIGACIÓN DE HECHOS DELICTIVOS SOBRE PROFESIONALES DE LA SALUD:

##### 3.2.1 Las FCSE deberán desarrollar los siguientes cometidos:

a).- Elaboración de un Catálogo de Centros Médicos, pertenecientes al sector público y privado que se encuentren en demarcación de cada Cuerpo policial, adquiriendo el compromiso de su actualización periódica. El Catálogo de Centros Médicos deberá diferenciar, por una parte, entre aquellos centros que disponen de medidas o medios de seguridad permanentes, de aquellos en los que los poseen parcialmente o que carecen de los mismos, así como también deberá determinar si el servicio de atención médica tiene carácter permanente.

b).- Clasificar por riesgo de acción delictiva los centros médicos de acuerdo a la catalogación expuesta en el apartado anterior. Serán más vulnerables aquellos que no dispongan de servicio o medidas de seguridad privada y presten asistencia de manera permanente (P AC's). Las FCSE a través del "Interlocutor Policial Territorial Sanitario" asesorarán a los centros sanitarios que así lo soliciten, respecto de la adopción de aquellas medidas de seguridad adecuadas para la prevención y reducción del riesgo de comisión de posibles actos violentos, a este respecto, se destaca como factor disuasorio de primer orden la presencia física de efectivos de seguridad en los centros sanitarios.

e).- Dejar constancia de los lugares de ubicación de cada uno los centros médicos existentes en cada demarcación policial para su correcta integración con los planes de seguridad.

d).- Obtener información tanto a través de los canales internos (servicios realizados por las propias FCSE), como de canales externos, sobre los ilícitos cometidos (modus operandi, días, horas y otros parámetros de interés).

e).- Elaborar Inteligencia que permita realizar previsiones sobre la evolución de la actividad delictiva en este sector. Para su confección, se efectuará un seguimiento individualizado de los hechos delictivos acontecidos en cada uno de los centros. Dicho análisis tornará como base los estudios delictivos por modus operandi, días y franjas horarias, así como otros parámetros adecuados que faciliten el empleo eficiente de los medios disponibles. Además de ello, es preciso tener en cuenta

## Objetivos conseguidos: Instrucción 3/2017

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



que, en principio, el nivel de riesgo de los centros será creciente tanto en función de la carencia del servicio o medidas de seguridad, como de la permanencia en su asistencia a los ciudadanos. No obstante, la situación concreta de cada centro podrá aconsejar una catalogación diferente.

f).- Planificar adecuadamente, en base a las previsiones referidas, los dispositivos de seguridad tanto preventiva, como reactiva, a establecer.

g).- Vigilar y proteger los centros médicos mediante la ejecución de los servicios, de carácter preventivo, previamente planificados (identificaciones de personas, dispositivos operativos en vías públicas, patrullaje, etc.), atendiendo al nivel de riesgo de la acción delictiva y a su evolución, derivada del análisis de los hechos acontecidos.

h).- Implementar los dispositivos reactivos, planificados con anterioridad, que sean necesarios tras la ocurrencia de un hecho que así lo requiera.

i).- Establecer canales de comunicación ágiles entre las Unidades de las FCSE, los Departamentos de Seguridad y sus responsables en el caso de estar constituidos, los responsables de los centros médicos, el personal que trabaja en los mismos y los miembros de los Cuerpos de Policía Local, en cuya demarcación se encuentren ubicados, con la finalidad de adquirir la información necesaria para la realización de la actividad policial. A tal fin, los "Interlocutores Policiales Territoriales Sanitarios" establecerán y mantendrán canales de comunicación permanentes con las instituciones, organizaciones y asociaciones que representen a colectivos

afectados, así como con los órganos o representantes designados por las distintas Administraciones competentes.

j).- Mantener la comunicación establecida, a la que se ha hecho referencia en el apartado anterior, de manera fluida, mediante la celebración de contactos frecuentes, de tal forma que coadyuve a mejorar la sensación subjetiva de seguridad en el personal perteneciente al sector sanitario.

k) A través de los mecanismos policiales de relación con seguridad privada, se realizarán difusiones de interés a todos los departamentos de seguridad de los centros hospitalarios que lo tengan constituido. Así mismo, se seguirá la colaboración en los ámbitos del Observatorio de Seguridad Integral en Centros Hospitalarios como punto de encuentro profesional especializado con toda la información posible de los avances tecnológicos y productos que las empresas especializadas del sector puedan ofrecer, como plataforma de difusión de información profesional contratada generada en congresos, seminarios, mesas de trabajo, conferencias etc. así como colaborar en acciones formativas.

1) Realización en los distintos ámbitos territoriales de actividades formativas dirigidas a profesionales de la salud sobre prevención y autoprotección, haciendo también especial hincapié en las cometidas sobre dicho colectivo a través de redes sociales (usurpación de identidad, injurias, calumnias ...), procurándose fomentar e impulsar la interposición de denuncias por partes de los profesionales de la salud. Materialización y ejecución de las citadas actuaciones formativas

## Objetivos conseguidos: Instrucción 3/2017

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



e informativas por el *“Interlocutor Policial Territorial Sanitario”* de acuerdo con las líneas que se establezcan a nivel central por parte del *“Interlocutor Policial Nacional Sanitario”*, procediendo a elevar informe anual sobre el seguimiento y evaluación de las referidas medidas.

m).- Investigar la comisión de los hechos delictivos que acontezcan. Una mayor eficacia en la persecución de esta modalidad delictiva sobre colectivos que puede estar sometido a situaciones riesgo o especial vulnerabilidad, así como en la lucha de estos fenómenos a través de las nuevas tecnologías, aconseja que, su investigación, se lleve a cabo por las unidades especializadas competentes, que cuenten con medios técnicos adecuados y personal debidamente formado en la materia.

n).- Articulación de mecanismos de colaboración y coordinación con los distintos servicios de salud de las CCAA en el ámbito de la prevención, sensibilización y detección de situaciones potenciales de riesgo, a través del *“Interlocutor Policial Territorial Sanitario”*. A este respecto, se tendrá en especial consideración el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en la Administración General del Estado y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella, aprobado por Resolución de 26 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas.

ñ).- Mantenimiento y reforzamiento de los contactos en esta materia con el Ministerio Fiscal y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

o).- Los cuerpos policiales deberán realizar la máxima difusión, entre todos los componentes de la institución policial, del presente Protocolo, así como incluir dentro de sus planes de formación aquellos aspectos que son desarrollados en el mismo.

### 3.2.2. Periodos de intensificación:

Se establecerán, anualmente, dos periodos de carácter mensual de intensificación de los servicios, en los meses de mayo y octubre. Adicionalmente, podrán ser activados, por parte de los Jefes de las demarcaciones territoriales, en función de la evolución de la criminalidad y la detección de un incremento de la incidencia de esta problemática.

Conllevarán, en todo caso, además de la realización de los cometidos previstos durante la fase de ejecución, el desarrollo del contemplado en el apartado j) con una periodicidad máxima quincenal. Asimismo, los servicios de carácter preventivo se orientarán, en mayor medida al cumplimiento del cometido asignado en el apartado g).

## CUARTA. DISTRIBUCIÓN ORGÁNICA Y OPERATIVA

### 4.1. ESTRUCTURA OPERATIVA

a) La Secretaría de Estado de Seguridad mantendrá enlace permanente con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Organización Médica Colegial, el Observatorio de Seguridad Integral

## Objetivos conseguidos: Instrucción 3/2017

en Centros Hospitalarios, así como con resto de instituciones y organizaciones especializadas.

b) Las Direcciones Generales de la Policía y de la Guardia Civil, a nivel central nombrarán un *“Interlocutor Policial Nacional Sanitario”*, punto nacional de contacto de cada órgano directivo, con la misión específica de coordinar, dirigir, canalizar e impulsar la actuación de los distintos *“Interlocutores Policiales Territoriales Sanitarios”*.

Los *“Interlocutores Policiales Territoriales Sanitarios”* serán expertos designados por las diferentes Unidades de las Direcciones Generales de la Policía y de la Guardia Civil, tornando en consideración su propia estructura orgánica y territorial, el volumen de la actividad policial concreta en esta materia y sus singularidades. Los cuales, asumirán la responsabilidad de la coordinación, cooperación, desarrollo y ejecución de las actuaciones relacionadas con cualquier manifestación de violencia o intimidación a personal sanitario en el ámbito territorial que les sea propio.

Estos expertos, serán el punto de contacto permanente con los representantes de los centros médicos, colegios profesionales y autoridades territoriales competentes.

### 4.2. CANALES DE COMUNICACIÓN.

Los canales de comunicación con los organismos competentes serán determinados, por parte de los máximos responsables de cada una de las demarcaciones policiales o por delegación de esto por los

*“Interlocutores Policiales Territoriales Sanitarios”*, en función de la distribución territorial de los servicios sanitarios.

### QUINTA. SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS.

En cuanto a los mecanismos de análisis delictivo que favorezcan el seguimiento de los resultados obtenidos, permitiendo la adecuación de las actuaciones a la evolución de los hechos, se tendrá presente lo siguiente:

A nivel Superior, en la Secretaría de Estado de Seguridad se centralizarán los datos en el Gabinete de Coordinación y Estudios.

A nivel Central: mensualmente, desde las Direcciones Adjuntas Operativas se extraerán los datos correspondientes a los hechos delictivos acontecidos en demarcación de cada Cuerpo y se hará el oportuno seguimiento y análisis.

A nivel Territorial: se llevará a cabo un seguimiento permanente de la ejecución y resultados obtenidos fruto del presente Protocolo.

Objetivo final a conseguir:

# Agresiones a los profesionales sanitarios

# CERO

AÑOS

# 19 Galería





OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



2011





OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



2013





OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



# 2013





OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



2014





OMC § ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



# 2015





OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



2017





OMC § ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS



2018





OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



2018





OMC § ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS



2019





OMC §

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



2019





OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



2020







OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS



CIEN AÑOS COMPROMETIDOS CON  
LA SOCIEDAD Y LOS MÉDICOS

Plaza de las Cortes, 11  
28014 Madrid  
Tel +34 914 317 780  
cgcom@cgcom.es  
www.cgcom.es