

JORNADA
PRESENTACIÓN DATOS AGRESIONES
2025

OBSERVATORIO
AGRESIONES a MÉDICOS y MÉDICAS

10 DE MARZO | 10:00 H.
SEDE DE LA OMC

Estudio Nacional de Agresiones a Médicas/os 2025

De la visibilización a la protección estructural
Tolerancia Cero



Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos y Médicas

2025 marca un nuevo récord: La violencia no es una anécdota, sino un fenómeno social.

879

Agresiones
comunicadas

324.887

Médicas/os
colegiadas/os

52

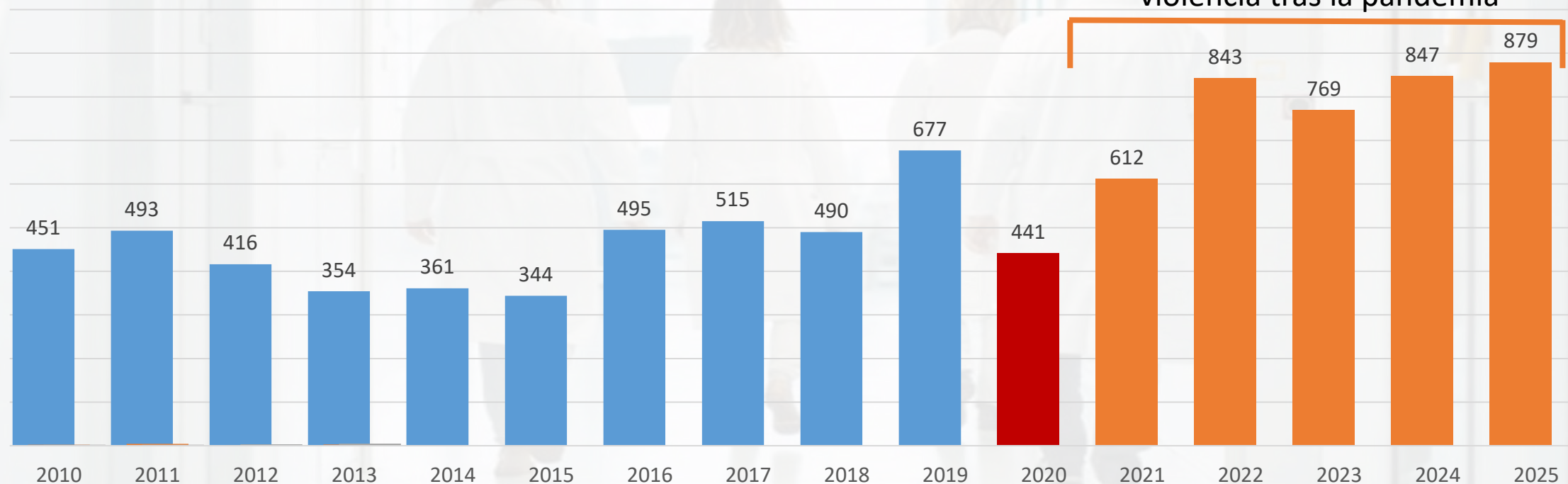
Colegios
provinciales

Cifra basada en comunicaciones de los colegios

La relación entre el volumen de agresiones y el número de colegiadas/os confirma que nos enfrentamos a una realidad validada institucionalmente, no a incidentes aislados.

15 años de tendencia ascendente consolidan el problema

Consolidación de la
violencia tras la pandemia



Lejos de estabilizarse, las agresiones mantienen una tendencia al alza. Los últimos ejercicios se sitúan entre los mas elevados de la serie histórica

8.987
Agresiones

Una década y media de violencia sostenida: casi 9.000 agresiones registradas

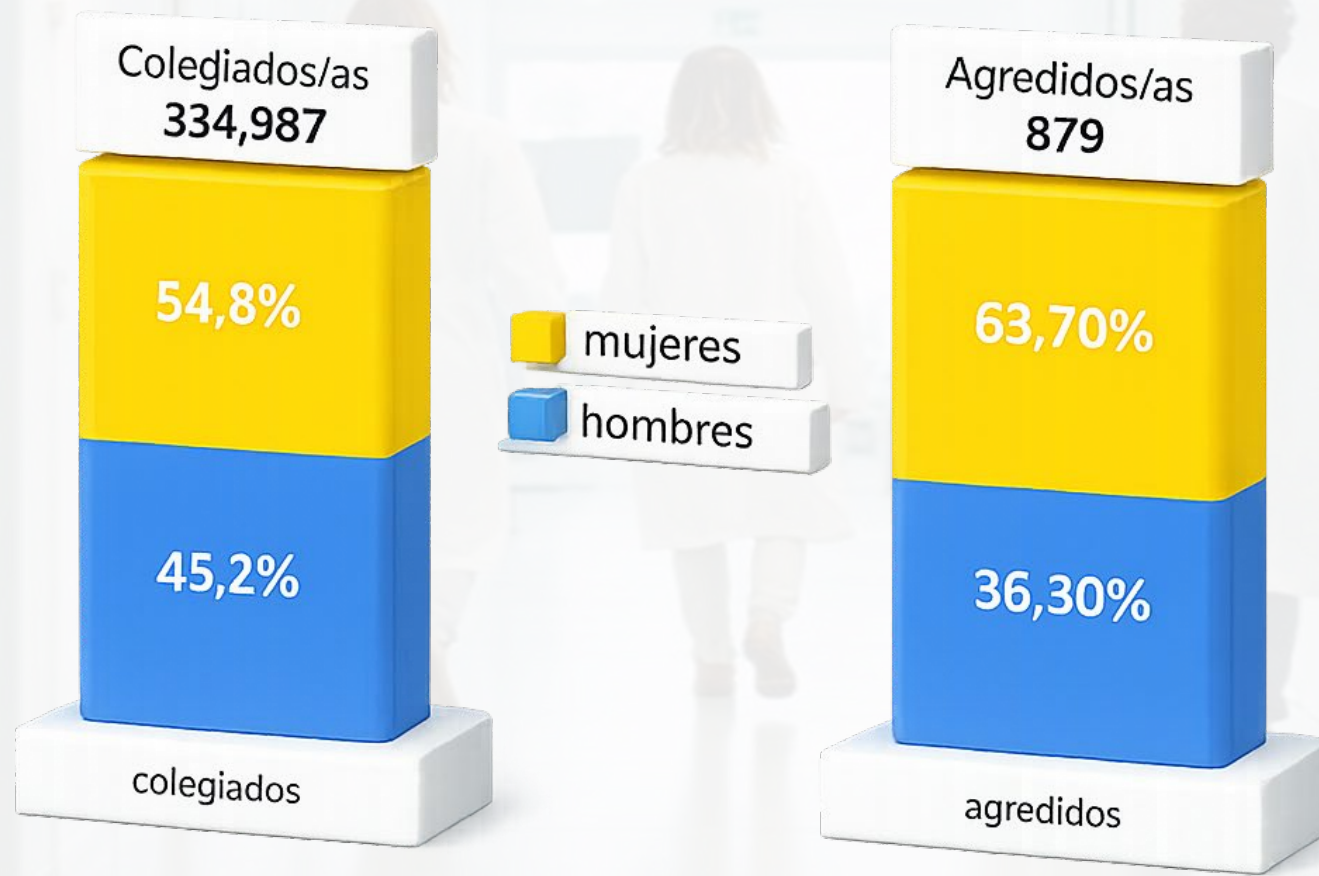


Incidencia anual de agresiones por 1000 colegiados, con una media en el periodo 2010-2025 de 2,10 agresiones por 1000 colegiados

**La violencia crece a un ritmo superior al del propio colectivo médico,
es algo sistémico, no coyuntural.**

La violencia es un riesgo profesional acumulativo e “in crescendo”

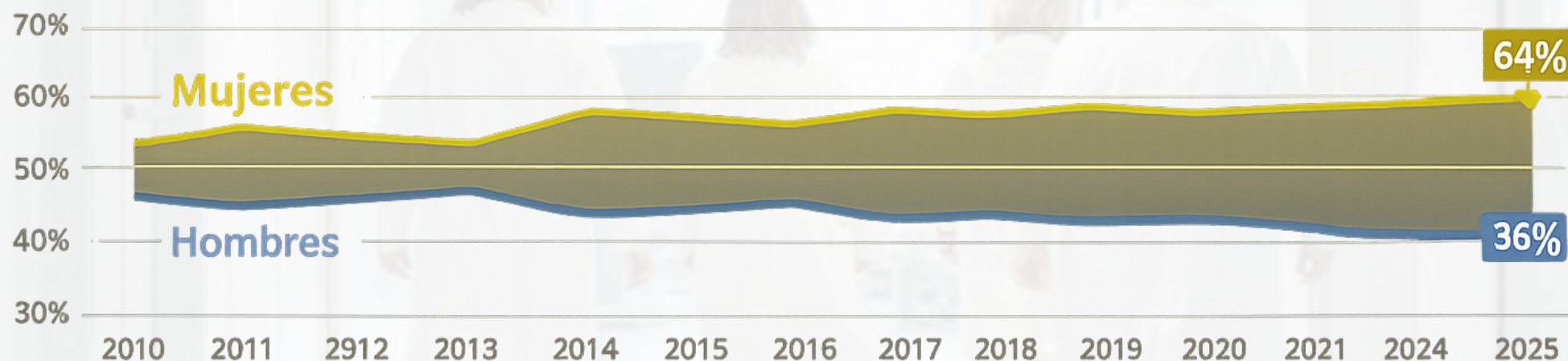
La violencia sanitaria tiene rostro de mujer: Una brecha persistente y al alza



La brecha no es un eco del pasado; la tendencia empeora y el incremento global impacta con mayor intensidad en las médicas.

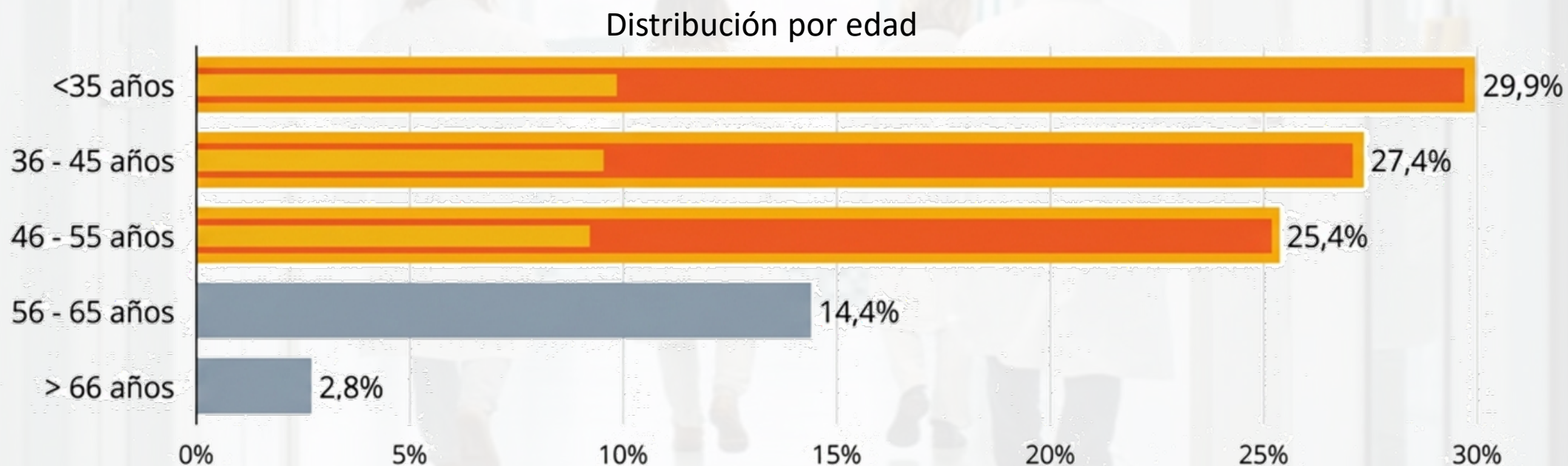
El riesgo no es homogéneo, las profesionales están expuestas a un nivel de agresión estructuralmente superior al de sus compañeros

Una brecha estructural que discrimina a las profesionales desde hace mas de una década



Aunque la violencia crece para ambos sexos, el incremento impacta de manera asimétrica y mas severa sobre las mujeres, a medida que año tras año aumenta el porcentaje de médicas colegiadas

El riesgo de agresión está directamente ligado a la exposición clínica activa



La incidencia desciende drásticamente a partir de los 56 años y es residual a partir de los 66. Los profesionales jóvenes y de mediana edad son los que sostienen el mayor porcentaje de actividad clínica, por lo que soportan la máxima carga de riesgo.

8 de cada 10 casos se producen en la consulta habitual

Paciente
programado
48,0%

Acompañante
19,4%

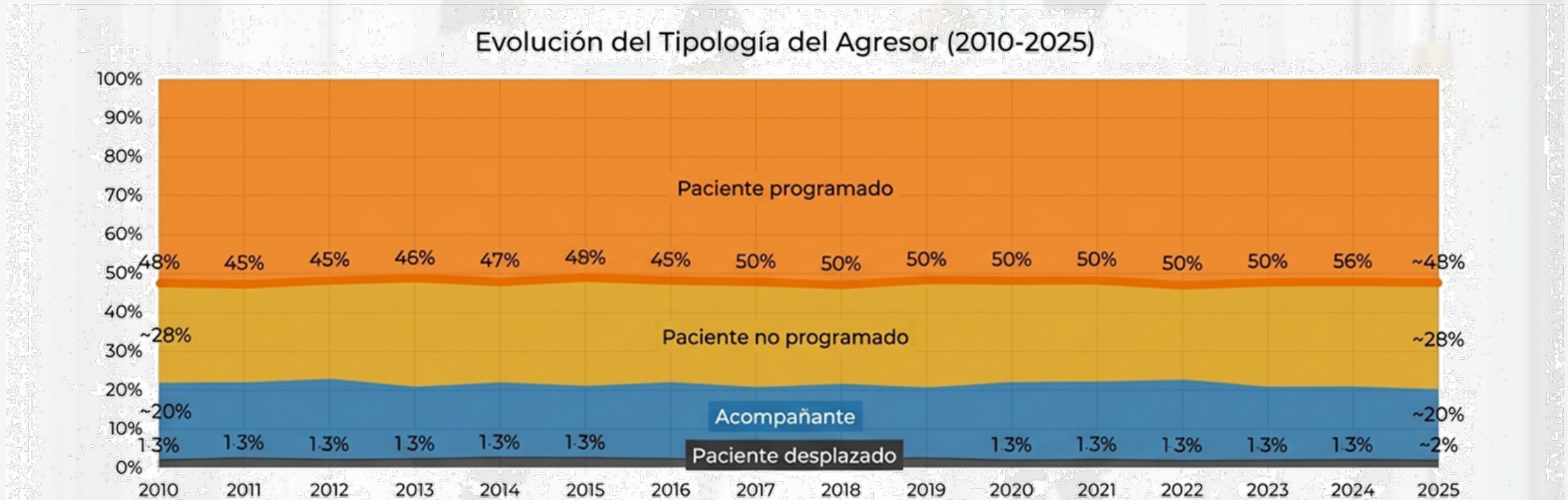
Paciente
desplazado
1,2%

Paciente no
programado
31,3%



La violencia se genera en el núcleo de la práctica clínica diaria; no es un problema de control de accesos, sino de relación asistencial.

El paciente programado es el origen histórico e invariable de la violencia



A lo largo de 15 años, el perfil del agresor no se desplaza hacia figuras externas, confirmando la estabilidad del conflicto dentro del sistema.

Las soluciones basadas únicamente en la seguridad física ignoran que el conflicto nace principalmente del diseño de la atención y las expectativas generadas

Los “puntos críticos” del sistema: Atención Primaria y horario laboral



Atención Primaria domina históricamente con el 58,6% de los incidentes

Alerta sector privado:
Salto sin precedente, del 12% histórico al 17% en 2025



Ocurren en pleno **horario laboral**. Los episodios fuera del ejercicio profesional son excepcionales (3% en horario no laboral)

La agresión es un riesgo laboral intrínseco a los entornos de mayor presión, no un conflicto personal fuera de la consulta.

Los agresores son adultos en edad activa, desmontando el mito del deterioro cognitivo

Distribución por edad del agresor

37,2%

<40

49,9%

40-60

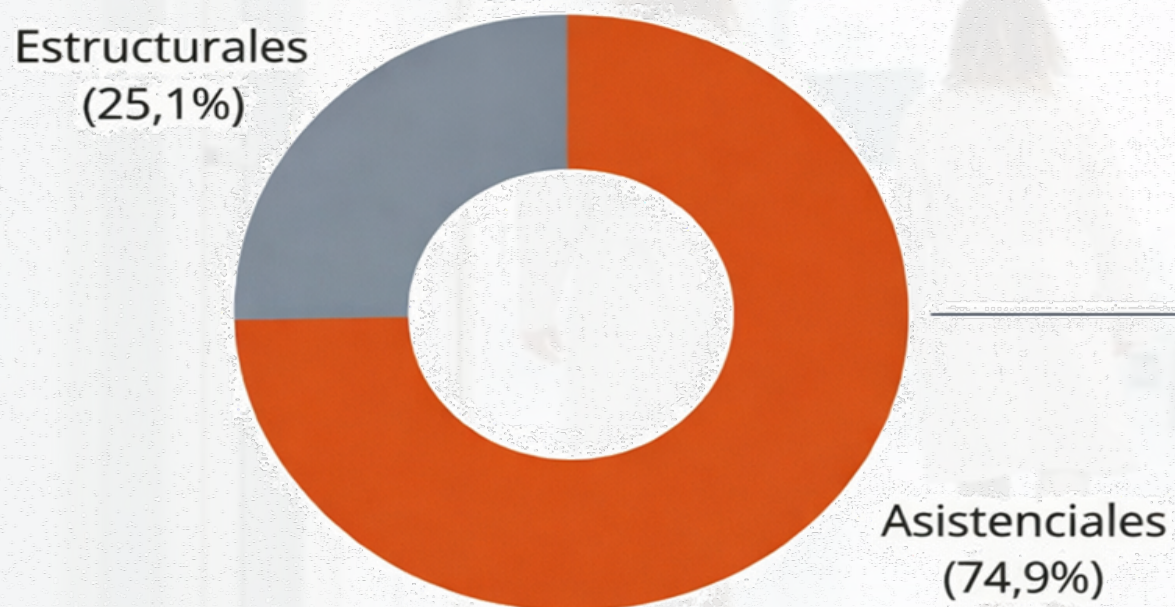
12,9%

>60

La violencia es ejercida por personas con plena capacidad funcional, impulsada por conflictos asistenciales organizativos

El 12,9% de los agresores supera los 60 años, descartando la incapacidad mental o el envejecimiento como causa predominante.

La erosión de la relación médico-paciente: el choque de expectativas



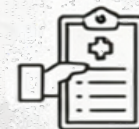
Focos del Conflicto Asistencial



Disconformidad con la atención médica recibida (44,2%)



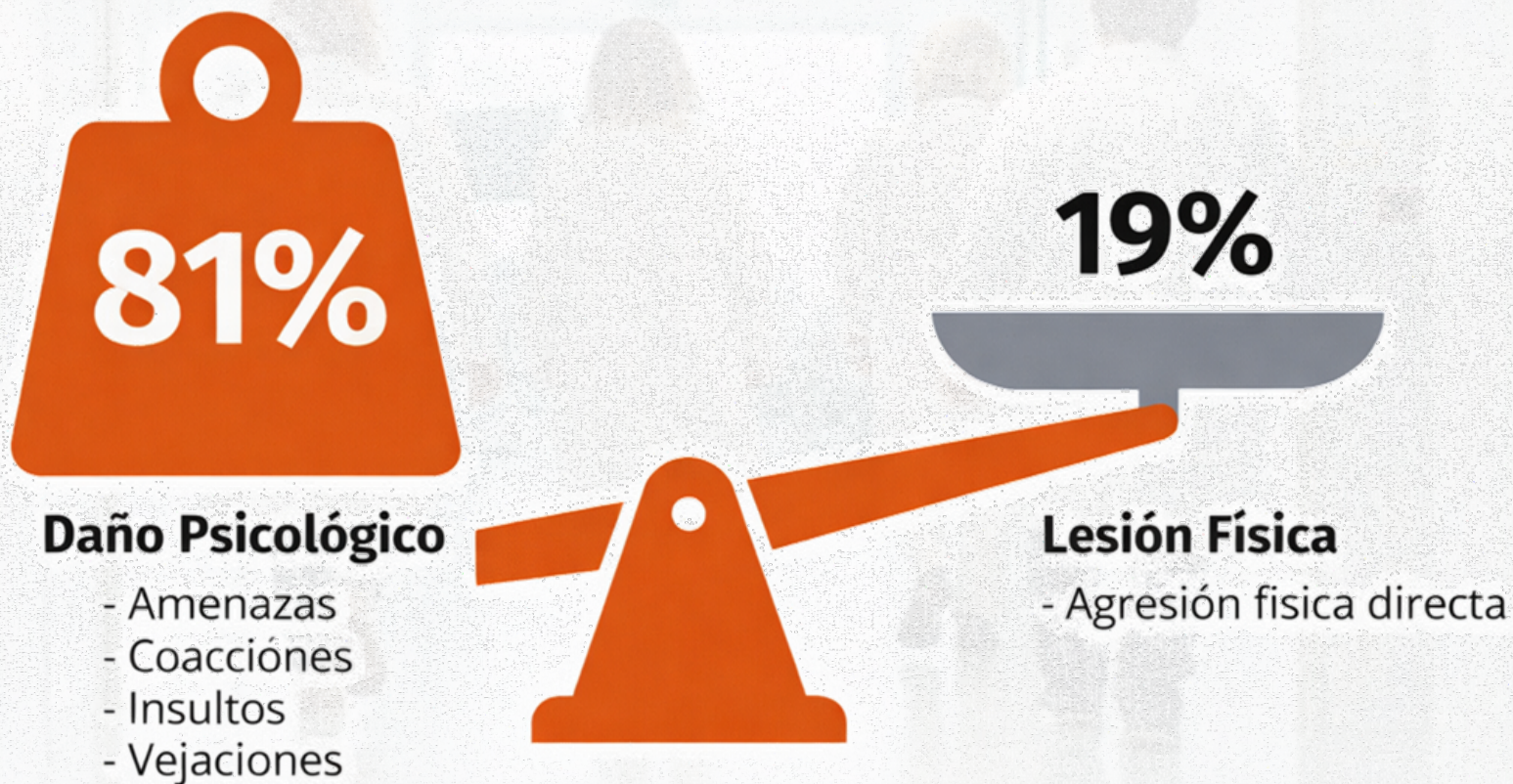
Discrepancias sobre la Incapacidad Temporal (IT)



Exigencias injustificadas de recetas o informes médicos

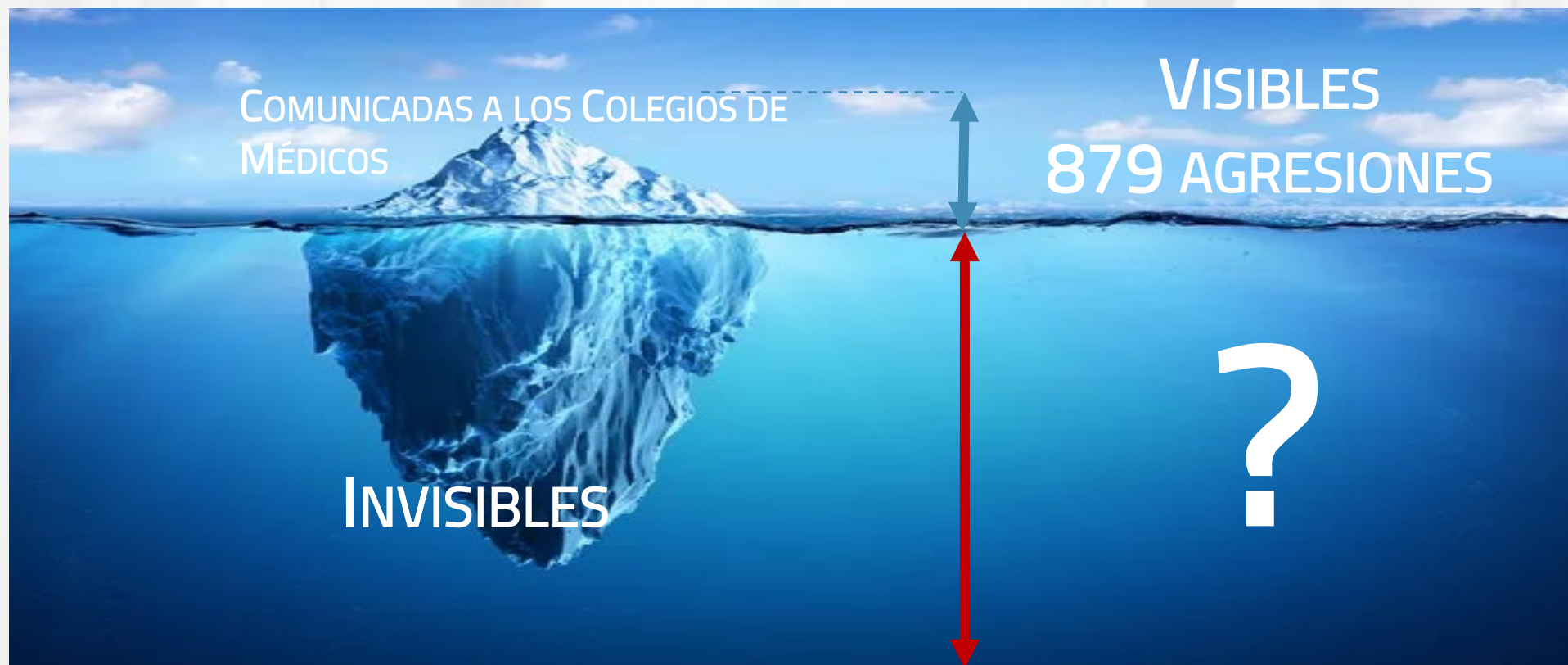
**El motivo principal de las agresiones es el rechazo al criterio médico profesional.
Se precisa un respaldo institucional absoluto a las decisiones clínicas**

De la lesión física a la cicatriz psicológica: el nuevo paradigma



La violencia sanitaria actual busca presionar, amedrentar y deslegitimar; el impacto mental es su consecuencia mas profunda.

El iceberg del silencio



Normalizar la violencia silencia a la víctima y colapsa el sistema al quebrar la continuidad asistencial

Consecuencias del iceberg del silencio: Escasas denuncias y alto coste operativo para el sistema

Solamente el **48,8%** de las agresiones comunicadas llegan a denunciarse formalmente, policía nacional, guardia civil, policías autonómicas y locales, juzgados y fiscalías.

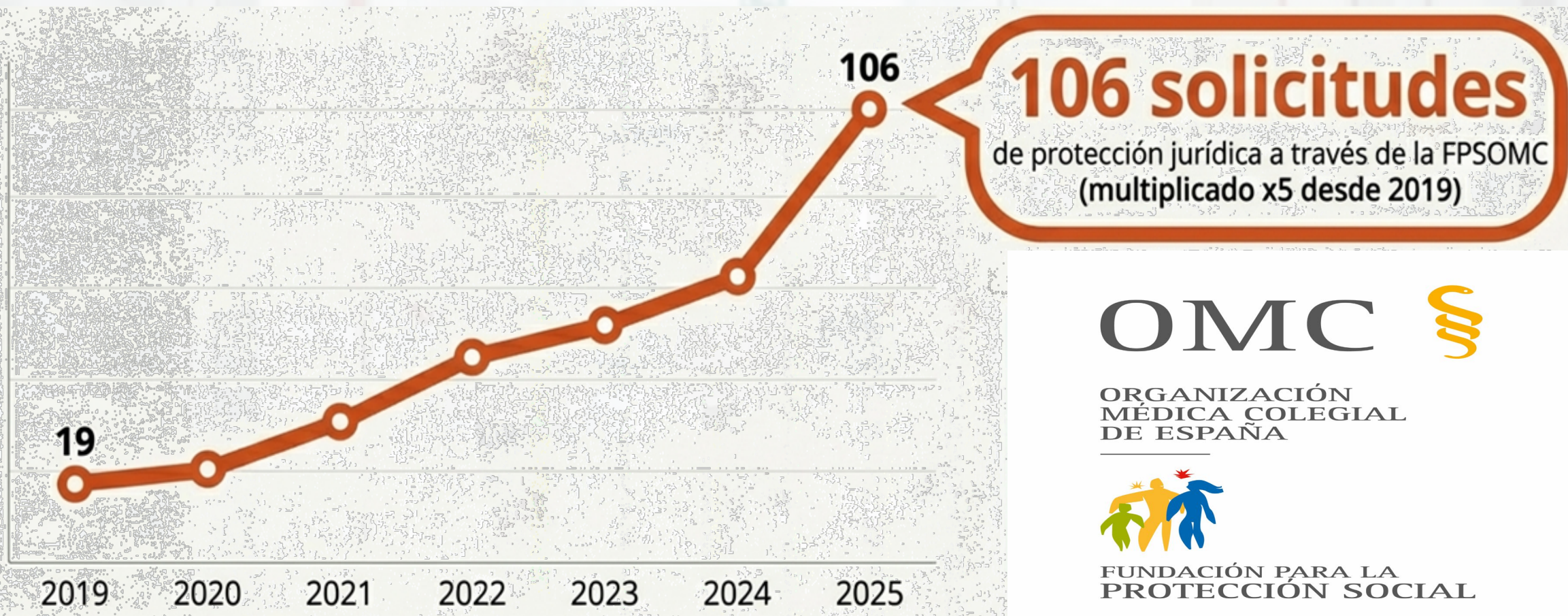


13,5%

de las agresiones acaban en baja laboral del profesional, quebrando la continuidad asistencial

→ Más de la mitad de los incidentes son violencia invisible y no oficializada.

Protección en el ejercicio: la creciente demanda de amparo jurídico



Aunque la concienciación crece, el médico no puede afrontar la agresión en soledad; requiere blindaje sistémico

Anatomía de un problema estructural: 6 puntos clave de las agresiones comunicadas en 2025



Agresiones al alza en 2025
(2,71 por 1.000 colegiados).



63,7%

Brecha de género: Las médicas
sufren la mayoría de los ataques.



**Atención
Primaria:
1º Foco**

Foco de riesgo: Atención Primaria
concentra la mayoría absoluta de
incidentes.



96,1%

Entorno laboral: Ocurre durante
la jornada de trabajo habitual.



81%

Daño invisible: Consecuencias
centradas en daños psicológicos.



48,8%

Iceberg de silencio: Menos de la mitad
llegan a denunciarse formalmente.

Las agresiones no son hechos aislados, sino un riesgo laboral sostenido que requiere acción estructural, no solo reactiva.

Hoja de ruta estratégica: de la denuncia al blindaje integral



1.- Prevención Estructural

Actuar sobre la sobrecarga y tiempos de espera (especialmente en primaria)

2.- Protección institucional

Garantizar apoyo jurídico y psicológico homogéneo y visible

3.- Acompañamiento Post-agresión

Protocolos automáticos para evitar la indefensión y denunciar todas las agresiones

4.- Concienciación social

Campañas que dejen claro que la agresión al personal sanitario es inaceptable

5.- Plan Nacional contra las agresiones a sanitarios

Participación de los Ministerios implicados, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, CC.AA, profesionales, ciudadanos, etc

La reducción de agresiones exige abordar los factores organizativos del propio sistema de salud

REFLEXIÓN FINAL

¿POR QUÉ NO SE COMUNICAN
TODAS LAS AGRESIONES?

QUIZÁ NO COMUNICAMOS ...

- **PORQUE HEMOS REALIZADO UNA NORMALIZACIÓN DE LAS AGRESIONES COMO ACTOS QUE FORMAN PARTE DEL DÍA A DÍA DEL EJERCICIO DE NUESTRA PROFESIÓN.**
- **POR LA APARICIÓN DE SENTIMIENTOS DE INDEFENSIÓN, IMPOTENCIA, HUMILLACIÓN, RABIA, DESPUÉS DE LA AGRESIÓN.**
- **POR TEMOR A REPRESALIAS FUTURAS POR PARTE DEL AGRESOR/A Y/O FAMILIARES.**
- **POR CONSIDERAR QUE LAS DENUNCIAS NO SON ÁGILES, Y SON UNA PÉRDIDA DE TIEMPO, YA QUE NO HAY SANCIONES EJEMPLARIZANTES O SON MÍNIMAS.**
- **POR NO SENTIRSE PROTEGIDO INSTITUCIONALMENTE.**

Y QUIZÁ PORQUE

A FUERZA DE VERLO TODO, SE TERMINA POR SOPORTARLO TODO ...

A FUERZA DE SOPORTARLO TODO, SE TERMINA POR TOLERARLO TODO...

A FUERZA DE TOLERARLO TODO, TERMINAMOS ACEPTÁNDOLO TODO ...

A FUERZA DE ACEPTARLO TODO, FINALMENTE LO APROBAMOS TODO

Un objetivo innegociable: Contra las agresiones “Tolerancia Cero”

Las agresiones a los profesionales sanitarios no pueden normalizarse como parte del “sueldo”.

Cuidar a quienes nos cuidan es el primer deber de un sistema sanitario excelente