

CAPÍTULO 18

AGRESIONES A PERSONAL SANITARIO

David José González Lombardía, Enrique Santos Bueso



Diseñado por Freepik.

INTRODUCCIÓN

La violencia en el lugar de trabajo constituye un problema de alcance mundial que afecta de manera transversal a todos los sectores profesionales. Las singulares circunstancias en que se desarrolla la atención sanitaria implican la exposición de los profesionales a diversas agresiones que pueden poner en riesgo su salud y su propia seguridad, mermando gravemente la calidad de la asistencia.

Las agresiones en el ámbito de la salud suponen un daño directo a la integridad física y moral de los trabajadores sanitarios, salvaguardada por los artículos 15 y 40.2 de la Constitución Española, y lesionan también de manera indirecta el derecho de protección de la salud, recogido como bien jurídico funda-

mental en el artículo 43 de la propia Carta Magna, que además atribuye la competencia para su organización y tutela a los poderes públicos. Estos derechos difícilmente pueden ser garantizados si los trabajadores sanitarios, encargados de velar por la salud pública, desempeñan sus funciones bajo amenaza de sufrir esta violencia.

La magnitud del problema resulta evidente al consultar las cifras. Según datos del Ministerio de Sanidad (Figura 18.1), en este año 2024 se registraron 16.866 agresiones a personal sanitario en el Sistema Nacional de Salud, lo que equivale a 24,38 por cada 1.000 profesionales al año.

En el caso concreto de los médicos, el Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos/as de la Organización Médica Colegial (OMC) registró

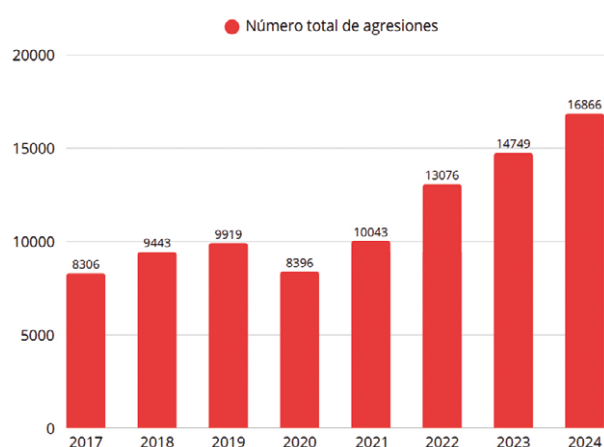


Figura 18.1. Número total de agresiones a personal sanitario en España. Fuente: Ministerio de Sanidad.

847 agresiones este último año, la cifra anual más alta desde que comenzaron a recopilarse los datos en el año 2010 y que revela que se produce una agresión a un médico cada diez horas en nuestro país.

Lejos de ser un dato aislado, estos incidentes se han incrementado de manera irrefrenable en la última década, a excepción de un breve descenso durante el confinamiento de 2020 como consecuencia de la pandemia por COVID-19. Desde el año 2010 la OMC ha contabilizado 8.108 agresiones a médicos en España; no obstante, debemos señalar también la segura existencia de un número indeterminado de incidentes que no resultan comunicados a los órganos competentes.

El impacto de las agresiones trasciende el daño personal al profesional agredido: mina la relación médico-paciente y genera un clima laboral de miedo y estrés que dinamita la asistencia sanitaria. A continuación, pretendemos detallar el fenómeno de la agresión al personal sanitario en España abordando su definición, el marco jurídico aplicable, el origen del problema, los protocolos y herramientas de prevención y respuesta y la comparación con otros países de nuestro entorno.

DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍA DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO

Para desarrollar el problema de las agresiones debemos definir con exactitud a qué nos referimos con «agresión» al personal sanitario, así como las formas que ésta puede adoptar. Diversos organismos internacionales (OMS, OIT, Consejo Internacional de En-

fermeras, etc.) elaboraron en el año 2002 en Ginebra las «Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el ámbito de la salud», ofreciendo una serie de definiciones que nos permiten aproximarnos a la tipología de esta violencia. Entendemos por agresión a un profesional sanitario como *cualquier comportamiento intencionado, procedente de pacientes, familiares u otras personas, que causa o puede causar daño físico, psíquico o moral al profesional en el ejercicio de sus funciones*. Dentro de este concepto general, la agresión toma dos formas fundamentales:

— **Agresiones físicas:** conductas violentas que causan daño corporal al profesional. Incluyen cualquier ataque físico intencionado: golpes, patadas, empujones e incluso agresiones sexuales.

— **Agresiones psicológicas:** comportamientos que buscan atacar la salud mental de la víctima tratando de degradar, coaccionar o atemorizar al profesional. Dentro de este grupo se encuentran las agresiones verbales, que son expresiones orales o escritas que tratan de insultar, humillar o amenazar, suponiendo un menoscabo a la dignidad del agredido (insultos, injurias, vejaciones, gritos y amenazas); pero también la intimidación, el hostigamiento y el acoso.

Además de los dos tipos mencionados, extendemos el daño a un tercero: las **agresiones institucionales**, que hacen referencia a situaciones en las que el propio entorno del centro sanitario agrava el daño o la desprotección del agredido: falta de apoyo de la institución tras un incidente violento, ausencia de medidas de seguridad, sobrecarga asistencial extrema... Estas circunstancias también vulneran los derechos del profesional considerándose, desde un punto de vista jurídico, incumplimientos de la obligación de la Administración de velar por la seguridad en el trabajo (art. 40.2 CE). En casos graves, la llamada «violencia institucional» puede llegar a constituir una infracción administrativa de prevención de riesgos laborales e incluso un ilícito penal (acoso laboral, delitos contra la integridad moral, etc.).

Las agresiones no siempre son unívocas, pudiendo concurrir varias formas a la vez (escalando, por ejemplo, una agresión verbal hacia una agresión física). También la destrucción deliberada del mobiliario o el material sanitario forma parte de este fenómeno, pues acompaña frecuentemente a la violencia hacia el personal y podría tipificarse a nivel legal como un daño a los bienes públicos.

De manera más sencilla, debemos calificar como agresión a toda conducta violenta, coactiva o simple-

mente irrespetuosa dirigida contra un profesional de la salud en el ejercicio de su labor. La tipología de cada agresión puede requerir abordajes y respuestas distintas, pero todas comparten su inaceptabilidad y su potencial prevención.

MARCO LEGAL Y PROTECCIÓN JURÍDICA DEL PERSONAL SANITARIO

El encaje jurídico de las agresiones a personal sanitario se encuentra disperso en distintas ramas del Derecho. En primer lugar y de manera más obvia, pueden suponer la comisión de delitos tipificados en el Código Penal; no obstante, no sólo entran en el ámbito del Derecho Penal, sino que también pueden conllevar responsabilidad civil y/o administrativa.

El Código Penal español contempla diversos tipos delictivos en los que pueden encuadrarse múltiples formas de agresión, siendo los más relevantes:

— **Delito de atentado contra la autoridad o sus agentes** (artículo 550 CP): cometido por aquellos 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».

La redacción de dicho artículo se actualizó con la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, que supuso la modificación del Código Penal para ampliar la calificación de «autoridad pública» a los sanitarios y docentes, quedando añadido así al final del artículo:

«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 en ellas».

La pena prevista para el delito de atentado, tras la mencionada reforma, es prisión de 1 a 4 años y multa de 3 a 6 meses, si la agresión es contra la autoridad, tratando de obtener un efecto disuasorio y permitiendo la actuación de oficio de la Justicia.

Una crítica frecuente a este artículo es que limita su ámbito de protección únicamente a personal estatutario o funcionario en centros públicos. Actualmente, los profesionales de la sanidad privada no están cu-

biertos por esta consideración, lo cual puede llegar a considerarse una discriminación en la tutela penal, puesto que el espíritu de la norma es la protección de la labor sanitaria, independientemente de la naturaleza pública o privada de la institución en que se ofrezca.

— **Delito de lesiones** (artículos 147 y sucesivos CP): aparecen al ejercer acciones que causen a otro un daño que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental. Ya lo vimos en el capítulo 6 al tratar la responsabilidad penal por lesiones oculares y el delito de lesiones.

En este caso, vimos que las penas varían según la gravedad de la lesión resultante: las lesiones que requieren tratamiento médico o quirúrgico (y no la mera vigilancia o seguimiento facultativo) se castigan con prisión de 3 meses a 3 años, pudiendo ser superiores si concurren agravantes. Las lesiones que no encajen en este marco constituyen un delito leve sancionado con multa de uno a tres meses.

Tras explicar estos dos tipos penales, debemos señalar que, en caso de agresiones graves a médicos, puede producirse un concurso de delitos: por un lado, el atentado a autoridad pública, y por otro, las lesiones causadas. En este sentido haremos una breve referencia a la Sentencia Penal Nº 297/2018 de la Audiencia Provincial de Alicante del 17 de septiembre, por la que se condenó a un paciente violento a 2 años y 4 meses de prisión por atentado a funcionario sanitario en concurso con un delito de lesiones, imponiéndose también 5 años de prohibición de acercarse al médico agredido y 50.000 € de indemnización por lesiones.

— **Amenazas** (artículos 169-171 CP): consiste en intimidar a alguien anunciándole la intención de

«causarle a él, a su familia o a otras personas con las que esté íntimamente vinculado un mal que constituya delitos de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico».

Las amenazas condicionales de causar un mal constitutivo de delito grave se castigan con prisión de 1 a 5 años, mientras que las de menor consideración o sin exigencia se penan con prisión de hasta 2 años o multa.

Cuando la amenaza es grave y directa, de manera análoga al caso anterior, puede ser también subsumi-

ble en el delito de atentado, por lo que suele aplicarse esta figura penal. En otros casos, especialmente en aquellas situaciones que tiene lugar fuera del ejercicio de la atención sanitaria, se trata específicamente como delito de amenazas.

— **Coacciones** (artículo 172 CP): se refiere a impedir a alguien con violencia o intimidación que haga algo que la ley no prohíbe o le obligue a hacer lo que no quiere hacer. De modo particular en el ámbito sanitario, suele corresponderse con conductas destinadas a presionar al médico a emitir informes, recetar fármacos o realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos en contra de su propio criterio. Las coacciones graves se castigan con penas de prisión de 6 meses a 3 años o con multa de 12 a 24 meses, las leves, con multa de 1 a 3 meses.

Según los datos de la OMC, cerca del 50 % de las agresiones notificadas a médicos son amenazas o coacciones hacia los profesionales, poniendo de manifiesto la importancia de estas figuras en la práctica habitual.

— **Injurias y calumnias** (artículos 205 y 208 CP): la calumnia es la

«imputación de un delito hecha con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio a la verdad». La injuria es la «acción o expresión que lesiona la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación».

En ambos casos, la publicidad de la calumnia o la injuria agrava las penas correspondientes.

En la práctica, no todas las agresiones verbales que encajen en estos tipos acaban teniendo repercusión legal, sin embargo, existen sentencias por injurias graves a médicos en el ejercicio de su función. Si tenemos en cuenta que más del 80 % de las agresiones (OMC) en 2024 fueron psicológicas (principalmente insultos, amenazas y vejaciones), esta categoría cobra una poco desdeñable importancia. Si bien la inmensa mayoría de injurias se quedan en sanciones administrativas o simple reproche moral (y otras muchas ni siquiera son notificadas), las injurias graves pueden conllevar consecuencias penales.

— **Delitos contra el orden público.** Si la agresión se produce en contexto de un tumulto o alteración colectiva, podrían aplicarse figuras como la alteración del orden público (art 557 CP). Del mismo modo, causar daños materiales en centros sanitarios está penado en el artículo 263 CP, con el agravante de dirigirse contra bienes de uso público y afectar al interés general.

Otro punto importante a tratar es la capacidad de las agresiones para activar el derecho administrativo sancionador. Aunque la vía penal es el vehículo principal, determinadas conductas pueden conllevar una sanción de tipo administrativo: en la Ley de Seguridad Ciudadana 4/2015 se prevén multas por desórdenes o faltas de respeto a la autoridad en ciertos ámbitos.

También algunas Comunidades Autónomas han puesto en marcha mecanismos de legislación administrativa para atajar el maltrato al personal sanitario mediante normativas propias. Algunas CCAA han declarado mediante ley al personal sanitario de su ámbito como autoridad a ciertos efectos, como la Comunidad de Madrid o Murcia, que aprobó en 2015 la ley específica de Autoridad Sanitaria, similar a la que existe para los docentes. Si bien debemos recordar que la potestad jurídica para desarrollar el derecho penal corresponde al Estado, las leyes autonómicas refuerzan el mensaje y suelen establecer sanciones propias para usuarios violentos.

Todas las CCAA han incorporado en su legislación sanitaria la definición de «deberes de los pacientes», incluyendo entre ellos el deber de respetar al personal sanitario y de usar correctamente las instalaciones sanitarias. En general, la transgresión de estos deberes puede implicar la expulsión del centro (exceptuando los servicios de Urgencias) o sanciones administrativas leves.

Por último, señalar la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, que obliga a las Administraciones Públicas e instituciones sanitarias a evaluar y mitigar el riesgo de violencia, contemplando incluso sanciones por parte de la Inspección de Trabajo en caso de no velar por la seguridad en el ámbito laboral.

PROTOCOLO FRENTE A LAS AGRESIONES: PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN (Figura 18.2)

El primer paso para impedir la existencia de agresiones es el establecimiento de medidas de prevención y seguridad con el fin de evitar que se produzcan las circunstancias que permitan la agresión como desenlace. En este sentido, las gerencias de los propios centros sanitarios deben evaluar el riesgo en puestos de trabajo y actividades, atendiendo a la mayor peligrosidad de determinadas situaciones: atención de cara al público, atención a pacientes psiquiátricos, horarios con baja afluencia de usuarios, pacientes aislados, centros con antecedentes de violencia inusual, etc.

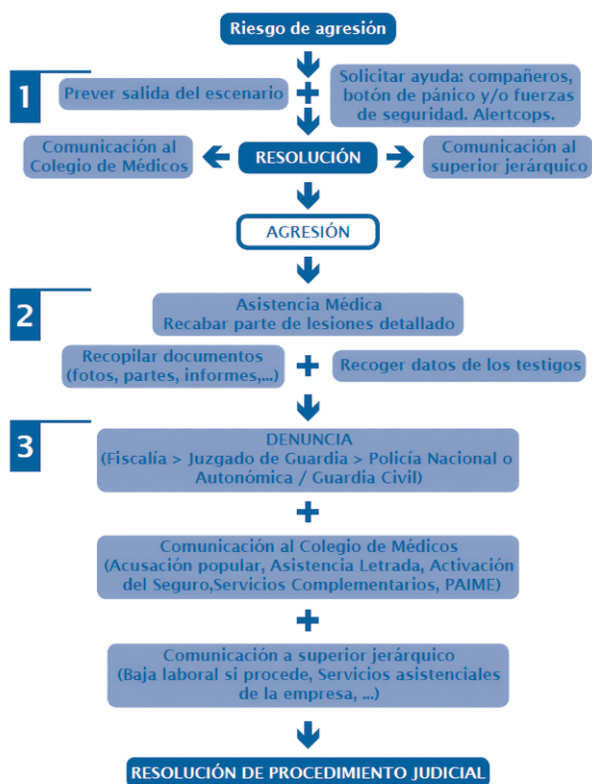


Figura 18.2. Guía rápida ante una agresión. Guía contra las agresiones 2024, Organización Médica Colegial de España.

Entre las principales actuaciones de carácter preventivo distinguimos múltiples disposiciones:

— **Medidas de seguridad activa** (vigilantes de seguridad) **y pasiva** (videovigilancia, botones antipánico, sistemas de alarma).

— **Medidas organizativas:** confortabilidad de salas de espera, Unidades de Atención al Usuario, mejora de la gestión de espera, etc.

— **Medidas técnicas:** salidas de emergencia, mostradores, mamparas.

— **Medidas formativas e informativas** destinadas a los profesionales sanitarios y al conjunto de la población, incluyendo en este grupo las campañas de sensibilización.

Los trabajadores del sector sanitario deben identificar aquellos indicios que adelanten la inminencia de una agresión: alteraciones del tono y el lenguaje, gestos amenazantes, sospecha de consumo de alcohol y/o drogas, presencia de armas, etc. Ante esta sospecha se debe mantener una actitud tranquila y asertiva, sin responder con violencia ante las amenazas y evaluar la situación de manera constante.

Cuando las medidas preventivas fracasan y se produce una agresión, se pone en marcha un protocolo que involucra a la institución sanitaria, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y la propia Administración de Justicia. Lo primordial debe ser siempre la atención inmediata al agredido mediante traslado al Servicio de Salud Laboral y/o Urgencias y la comunicación interna; si existen lesiones se debe proporcionar asistencia médica urgente, avisando al 112 en caso de ser necesario. El incidente se ha de comunicar de manera inmediata a la seguridad del centro y a la dirección o gerencia, y si no es posible terminar con la situación violenta, se debe considerar aislar al agresor o retirarse a un lugar seguro. También se debe notificar la agresión al colegio profesional correspondiente.

En cuanto sea posible, se debe notificar a la Policía o a la Guardia Civil según corresponda. Otra novedad jurídica en este campo es la existencia, a raíz de la Instrucción 3/2017, de la Secretaría de Estado de Seguridad, sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la Salud, de la figura del **Interlocutor Policial Sanitario**, que asesora a la administración sanitaria y a los representantes de los profesionales de la salud en la adopción de medidas preventivas especializadas. Su labor no sólo persigue la erradicación de las agresiones al personal sanitario, sino también otras actividades criminales que puedan tener lugar en los centros sanitarios.

El profesional agredido, siempre apoyado por su institución o colegio profesional, debe interponer la denuncia de los hechos ante la autoridad competente. Pese a que la vía penal puede iniciarse de oficio por el Ministerio Fiscal en los casos de atentado contra funcionario público, es recomendable que el personal denuncie, a fin de aportar su testimonio y activar el proceso. La denuncia puede presentarse ante la policía o en el juzgado de guardia y, una vez iniciado el proceso, los colegios profesionales deben ofrecer asesoría jurídica y acompañamiento a los profesionales.

Conviene señalar que, en los diversos protocolos disponibles en cada Comunidad Autónoma, siempre se recalca la importancia de realizar un parte de lesiones, expedido por otro facultativo, que detalle las lesiones sufridas para adjuntarlas a la denuncia. Es crucial recabar toda la información o pruebas disponibles: testimonios de testigos, imágenes de cámaras de videovigilancia si las hubiese, objetos dañados, etc. Todo ello a fin de poder acreditar el incidente frente a la autoridad judicial.

Una vez interpuesta la denuncia o atestado policial, el incidente pasará a conocimiento del Juzgado

de Instrucción. El juez instructor tomará declaración al agresor, al agredido y a los testigos, y recabará el parte de lesiones. En algunas ocasiones se podría apreciar la necesidad de medidas cautelares para proteger a la víctima durante el proceso, incluyendo la imposición de una orden de alejamiento a fin de prohibir al agresor aproximarse al profesional o a su centro de trabajo.

Al recopilarse los indicios suficientes, se inicia el procedimiento penal. La tipificación dependerá de la gravedad del incidente: en caso de agresiones leves o con escasa repercusión física se puede tramitar como delito leve en un juzgado de paz o instancia, mientras que las agresiones que resulten en lesiones o que supongan la comisión de delitos graves se resolverán por un procedimiento ante el juzgado penal. En el juicio, el profesional sanitario cuenta con representación legal, ya sea particular o de su institución profesional.

Probada la agresión, el juez emite una sentencia condenatoria que tiene como efecto las sanciones penales, en forma de prisión y/o multas, y las responsabilidades civiles correspondientes, en forma de indemnización.

El procedimiento judicial ocurre de manera paralela a un conjunto de medidas que la institución sanitaria activa en apoyo al profesional agredido. Algunas Comunidades Autónomas disponen de protocolos propios de atención, ofreciendo asesoramiento legal, atención psicológica o seguimiento del caso en función de las necesidades. Estos protocolos pueden incluso contemplar la posibilidad de adscribir al profesional a otro centro de trabajo durante el desarrollo del procedimiento.

Comentado el proceso penal que se activa con la denuncia de la agresión, nos parece pertinente evidenciar el fenómeno de la «**infradenuncia**», pues, según datos de la OMC, únicamente el 43,5% de las agresiones que los médicos comunican a sus Colegios se traducen en denuncias ante los Tribunales. La falta de denuncia dificulta la persecución de los agresores reincidentes, creando un clima de impunidad parcial que se justifica, en la mayoría de las ocasiones, porque el propio profesional opta por no denunciar insultos o amenazas «menores» por restarles importancia, temor a represalias o a la desconfianza en el proceso judicial.

A este respecto, la postura de las autoridades y los colegios profesionales es clara: todas las agresiones, incluso verbales, deben denunciarse para no normalizar la violencia y cumplir con el objetivo «tolerancia cero» frente a las agresiones.

ANÁLISIS DE LAS AGRESIONES EN ESPAÑA

Para comprender y analizar de manera profunda la violencia contra el personal sanitario en nuestro país, debemos analizar los datos disponibles en los últimos años. A tal efecto disponemos de fuentes oficiales que recogen y sistematizan la información disponible.

El Observatorio Nacional de Agresiones de la Organización Médica Colegial documenta desde el año 2010 las agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos, en el caso particular de los médicos. Por su parte, el Ministerio de Sanidad publica desde 2017 datos de agresiones notificadas en la totalidad del Sistema Nacional de Salud, ampliando el alcance a los profesionales de todas las categorías que trabajan en centros públicos.

Los datos muestran que las agresiones al personal sanitario han aumentado significativamente en la última década en España, con la única excepción del año 2020. El primer informe del Ministerio de Sanidad en el año 2017 registró 8.306 agresiones en todo el SNS, una cifra que, en 2024, ha ascendido hasta 16.866, más del doble. El colectivo médico sigue una tendencia similar, que ha marcado un récord histórico este año 2024 con 847 agresiones. El problema, por tanto, no sólo es generalizado sino también creciente.

Una observación consistente en el tiempo es que la gran mayoría de las agresiones no son físicas, sino verbales. Aproximadamente un 80-90% de los incidentes en la última década corresponden a agresiones psicológicas como insultos, amenazas y coacciones, mientras que las agresiones con lesiones físicas representan un 10-20%.

El insulto y la amenaza se configuran, así, como las formas más habituales de violencia que enfrenta el personal sanitario. Pese a parecer más «leves» que las agresiones físicas no se debe minimizar su impacto, pues producen consecuencias que pueden requerir baja laboral o apoyo psicológico.

Ya en el terreno de las agresiones físicas, en la mayoría de casos el resultado son lesiones menores como hematomas o contusiones. Desgraciadamente, cabe destacar que se han producido desenlaces graves o incluso extremos, con el fallecimiento del profesional agredido. Aunque estos casos sean excepcionales, muestran que el personal sanitario no está exento de agresiones con secuelas severas o permanentes. A ello añadimos que, por cada agresión física consumada, se producen situaciones de amenaza que no llegan a materializarse.

Otro aspecto interesante es la existencia de ciertos colectivos y entornos asistenciales con mayor riesgo de sufrir agresiones. Atención Primaria es, con diferencia, el ámbito con mayor número de agresiones, acaparando aproximadamente un 45% del total de las agresiones. La proximidad y la relación directa y continuada con el paciente pueden explicar esta mayor exposición, así como otros factores como el gran volumen de pacientes, los tiempos de espera, la demanda de recetas y bajas laborales, etc. Los Servicios de Urgencias son otro punto caliente: en 2024 las urgencias hospitalarias concentraron el 9,5% de las agresiones, junto con el 8,2% de las urgencias de atención primaria.

Entre los profesionales médicos, como señalábamos, Medicina de Familia y Comunitaria resulta la especialidad más golpeada. Otras especialidades con indicadores de riesgo elevados son Psiquiatría (dado el volumen de pacientes potencialmente agresivos o descontrolados), Medicina Interna, Urgencias y Pediatría. Una información particular nos llega desde el país vecino: en Francia, que ha registrado en el último año su máximo histórico con más de 1.000 agresiones a médicos, las especialidades médicas más afectadas por la lacra de las agresiones fueron Oftalmología, Psiquiatría, Dermatología y Ginecología, según datos del *Conseil National de L'Ordre des Médecins* (CNOM).

A la hora de analizar el perfil de la víctima por género, la tendencia es clara: las profesionales mujeres sufren más agresiones que los varones. En 2024 un 62,4% de las víctimas fueron mujeres, que suponen un 52,3% de los profesionales médicos colegiados. En algunas categorías, como la proporción de agresiones con lesiones físicas, la estadística femenina resulta incluso mayor, representando un 71% el año pasado, lo cual puede indicar cierta tendencia a que los agresores reaccionen violentamente contra personal femenino a quienes perciben más vulnerables físicamente. En el cómputo total del SNS la diferencia es aún más profunda, puesto que la Enfermería (colectivo mayoritariamente femenino) recibe más agresiones verbales que el resto de profesionales. El grupo de edad con más casos fue el de 36 a 45 años (29,9%), seguido del grupo de menores de 35 años (24,2%).

Resulta necesario puntualizar que, pese a que estos datos se centran en el colectivo médico, gracias a los informes anuales del Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos/as de la Organización Médica Colegial, todos los profesionales sanitarios pueden ser víctimas: enfermeras, auxiliares, celadores, téc-

nicos, etc. El Ministerio de Sanidad apunta que las notificaciones provienen «principalmente del personal facultativo y de la enfermería», confirmando que médicos y enfermeras son el principal objetivo de esta violencia, en probable relación con la comunicación de sus decisiones al paciente. Según el informe anual del Consejo General de Enfermería, las enfermeras son el colectivo sanitario más agredido en términos absolutos.

En cuanto al entorno geográfico (Tabla 18.1 y Figura 18.3), no existen datos suficientes para concluir

TABLA 18.1. AGRESIONES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS			
Comunidad Autónoma	Total colegiados/as	Total agresiones	Agresiones por 1.000 colegiados
Andalucía	49.271	138	2,80
Aragón	10.176	13	1,28
Cantabria	4.154	10	2,41
Castilla y León	16.994	50	2,94
Castilla-La Mancha	10.660	18	1,69
Cataluña	52.235	261	5,00
Ceuta	376	7	18,62
Comunidad de Madrid	52.661	75	1,42
Comunidad Foral de Navarra	4.867	3	0,62
Comunidad Valenciana	31.597	83	2,63
Extremadura	6.557	38	5,80
Galicia	16.451	17	1,03
Islas Baleares	7.193	15	2,09
Islas Canarias	13.779	70	5,08
La Rioja	2.011	5	2,49
Melilla	354	2	5,65
País Vasco	16.258	5	0,31
Principado de Asturias	7.602	18	2,37
Región de Murcia	9.116	19	2,08
	312.312	847	2,71

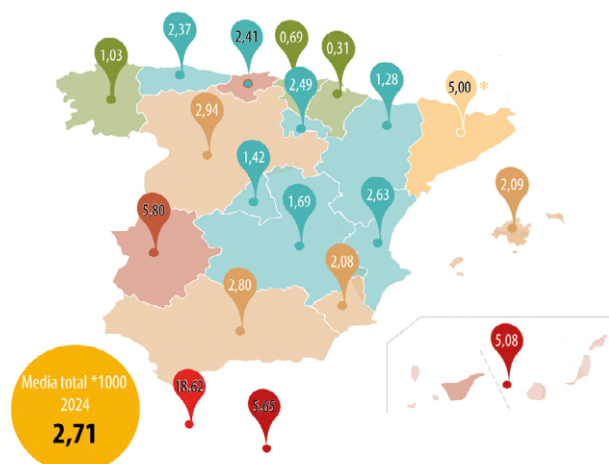


Figura 18.3.- Tasa de agresiones por cada 1000 colegiados por Comunidades Autónomas. Fuente: Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos/as (OMC).

acerca de las Comunidades Autónomas, aunque los informes señalan ciertas variaciones regionales. En general, las comunidades con poblaciones más grandes tienden a acumular más agresiones en números absolutos (Cataluña, Andalucía y Madrid), mientras que las regiones con más ruralidad tienden a presentar tasas de agresiones por profesional más elevadas.

Una vez conocidos los factores de riesgo y el perfil habitual de las víctimas, trataremos de analizar el perfil de los agresores y sus motivaciones.

En la inmensa mayoría de los casos el agresor resulta ser un paciente o usuario del centro sanitario: el 80,2 % de las agresiones en 2024 provinieron del paciente, y el 19,8 % restante de familiares o acompañantes. Respecto del género, la estadística es variable, pero algo superior en los varones (58 % en su máximo histórico en 2023), no obstante, el número de agresoras mujeres está aumentando, especialmente en menores de 40 años.

Un dato alarmante es la reincidencia: según datos del Ministerio de Sanidad, el 20 % de las notificaciones de agresiones corresponden a agresores reincidentes. Pese a que algunas Comunidades Autónomas y hospitales manejan listados internos que alertan de los pacientes con alto riesgo, la elevada tasa de reincidencia sugiere la ineffectividad de las medidas tomadas tras el primer episodio violento.

Valorando las causas de estas agresiones, los análisis distinguen entre causas asistenciales (ligadas a la propia atención sanitaria) y causas estructurales (por la estructura del sistema). Según la OMC, el 79,9 % de las agresiones derivan de causas asistenciales per-

cibidas, frente a un 20,1 % de causas estructurales. Entre las primeras, el principal motivo es la «discrepancia con la asistencia médica» (51 %), seguida por las discrepancias personales, la emisión de informes no acordes a las exigencias del paciente, problemas relacionados con la incapacidad temporal o la negativa recetar lo propuesto por el paciente. Dentro de las causas estructurales, la más destacada es el tiempo en ser atendido/a (72 %), además del mal funcionamiento del sistema (28 %).

La mayoría de los incidentes violentos ocurren dentro del horario y laboral habitual: el 96,3 % de las agresiones tiene lugar en horario laboral, en el desplazamiento o durante los descansos, mientras que el 3,7 % se produce fuera del entorno laboral. Esto indica que a pesar de la existencia de casos de amenazas a profesionales en redes sociales o incluso persecuciones y acoso fuera del trabajo, lo cierto es que son casos minoritarios.

El conjunto de motivaciones reseñadas reviste un núcleo común: la frustración del usuario con el sistema, que convierte al profesional sanitario en un «chivo expiatorio» para canalizar su descontento. Obviamente ninguna de ellas justifica la violencia, pero comprender los detonantes resulta crucial para abordarla desde el punto de vista preventivo.

COMPARATIVA CON OTROS ENTORNOS: EL CONTEXTO EUROPEO

Desgraciadamente, España no es una excepción en cuanto a agresiones a sanitarios, pues la violencia en el ámbito sanitario es un fenómeno creciente reconocido por la OMS.

En Francia en 2022 se registraron 1.009 agresiones a médicos, lo que supuso un récord histórico en el país galo y un salto considerable respecto de la media de aproximadamente 800 casos que venía registrando en años anteriores. Al igual que en España, cerca del 60 % de las agresiones se produjeron en Atención Primaria. Un problema señalado por las autoridades sanitarias francesas es la falta de denuncia: una estimación reciente afirma que más de la mitad de los casos de las agresiones a facultativos franceses no se denuncia, dificultando la sanción del agresor y la prevención de la reincidencia.

Francia también ha reforzado en los últimos años la legislación para endurecer las sanciones por agresión a personal sanitario, equiparándolas con las de los agresores de otros funcionarios públicos. Los tribunales franceses pueden imponer penas de

entre 3 y 5 años de prisión en función de la gravedad de las lesiones.

Otro país vecino, Portugal, enfrenta recientemente un repunte de violencia, con 1.632 casos de agresiones registrados en 2022, suponiendo también un máximo histórico tras la caída asociada a la pandemia. En respuesta, recientemente se ha aprobado en Portugal una ley penal que declara la violencia contra profesionales de la salud como una prioridad, en una clara alineación con la posición de tolerancia cero frente a las agresiones.

Italia ha dado un paso importante en el año 2020 con la aprobación de la *Legge 113/2020 para la protección de sanitarios frente a la violencia*. En virtud de esta disposición se creó el Observatorio Nacional de Seguridad de Profesionales Sanitarios, dependiente del Ministerio de Salud, como un organismo público encargado de recopilar datos, evaluar situaciones de violencia y proponer y establecer medidas preventivas.

La misma ley supuso la reforma del Código Penal Italiano, enmendando el artículo 583-quater para imponer penas de 4 a 16 años de prisión a quienes causen lesiones graves o gravísimas a un profesional sanitario en ejercicio. La contundencia de esta respuesta jurídica se debe al alarmante aumento del número de casos en Italia junto a la alarma social generada, sirviendo así como medida disuasoria.

El Reino Unido atraviesa circunstancias similares, en 2018, el gobierno británico lanzó la primera Estrategia de Reducción de la Violencia en el NHS, tras constatar un aumento de ataques al personal. Ese mismo año se aprobó la *Assaults on Emergency Workers Act 2018*, que convirtió en delito específico la agresión a trabajadores de emergencias (incluyendo a los profesionales del NHS) y dobló la pena máxima de 6 a 12 meses de prisión para las agresiones comunes. Ante la escasa eficacia de la norma, se ha revisado y doblado la pena máxima de prisión de 6 a 12 meses en el año 2022.

El NHS ha instaurado medidas de seguridad como dotar de cámaras corporales a los paramédicos y personal de urgencias para disuadir agresiones y recopilar pruebas en formato digital. A pesar de ello, las encuestas recientes señalan que un 14-15% del personal del NHS sufre violencia física cada año, una de las cifras más altas y alarmantes del continente.

Por último, cabe señalar que el Consejo Europeo de Órdenes Médicas (CEOM) ha constatado un aumento generalizado de todas las formas de agresión en la totalidad de los sistemas sanitarios de Europa, denunciando la incapacidad de los sistemas sanita-

rios europeos para «hacer frente al nuevo paradigma sanitario». En esta dirección se elaboró en 2024 un conjunto de doce medidas clave para combatir esta tendencia, basado en la política de tolerancia cero, fomento de las denuncias, aumento de la seguridad en los centros y creación de una ley específica que considere delito prioritario la violencia en el sector de la salud, abogando por los procedimientos judiciales rápidos y ejemplares contra los agresores. También auspició la creación en 2017 del *European Observatory on Violence against Physicians*, en un intento por unificar la recolección de datos sobre violencia sanitaria en toda Europa, y el establecimiento del Día Europeo contra la Violencia hacia los médicos y otros profesionales de la Salud el 12 de marzo.

Considerar todas estas circunstancias internacionales refuerza la idea de que las agresiones a sanitarios son un problema europeo y mundial, reconocido en foros como el Parlamento Europeo, que ha instado a los estados miembros a ratificar el Convenio 190 de la OIT sobre violencia en el trabajo para elaborar una respuesta coordinada.

CONCLUSIONES

Pese a todos los mecanismos puestos en marcha, los datos aún indican una tendencia inaceptable en el número y gravedad de las agresiones, que siguen marcando máximos históricos año tras año en nuestro país y el resto de Europa. Tomando los datos de países europeos y atendiendo a la ineficiencia o lentitud de algunos de los procedimientos iniciados como respuesta a las agresiones, existen distintas medidas que pueden impulsar la prevención, gestión y respuesta ante esta problemática.

Por un lado, sería interesante promover a nivel nacional una Ley Integral específica que aborde esta materia, siguiendo el ejemplo de la mencionada Ley 113/220 aprobada en Italia y las recomendaciones del CEOM, al tratarse la violencia en el ámbito de la salud de una cuestión prioritaria de orden público. Asimismo, debería revisarse la consideración de autoridad pública a todo el personal sanitario en ejercicio, independientemente de su naturaleza funcional.

Otro aspecto primordial es la promoción de la denuncia, pues el objetivo debe ser que el 100% del as agresiones, incluso verbales, sean denunciadas. Para ello es importante simplificar al máximo el proceso de denuncia y judicial, así como proporcionar asistencia jurídica gratuita a cualquier profesional agredido a fin de que agresiones leves que el profesional

no quiera llevar a la vía penal pudiesen tener consecuencias desde la administración pública a través de sanciones administrativas.

En el terreno preventivo, extender las medidas de seguridad físicas y tecnológicas ya existentes: sistemas de alarma en consulta, vigilantes de seguridad y espacios seguros en los centros sanitarios, o aplicaciones de pánico en el móvil. La formación continua en comunicación y manejo de conflictos a todos los profesionales sanitarios resulta igualmente importante, dotando a los sanitarios de herramientas para desescalar la tensión en un intento por prevenir o minimizar la agresión. El apoyo psicológico y seguimiento a profesionales en riesgo es otro pilar fundamental, tratando de minimizar el nivel de estrés y de prevenir el «burnout», pues la violencia laboral continuada resulta un factor de desgaste considerable.

En última instancia, proteger a los profesionales sanitarios es proteger a los pacientes. Invertir en la seguridad y el bienestar no sólo es un mandato legal, sino que repercute de manera directa en una mejor calidad asistencial y fortalece el sistema de salud. Se requieren leyes justas y aplicadas con rigor, protocolos eficaces, recursos adecuados y promover una cultura del respeto desde la educación hasta los mismos centros sanitarios. Ninguna agresión es tolerable y las agresiones deben ser combatidas con todo el peso de la ley, ofreciendo al mismo tiempo todo el apoyo y seguridad posibles al personal afectado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Española (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978)
2. Informe de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud 2023, 2024.
3. Estudio del Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos/as, año 2024. Organización Médica Colegial, 2025.
4. Guía contra las agresiones 2024. Organización Médica Colegial, 2024.
5. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995).
6. Prevención y Gestión de las agresiones externas en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud, Consejería de Sanidad de Castilla y León. 2018.
7. Estudio Singular sobre agresiones al personal sanitario en su puesto de trabajo, Defensor del Pueblo Andaluz. 2021.
8. Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Organización Internacional del Trabajo/ Consejo Internacional de Enfermería/Organización Mundial de la Salud/Internacional de Servicios Públicos. 2002.
9. Legge 14 agosto 2020, núm. 113. Disposizione in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. 2020.
10. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE núm. 269, de 10 de noviembre de 1995)
11. Instrucción 3/2017, de la Secretaría de Estado de Seguridad, sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud.
12. Plan Integral de Prevención de las agresiones en el entorno sanitario, Conselleria de Salut, Comunitat Valenciana. 2024.
13. Sentencia Penal Nº 297/2018 de la Audiencia Provincial de Alicante del 17 de septiembre