

Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012)

Lydia Gutiérrez^a, M.^a José Hernández^a, Leonor Molina^a

Recibido: 12 de mayo de 2015
Aceptado: 31 de marzo de 2016
doi: 10.12961/apr.2016.19.03.3

RESUMEN

Objetivo. Describir los tipos y factores asociados a las agresiones de usuarios o acompañantes a los profesionales en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, desde agosto del 2008 a diciembre del 2012.

Método. Estudio descriptivo de las agresiones externas registradas. La variable resultado fue el tipo de agresión (agresión física y/o verbal). Las características del personal agredido y de la agresión se describieron mediante frecuencias y porcentajes. La asociación entre el tipo de agresión y las variables estudiadas se valoró mediante el Chi-cuadrado. Se estimaron tasas de incidencias de agresiones por 100 trabajadores-año y se compararon mediante la razón de tasas.

Resultados. Se notificaron 684 agresiones (45,4% fueron verbales). Salud Mental fue el servicio donde más agresiones se registraron (51,9%) predominando las físicas. Las verbales destacaron en Atención Primaria y Especializada. Se determinó una mayor tasa de incidencia de agresiones en celadores (4,5 por 100 trabajadores-año), Salud Mental (5,5 por 100 trabajadores-año) y menores de 35 años (5,9 por 100 trabajadores-año). La tasa fue la misma en hombres y mujeres (1,6 por 100 trabajadores-año) aunque estratificando por categoría profesional las mujeres que presentaron mayor riesgo fueron facultativas y administrativas y los hombres, enfermeros y celadores.

Conclusiones. Los factores asociados a los episodios de violencia externa en trabajadores como tipo de servicio y categorías profesionales deben considerarse en el diseño de medidas preventivas.

PALABRAS CLAVE: Violencia en el trabajo; agresión en el trabajo; violencia de los pacientes y usuarios.

WORK-RELATED VIOLENCE AMONG PUBLIC HEALTH PROFESSIONALS (2008- 2012)

ABSTRACT

Objective. To describe the types of work-related violence and associated factors among professionals of the Navarra Health Service-Osasunbidea from August 2008 to December 2012.

Method. This was a descriptive study of reported work-related violence incidents. The outcome variable was the type of violence (physical and/or verbal assault). The characteristics of the victims and the aggression were described using frequencies and percentages. Associations between the type of violence and the independent variables were evaluated using chi-square statistics. Work-related violence incidence rates per 100 worker-years were estimated and rates compared using the rate ratio.

Results. 684 attacks were reported (45.4% were verbal). Mental health was the service where most attacks were recorded (51.9%), predominantly physical. Verbal aggression were most common in primary and specialty care. The incidence of

^a Unidad Docente Medicina del Trabajo Navarra.
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

Correspondencia:
Lydia Gutiérrez González,
Tel. 848 422 097
email: lydia893@hotmail.es
Complejo Hospitalario de Navarra A (Edificio antigua Maternidad)
C/ Irunlarrea, 3
31008 Pamplona

aggressions were highest among orderlies (4.5 per 100 worker-years), mental health (5,5 per 100 worker-years) and professionals under 35 years of age (5.9 per 100 worker-years). Rates were similar in men and women (1.6 per 100 worker-years). However, when stratified by professional category, women at the greatest risk were female physicians and administrative assistants; among the men, risk was greatest among male nurses and orderlies.

Conclusions. Factors associated with work-related violence, such as location and professional category, should be considered when designing preventive measures.

KEYWORDS: Work-related violence, workplace aggression, patient and visitor violence.

INTRODUCCIÓN

La violencia ocupacional es muy generalizada y existen grupos con mayor riesgo de padecerla. La Organización Internacional del Trabajo (OIT)¹ señala que, los profesionales sanitarios padecen un elevado nivel de estrés y un alto riesgo de violencia en el trabajo. De hecho, casi un 25% de la violencia laboral corresponde al ámbito sanitario y ello afecta negativamente al rendimiento y la eficacia de las organizaciones, preferentemente a través de un aumento de las bajas por enfermedad, el absentismo, las rotaciones del personal, menor productividad y motivación, así como insatisfacción profesional, llevando a un descenso de la calidad de los cuidados y a repercusiones negativas en la imagen de la institución².

Existen algunas iniciativas, como las *Políticas de Tolerancia Cero* en Reino Unido, basadas en registros nacionales de casos de agresión a sanitarios con los que se desarrollan estrategias de intervención útiles para el personal³. En España, los sindicatos profesionales, las administraciones sanitarias de diversas Comunidades Autónomas y asociaciones como la *Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios*, han desarrollado protocolos de prevención, registros u observatorios para el seguimiento, declaración y control de las agresiones para promover estas políticas⁴. El *Plan Global de Prevención y Actuación frente a agresiones externas en el lugar de trabajo* del Gobierno de Navarra, fue adaptado al ámbito del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) el 31 de Marzo de 2009, aprobándose el *Protocolo de Actuación ante agresiones externas*.

Los estudios científicos nacionales e internacionales realizados hasta el momento en agresiones en el medio sanitario se centran en los Servicios de Psiquiatría, Urgencias y en el personal de enfermería^{4,6}. Sin embargo, el resto del personal sanitario está expuesto igualmente a este tipo de agresiones. Todo ello hace necesarios más estudios para obtener una mayor información sobre los factores asociados con las agresiones externas y sus consecuencias para poder proponer posibles medidas de prevención e intervención adaptadas a los diferentes servicios, centros de trabajo y categorías profesionales.

El objetivo de nuestro estudio es describir los tipos y factores asociados a las agresiones de usuarios o acompañantes a los profesionales en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea desde agosto 2008 a diciembre 2012.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo realizado en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) del SNS-O. Tiene como fuente de información las declaraciones al registro de agresiones externas al personal sanitario hospitalario y extrahospitalario entre Agosto del 2008 (fecha en la que se implantó la notificación de agresiones) hasta Diciembre del 2012. Estas declaraciones se realizan mediante un formulario propio del SPRL. Se considera agresión externa la citada en el *Manual de Prevención de Riesgos Laborales para los trabajadores del SNS-O sobre agresiones externas*⁷: "se entenderá como tal toda acción, incidente o comportamiento no deseado, susceptible de agredir, amenazar o intimidar al que lo sufre. Incluiremos no sólo la mera violencia física, sino también otros comportamientos como las conductas verbales amenazantes, intimidatorias o abusivas de las que fuese objeto el personal del SNS-O, provenientes de personas ajenas al mismo (usuario/paciente) y que tuvieran relación directa con la actividad profesional".

El total de trabajadores del SNS-O desde 2008 a 2012 fue de 9539, 9826, 9950, 10160 y 9650 respectivamente, de los que el 22% prestaron servicio en el ámbito de Atención Primaria (AP), el 71% en Asistencia Especializada (ESP), el 5% en Salud Mental (SM) y el 2% en Servicios Centrales. El 75% de todo el personal son mujeres⁸. Se incluyeron a todos los trabajadores del SNS-O que sufrieron alguna agresión externa durante los años 2008-2012 y que cumplieron el formulario de agresiones. Se excluyó la violencia entre compañeros de trabajo, las agresiones notificadas en organismos ajenos al SPRL, las sufridas por estudiantes y las declaradas en un único formulario con múltiples agredidos.

Como variables resultado se incluyeron agresiones verbales (AV) definidas como comportamiento que cause descalificaciones, amenazas, ofensas, gritos, insultos o daño moral y agresiones físicas (AF) entendidas como cualquier acto que cause daño a la integridad física asociado o no a amenazas/insultos⁷. Las AV se categorizaron en insultos, amenazas o ambas, mientras que las AF como AF con intención y AF sin intención (considerando intencional toda agresión hostil o deliberada y sin intención toda agresión emocional o reactiva a un estresor⁹). Las agresiones mixtas (agresiones físicas asociadas a verbales) se clasificaron como

físicas. Como variables descriptoras de la agresión se incluyeron el año de la agresión, el lugar en el que se produjo, las partes del cuerpo afectadas, el trabajo que se efectuaba en el momento de la agresión, la presencia de testigos y la asistencia recibida. Otras variables que se utilizaron para caracterizar la agresión fueron las causas/desencadenantes de la misma (dependientes de la organización del trabajo: tiempos de espera excesivos, saturación de los servicios, falta de información y escasez de recursos materiales o humanos y las dependientes de la relación paciente/sanitario: paciente psiquiátrico, agitado, confuso, intoxicado, discrepancias con el diagnóstico o tratamiento, paciente demandante y diversidad cultural), el tipo de agresor (usuario/paciente o acompañante/familiar) y acciones preventivas propuestas por el personal agredido tanto organizacionales, como medidas sobre el profesional, medidas sobre el usuario y otras (medidas de contención o falta de propuestas preventivas por parte del agredido). También se incluyeron características sociodemográficas (sexo y edad del agredido), características laborales (situación laboral, años de experiencia laboral¹⁰ en el SNS-O, categoría profesional según clasificación CON¹¹ y turno de trabajo), y otras características de la actividad asistencial como entorno laboral, tipo de atención (psiquiátrica y no psiquiátrica), tipo de consulta (SM, AP y ESP), Salud Mental (diferenciando según asistencia ambulatoria y hospitalización) y especialidades (lo que excluye AP y asistencia extrahospitalaria).

La obtención de los datos se realizó a través de los Registros de notificación, Historia Clínica Laboral (HCL), Memorias del SNS-O 2008-2012⁸ y Plantilla Orgánica del Gobierno de Navarra¹² (éstas dos últimas fueron consultadas para obtener el total de personal sanitario contratado, según puesto de trabajo, tipo de atención, sexo, situación laboral, edad y categoría profesional/sexo). El registro de notificación es un formulario de accidentes e incidentes por el que la agresión sufrida se comunica al SPRL y a la Unidad de Personal. Cada notificación incluye la filiación del personal sanitario para poder ofrecer tratamiento médico, jurídico y preventivo individualizado.

Para la recogida de datos se examinaron todos los formularios en soporte papel, disponibles en el SPRL. Para preservar la confidencialidad de datos se anonimizaron utilizando únicamente el número de empleado de cada trabajador obtenido de la HCL y asignado aleatoriamente en dicho programa. Asimismo se dispone en el SPRL del consentimiento para la utilización anónima de los datos de todas aquellas personas declarantes. Todos los datos fueron tratados de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal¹³.

Las características del personal sanitario agredido y de la agresión se describieron mediante frecuencias y porcentajes, y la edad también mediante media con un intervalo de confianza (IC) al 95%. Las variables correspondientes a los campos abiertos del registro de notificación se categorizaron previamente a la descripción y análisis. La relación entre el

tipo de agresión (verbal o física) y las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario agredido, se valoró mediante la prueba Chi-cuadrado. La tasa de incidencia anual de agresiones se estimó a partir del número de agresiones para cada una de las categorías de las características sociodemográficas y laborales, por 100 trabajadores-año, junto con sus IC al 95%. La comparación de tasas según estas características sociodemográficas y laborales se realizó mediante la razón de tasas junto con su IC al 95%, utilizando la aproximación por series de Taylor. El nivel de significación considerado fue $p < 0,05$. Para el estudio descriptivo y de asociación se utilizó el programa IBM SPSS 20.0 y para la estimación y comparación de tasas el programa OpenEpi.

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario de Navarra (EO 18/2014).

RESULTADOS

Durante el período 2008-2012 se registraron en el SPRL del SNS-O, 684 notificaciones de agresiones, siendo el 2011 con un 30% el año en que más se declararon. El 75% de los trabajadores agredidos fueron mujeres ($n=513$) y el 25% hombres ($n=171$). La edad media del agredido fue de 42,6 años (IC 95% 41,8-43,4). En el estudio de asociación entre las características sociodemográficas del trabajador agredido y el tipo de agresión no se observan diferencias estadísticamente significativas entre sufrir AF o AV por sexo ($p=0,133$) pero sí por edad ($p < 0,005$) (Tabla 1), siendo más frecuentes las AF en menores de 25 años. (Tabla 1).

Las agresiones más frecuentes se produjeron en Auxiliar de Enfermería (AE) (35%), en personal con contrato fijo (62%), así como durante el turno de mañana (50%). Si se compara el tipo de agresión con las características laborales se observa que las AF están asociadas a auxiliares o celadores y las AV a facultativos y administrativos ($p < 0,001$). En relación con el turno de trabajo, las AV se asocian al turno de mañana y las AF al vespertino ($p < 0,001$) (Tabla 2).

Si se considera el entorno de trabajo observamos que las agresiones se dieron con más frecuencia en SM con un 52%, tanto en las unidades de hospitalización como en la asistencia ambulatoria (Tabla 3). Con respecto a la comparativa del tipo de agresión con la actividad asistencial, la AF está asociada al entorno extrahospitalario y SM. No se observa asociación entre asistencia ambulatoria y hospitalización en SM y el tipo de agresión ($p=0,146$).

En la descripción de la agresión apreciamos que los insultos asociados a amenazas fueron las predominantes (27%), seguidas por las físicas sin intención (18%) y con intención (11%). El resto declararon insultos, amenazas, mixtas, otras (acoso, robos, exhibicionismo, daños a la propiedad, descalificaciones telefónicas/escritas). Las agresiones fueron generadas en su mayoría por pacientes/usuarios (83,8%) y motivadas por circunstancias dependientes del mismo y de la relación paciente/sanitario

Tabla 1. Distribución anual de las agresiones y características sociodemográficas del personal sanitario agredido por tipo de agresión (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2008-2012).

	Agresiones Totales (n=684)		Agresiones Verbales (n=330)		Agresiones Físicas ^a (n=354)		p
	n	%	n	%	n	%	
Año^b							
2008	65	9,5	27	41,5	38	58,5	0,201
2009	141	20,6	67	47,5	74	52,5	
2010	143	20,9	68	47,6	75	52,4	
2011	208	30,4	102	49,0	106	51,0	
2012	127	18,5	66	52,0	61	48,0	
Sexo							
Mujer	513	75,0	239	46,6	274	53,4	0,133
Hombre	171	25,0	91	53,2	80	46,8	
Edad (años)							
≤ 25	24	3,5	6	25,0	18	75,0	0,039
26 – 50	462	67,5	233	50,4	229	49,6	
≥ 51	198	28,9	91	46,0	107	54,0	

^a En las agresiones físicas se incluyen las mixtas.

^b La notificación de agresiones en el año 2008, se implantó en el mes de agosto.

Tabla 2. Características laborales del personal sanitario agredido por tipo de agresión (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2008-2012).

	Agresiones Totales (n=684)		Agresiones Verbales (n=330)		Agresiones Físicas (n=354)		p
	n	%	n	%	n	%	
Situación laboral							
Temporal	253	37,0	117	46,2	136	53,8	0,422
Fijo	431	63,0	213	49,4	218	50,6	
Experiencia (años)							
≤ 4	166	24,2	90	54,2	76	45,8	0,209
5 - 10	200	29,2	93	46,5	107	53,5	
> 10	318	46,6	147	46,2	171	53,8	
Categoría Profesional^a							
Facultativo	152	22,2	103	67,8	49	32,2	<0,001
Enfermería	193	28,2	102	52,8	91	47,2	
Administrativo	44	6,4	39	88,6	5	11,4	
Auxiliar	240	35,1	63	26,2	177	73,8	
Celador	37	5,4	11	29,7	26	70,3	
Turno de trabajo							
Mañana	342	50,0	191	55,8	151	44,2	<0,001
Tarde	229	33,5	84	36,7	145	63,3	
Noche	113	16,5	55	48,7	58	51,3	

^a Se han excluido las categorías de personal de dirección/gerencia, matronas, asistentes sociales, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, porque declararon en total 18 agresiones.

Tabla 3. Actividad asistencial del personal sanitario agredido por tipo de agresión (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2008-2012).

	Agresiones Totales (n=684)		Agresiones Verbales (n=330)		Agresiones Físicas (n=354)		p
	n	%	n	%	n	%	
Entorno laboral							
Hospitalario	170	24,9	100	58,8	70	41,2	0,001
Extrahospitalario	514	75,1	230	44,7	284	55,3	
Tipo de atención							
Psiquiátrica	355	51,9	107	30,1	248	69,9	<0,001
No Psiquiátrica	329	48,2	223	67,8	106	32,2	
Tipo de consulta							
Salud Mental	355	51,9	107	30,1	248	69,9	<0,001
Primaria	146	21,3	112	76,7	34	23,3	
Especialidades	183	26,7	111	61,0	72	39,1	
Salud Mental^a							
Ambulatoria	165	24,1	56	33,9	109	66,1	0,146
Hospitalización	190	27,7	51	26,8	139	73,2	
Especialidades^b							
Neumología/Geriatría	29	4,2	15	51,7	14	48,3	<0,001
Urgencias	32	4,7	18	56,2	14	43,8	
Psiquiatría	355	51,8	107	30,1	248	69,9	
Otras ^c	72	10,5	49	68,1	23	31,9	

^a Agresiones referidas al área de Salud Mental (n=355).

^b Se excluye Atención Primaria y asistencia extrahospitalaria (n=488).

^c Incluye Endocrinología, Infecciosas, Medicina Interna, Neurocirugía, Neurología, Oncología Radioterápica, Cirugía Cardíaca, Traumatología, Digestivo, Cirugía General y Torácica, Unidad de Cuidados Intensivos, Anestesia y Cirugía Plástica.

(60,1%). Por otra parte la mayoría de las notificaciones no recogieron propuestas preventivas por parte del personal agredido (68,4%). Respecto a las tareas, las agresiones se produjeron en el caso de las AE cuando realizaban maniobras de contención mecánica (14,3%), mientras que en el personal de enfermería se originaron durante el "triage" en Urgencias (1,6%). Por otra parte, el tronco fue la parte más afectada con un 16,4%. Los lugares donde se registraron mayor número de agresiones fueron las habitaciones con un 27,7%. El 85,5% de las agresiones ocurrieron en presencia de testigos. Asimismo, el 6,4% de los agredidos precisó asistencia sanitaria, el 1,6% incapacidad temporal y el 1,2% asistencia psicológica. Sólo un 5% requirió asistencia jurídica.

Las agresiones realizadas por los acompañantes fueron más frecuentemente verbales al igual que las motivadas por conflictos derivados de la organización, mientras que las realizadas por el paciente fueron mayoritariamente físicas ($p<0,001$) (Tabla 4).

En relación con el estudio de incidencia de agresiones externas a los profesionales sanitarios, se observaron las mayores tasas en celadores con una tasa de incidencia de 4,5

por 100 trabajadores-año, en trabajadores de SM (5,5) y en menores de 35 años (5,9). También se observan diferencias en las agresiones en trabajadores con contrato fijo (1,7) con respecto a trabajadores con contrato temporal (1,4). No se encontraron diferencias entre las tasas globales de agresiones según sexo (Tabla 5), pero al estratificar por categorías profesionales, se observó que el riesgo de agresión fue mayor en mujeres que en varones en la categoría profesional de facultativas y administrativas, mientras que fue superior en varones respecto a mujeres, tanto en profesional de enfermería como en celadores (Tabla 6).

DISCUSIÓN

Este estudio muestra que el número de declaraciones de agresiones a los profesionales del SNS-O se ha mantenido estable del 2008 al 2012, excepto en el 2011 en el que se observa un incremento posiblemente debido a una campaña informativa realizada por el SPRL. El servicio más afectado ha sido Salud Mental y el profesional más agredido el celador. Las agresiones físicas predominan en SM y las verbales en Atención Primaria y Especializada.

Tabla 4. Causas, tipo de agresor y acciones preventivas por tipo de agresión (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea 2008-2012).

	Agresiones Totales (n=684)		Agresiones Verbales (n=330)		Agresiones Físicas (n=354)		p
	n	%	n	%	n	%	
Causas/desencadenantes							
Relación paciente/sanitario	411	60,1	124	30,2	287	69,8	<0,001
Organización del trabajo	261	38,2	197	75,5	64	24,5	
No especificadas ^a	12	1,7	9	75,0	3	25,0	
Tipo de Agresor							
Paciente/usuario	573	83,8	232	40,5	341	59,5	<0,001
Familiar/acompañante	88	12,9	78	88,6	10	11,4	
Ambos	21	3,1	18	85,7	3	14,3	
Desconocido	2	0,2	2	100,0	0	0,0	
Acciones preventivas							
Organizacionales	92	13,5	50	54,3	42	45,7	<0,001
Medidas sobre el profesional	91	13,3	32	35,2	59	64,8	
Medidas sobre el usuario	33	4,8	28	84,8	5	15,2	
Otras ^b	468	68,4	220	47,0	248	53,0	

^a Se desconoce la causa de la agresión.

^b Otras: usar medidas de contención y no proponer medidas preventivas en la notificación.

Tabla 5. Tasa de incidencia y razones de tasas con intervalo de confianza al 95% de agresiones externas al personal sanitario (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea 2008-2012).

	Número (Personas-año)	Tasa de incidencia (IC 95%) ^a	Razones de tasas (IC 95%) ^a
Sexo			
Varón	171 (10893)	1,6 (1,3-1,8)	1,0
Mujer	513 (32669)	1,6 (1,4-1,7)	1,0 (0,8-1,2)
Categoría Profesional			
Administrativos	47 (6390)	0,7 (0,5-1,0)	1,0
Celadores	37 (813)	4,5 (3,2-6,3)	6,2 (4,0-9,5)
Auxiliares de enfermería	240 (6649)	3,6 (3,2-4,1)	4,9 (3,6-6,8)
Enfermería	206 (14503)	1,4 (1,2-1,6)	1,9 (1,4-2,7)
Facultativos	152 (10149)	1,5 (1,3-1,7)	2,0 (1,5-2,8)
Tipo de consulta			
Atención Primaria	109 (8902)	1,2 (1,1-1,4)	1,0
Atención Especializada	404 (31381)	1,2 (1,1-1,5)	1,0 (0,8-1,3)
Salud Mental	109 (1986)	5,5 (4,5-6,6)	4,5 (3,4-5,8)
Situación laboral			
Temporal	253 (17813)	1,4 (1,3-1,6)	1,0
Fijo	431 (25748)	1,7 (1,5-1,8)	1,2 (1,0-1,4)

^a Intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

Tabla 6. Tasas de incidencia y razones de tasas e intervalo de confianza al 95% de agresiones externas a los profesionales sanitarios por grupo de edad y por sexo según categoría profesional (2008-2012).

	Número (Personas-año)	Tasa de incidencia (IC 95%) ^a	Razones de tasas (IC 95%) ^a
Edad (años)			
> 60	13 (3363)	0,4 (0,2-0,7)	1,0
56-60	62 (7406)	0,8 (0,6-1,1)	2,2 (1,2-4,1)
46-55	206 (17885)	1,1 (0,1-1,3)	3,0 (1,7-5,4)
36-45	225 (12071)	1,9 (1,6-2,1)	4,8 (2,8-8,8)
≤ 35	169 (2837)	5,9 (5,1-6,9)	15,4 (9,0-28,2)
Categoría profesional/sexo			
Facultativo Varón	63 (5063)	1,2 (1,0-1,6)	1,0
Mujer	89 (5086)	1,7 (1,4-2,1)	1,4 (1,0-1,9)
Enfermería Mujer	174 (13612)	1,2 (1,1-1,5)	1,0
Varón	19 (891)	2,1 (1,3-3,3)	1,7 (1,1-2,6)
Auxiliar Varón	53 (1585)	3,3 (2,5-4,4)	1,0
Mujer	187 (5530)	3,4 (2,9-3,9)	1,0 (0,7-1,4)
Celador Mujer	16 (632)	0,2 (0,1-0,4)	1,0
Varón	21 (181)	1,2 (0,7-1,7)	4,6 (2,4-8,9)
Administrativo Varón	7 (1462)	0,5 (0,2-1,0)	1,0
Mujer	37 (5198)	0,7 (0,5-1,0)	1,5 (0,7-3,6)

^a Intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

En la literatura científica revisada destaca la diversidad existente para definir los subtipos de AF, sobre todo en cuanto a su intencionalidad, en ese sentido en nuestro estudio se ha realizado el análisis de datos atendiendo a una categorización global de la agresión externa en AF (incluyendo mixtas) y AV. Otra dificultad que se observa al comparar nuestros resultados es el escaso número de publicaciones existentes que tengan en cuenta a todo un sistema sanitario en su conjunto y que incluyan todas las categorías profesionales^{14,15}.

Nuestros resultados confirman que el mayor porcentaje de agresiones se produce en los servicios de SM y Urgencias. En el caso de Urgencias podría deberse a que es un servicio de atención inmediata con una gran carga de estrés, mientras que en SM a las especiales características de los pacientes^{14,16,17}. Se observan más agresiones físicas en SM (sin diferencias entre unidades de hospitalización psiquiátrica y centros ambulatorios) y un mayor número de notificaciones de AV en Urgencias. Sin embargo Martínez-Jarreta y cols.¹⁸ señalan que las AV han sido las más frecuentes tanto en Psiquiatría como Urgencias.

En nuestro estudio, las AV son las más frecuentes en Especializada (destacando Neumología/Geriatría y Hemodiálisis) y AP. La mayor frecuencia de AV en Neumología/Geriatría, podría asociarse a los síntomas de agitación, confusión y deterioro cognitivo que pueden pre-

sentar algunos pacientes y en Hemodiálisis, además de a las particularidades de este servicio¹⁹, a que los enfermos tratados presentan frecuentemente trastornos emocionales asociados a su patología²⁰. En AP las agresiones se relacionan con factores dependientes de la organización del trabajo: discrepancias en el tratamiento/diagnóstico, retrasos en la atención y diversidad cultural/barrera lingüística^{21,22}.

En otras publicaciones el personal más agredido es el profesional de enfermería^{4,10} o el facultativo^{17,18,23}, bien porque se centran en esos colectivos o porque enfermería y auxiliares se incluyen en la misma categoría^{21,23}. Nosotros observamos que existe mayor frecuencia de agresiones en AE, sin embargo cuando tenemos en cuenta el número de trabajadores en cada una de las categorías profesionales observamos que el mayor riesgo de agresión es en celadores. En general los profesionales que proporcionan cuidados directos al paciente son los que sufren más agresiones, los AE y celadores²¹ en maniobras de contención, enfermería durante el "triage" y facultativos en las consultas/boxes.

En nuestro estudio al igual que Gascón y cols.¹⁴, se relaciona la categoría profesional y el tipo de agresión, siendo la agresión física más frecuente en AE y celadores, mientras que la AV es más habitual en administrativos y médicos posiblemente como expresión de un comportamiento intencional en la toma de decisiones que podría ir dirigido a modificar el sentido de las mismas¹⁸.

Coincidimos con otras publicaciones en que el número absoluto de mujeres agredidas^{4,16,22,23} es mayor que el de hombres, aunque si tenemos en cuenta que la mayoría del personal del SNS-O son mujeres, la tasa de incidencia de agresiones entre hombres y mujeres es la misma. En el estudio pormenorizado de la incidencia de agresiones por sexo en cada una de las categorías profesionales se observan diferencias, siendo mayor el riesgo en mujeres en facultativas y en varones en enfermería y celadores.

La edad media de los trabajadores afectados es similar en los estudios de Mayorca y cols. (38 años)¹⁶ y Villar y cols. (40,2 años)²⁴, aunque otros autores han hallado edades inferiores (34,5 años)²². En gran parte de los estudios revisados encontramos homogeneidad de resultados con respecto al contrato laboral fijo^{16,22} y más de 10 años de experiencia^{4,16,22,23} (el riesgo de agresión es elevado en aquellos trabajadores con menos de 20 años de práctica profesional²⁵). Nuestros datos muestran mayor notificación de agresiones en el turno de mañana, Mayorca y cols.¹⁶ presenta un mayor registro nocturno y Villar y cols.²⁴ en la tarde. El hecho de obtener más agresiones en el turno de mañana se relacionaría con mayor proporción de trabajadores y mayor presencia de usuarios. Coincidimos con otros autores en que la principal persona agresora es el paciente^{17,18,23} y que la localización más frecuente de las AF es el tronco¹⁸.

En cuanto a las acciones preventivas propuestas por el trabajador agredido, destaca la demanda de mayor presencia y actuación del personal de seguridad, coincidiendo con la mayoría de las publicaciones^{16,23}.

Nuestros resultados deben valorarse a la luz de algunas limitaciones del estudio debidas a la exhaustividad y homogeneidad de la información, ya que utilizamos un registro de campos abiertos y solo disponemos de las agresiones notificadas, desconociendo el porcentaje de infradeclaración. Esto último, puede ser atribuible a la minimización del acto violento por parte del sanitario, que la asume como parte del trabajo habitual, y a que muchos de los agresores son pacientes psiquiátricos o bajo un estrés extremo¹⁶. Otra limitación, es que no se dispone de información relativa a la persona agresora, salvo si es paciente/usuario o familiar/acompañante.

No obstante, se trata del primer estudio en Navarra sobre agresiones externas, que engloba la totalidad de las categorías profesionales, centros asistenciales y especialidades durante un período de cinco años.

La información recogida aporta datos relevantes sobre características y tipología de las agresiones externas notificadas. Consideramos que son necesarias campañas periódicas de divulgación que incidan en la importancia de notificar todas las agresiones, informando de los medios disponibles¹⁶. Se recomienda el uso de un registro estandarizado de declaración de agresiones de campos cerrados, con ítems destinados a obtener más información de la agresión y su resolución así como del perfil de la persona agresora, seguimiento de los agredidos, medidas de prevención existentes en el puesto de trabajo, revisión posterior del caso por parte del SPRL y valoración continua de las mejoras introducidas.

Este estudio pone de relevancia la necesidad de conocer las características de los episodios de violencia externa que nos permitiría establecer una evaluación de riesgo para la elaboración de medidas de prevención y abre la puerta a investigaciones más exhaustivas del personal sanitario agredido. Es necesaria una mayor formación del personal sobre el manejo de estas situaciones y plantear medidas de protección una vez identificadas las áreas más conflictivas.

AGRADECIMIENTOS

A Berta Ibáñez por su ayuda en estadística y sugerencias sin las cuales no habría sido posible la realización de este estudio. Así como a Koldo Cambra, al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SNS-O y la Unidad Docente de Medicina del Trabajo de Navarra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud [sede web]*. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: ILO/ICN//WHO/PSI; 2002. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_dialogue/—sector/documents/publication/wcms_160911.pdf
2. Di Martino, V. Workplace violence in the health sector – Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study: Synthesis report. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI; 2002. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf
3. Clements PT, DeRanieri JT, Clark K, Manno MS et Kuhn DW. Workplace Violence and Corporate Policy for Health Care Settings. *Nurs Econ.* 2005; 23(3):119-24.
4. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública.* 2012; 86(3): 279-91.
5. Martínez-León M, Queipo Burón D, Iurtia Muñoz MJ et Martínez-León C. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). *Rev Esp Med Legal.* 2012; 38(1): 5-10.
6. Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina Marcos M et Morató Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enferm Global.* 2013; 12(30): 196-207.
7. Asenjo Redín B, Bravo Vallejo B, Flamarique Chocarro MB, Francés Mellado MI, Lahera Martín M, Miji Viagem LC, et al. Manual de Prevención de Riesgos Laborales para los trabajadores del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Agresiones externas. 1ª ed. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra; 2009.
8. Gobierno de Navarra. Memorias del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea [sede web]*. Pamplona; 2011 [acceso el 23 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Departamento+Salud/Memorias.htm
9. Carrasco MA, González MJ. Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica.* 2006; 4(2): 7-38.
10. Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *Int Emerg Nurs.* 2011; 19(1): 12-9.
11. Real Decreto 1591/2010, de 26 noviembre 2010, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Boletín Oficial del Estado, nº 306, (17-12-2010). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/12/17/pdfs/BOE-A-2010-19389.pdf>

12. Orden Foral 352/2011, de 19 abril 2011, por la que se publica la Plana Orgánica y de la relación del personal fijo y eventual que desempeña cargos directivos y de libre designación en la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y en sus organismos autónomos. Boletín Oficial de Navarra, nº 101, (26-05-2011). Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1803F015-8613-4D5D-841A-5AE8E0A5BB24/188397/BONPLANTILLAORGANICA2010.pdf>
13. Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre 1999, por la que se publica la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-23750-consolidado.pdf>
14. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González Andrade JF, Santed MA, Casolod Y, Rueda MA. Aggressions towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health*. 2009; 15(1): 29-35.
15. Silva IV, Aquino EM, Pinto IC. Workplace violence in the healthcare sector: the experience of State Health employees in Bahia State, Brazil. *Cad Saude Pública*. 2014; 30(10): 2011-22.
16. Arturo Mayorca I, Lucena García S, Cortés Martínez ME, Lucerna Méndez MA. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas?. *Med Segur Trab*. 2013; 59(231): 235-58.
17. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 108.
18. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santes MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(8): 307-10.
19. Jones J, Nijman H, Ross J, Ashman N, Callaghan P. Aggression on haemodialysis units: a mixed method study. *J Ren Care*. 2104; 40(3): 180-93.
20. Álvarez F, Fernández-Reyes MJ, Vázquez A, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*. 2001; 21(2): 191-99.
21. Lameiro C, Besteiro A, Cuevas A, Perez A, Gómez C, Del Campo V. Violencia laboral en Instituciones sanitarias: Análisis de un perfil cambiante. *Enferm Trab*. 2013; 3: 66-74.
22. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet 2007-2009. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010; 13 (3): 135-40.
23. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens R. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional Survey. *J Adv Nurs*. 2012; 68(12): 2685-99.
24. Villar M, Aranz JM. Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2005; 9(1): 20-27.
25. Saeki K, Okamoto N, Tomioka K, Obayashi K, Nishioka H, Ohar K et al. Work-related Aggression and Violence Committed by Patients and Its Psychological Influence on Doctors. *J Occup Health*. 2011; 53(5): 356-64.