



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014)



M. de-San-Segundo^a, J.J. Granizo^b, I. Camacho^a, M.J. Martínez-de-Aramayona^a, M. Fernández^a y M.Á. Sánchez-Úriz^{a,*}

^a Servicio de Prevención Mancomunado de Grupo, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^b Unidad de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

Recibido el 2 de noviembre de 2015; aceptado el 2 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 4 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Agresiones;
Profesionales
sanitarios;
REMAC

Resumen

Introducción: El objetivo del presente trabajo es analizar los incidentes y agresiones ocurridos contra el personal sanitario en el área de acción del Servicio de Prevención Mancomunado de Grupo comparando los resultados de Atención Primaria (AP) con los de Atención Especializada (AE).

Material y métodos: Se ha explotado la información disponible en la base de datos de ámbito regional Registro Madrileño de Agresiones y Conflicto Profesional Sanitario entre los años 2009 y 2014 que incluyen un total de 8.056 trabajadores, de los que 1.605 son de AP atendidos por el Servicio de Prevención Mancomunado de Grupo.

Resultados: Se han registrado 1.262 incidencias, de las que el 61,2% tuvieron lugar en AE y el 38,8% en AP (32,2 notificaciones/100.000 habitantes o 12,88 incidentes/100 trabajadores en hospitales frente a 168,98 notificaciones/100.000 habitantes o 30,53 incidentes/100 trabajadores en AP). En AE es enfermería la que acumula más agresiones (47,4%), mientras que en AP son los facultativos (53,1%) ($p < 0,001$). En AP el agresor suele ser el paciente (56,9%), mientras que en AE es el familiar o acompañante (45,3%) ($p < 0,001$). Las agresiones en AE ocurren más frecuentemente en Urgencias (35,5%) en comparación con AP, donde el 63,9% ocurren en las consultas ($p < 0,001$).

Conclusiones: Aunque es difícil establecer comparaciones con otros estudios previos por las diferencias metodológicas existentes, se observa una mayor incidencia de agresiones en AP en comparación con la AE. Es necesario establecer mejoras en el Registro Madrileño de Agresiones y Conflictos destinadas a optimizar la calidad de los datos y la explotación con fines preventivos. © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: masanchezu@salud.madrid.org (M.Á. Sánchez-Úriz).

KEYWORDS

Assaults;
Health professionals;
REMAC

A comparative study of aggression towards Primary Care and Hospital Health professionals in a Madrid health area (2009-2014)

Abstract

Introduction: The aim of this paper is perform an analysis on the incidents and attacks against medical personnel that occurred in the area covered by the Prevention Service Group, comparing the results in Primary Care (PC) with Hospital Care (HC).

Material and methods: The information available in the database of the regional Madrid Register of Aggressions Conflict Health Worker between 2009 and 2014 was analysed. This included a total of 8,056 workers, of whom 1,605 were from PC.

Results: A total of 1,262 incidents have been reported, of which 61.2% took place in HC and 38.8% in PC (32.2 notifications/100,000 inhabitants, or 12.88 incidents/100 hospital workers compared to 168.98 notifications/100,000 inhabitants, or 30.53 incidents/100 PC workers). Nurses in CP have a higher incidence of assaults (47.4%), while in HC it is the physicians (53.1%) ($P < .001$). In PC the aggressor is usually the patient (56.9%), while in HC it is the relative or companion (45.3%) ($P < .001$). HC aggressions occur more frequently in emergency departments (35.5%) compared with 63.9% in PC, where they occur in the consulting room ($P < .001$).

Conclusions: Although it is difficult to make comparisons with previous studies due to methodological differences, a higher incidence of aggression in PC is observed compared with HC. It is necessary to establish improvements in Madrid Register of Aggressions and Conflicts, designed to optimise data quality and use them for preventive purposes.

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La violencia en el lugar de trabajo es una preocupación prioritaria a nivel mundial en las últimas décadas. Las agresiones a los profesionales sanitarios por usuarios o sus familiares y acompañantes constituyen una realidad cada vez más frecuente, convirtiéndose en los últimos años en un problema de salud pública cada vez más importante¹. El profesional sanitario presenta un riesgo mayor de ser víctima de estas agresiones que profesionales de otros ámbitos laborales².

El informe publicado el 14 de febrero de 2014 por el Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud constituye el primer documento oficial sobre este tipo de agresiones. Dicho informe revela que en el periodo entre 2008-2012 más de 30.000 profesionales sanitarios sufrieron agresiones en España³.

En la Comunidad de Madrid (CAM), el incremento de las situaciones violentas y de conflicto en el trato de algunos ciudadanos hacia el personal de los centros sanitarios hace que en el año 2008 se cree en dicha comunidad el fichero de datos de carácter personal del Plan Regional de Prevención de Situaciones Conflictivas, surgido de la necesidad de centralizar y uniformizar la información como primer paso para implantar medidas de prevención⁴.

El objetivo de este trabajo es describir la incidencia de situaciones conflictivas notificadas por los trabajadores sanitarios asignados al Servicio de Prevención Mancomunado de Grupo del Hospital Universitario (HU) Infanta Leonor comparando los ámbitos de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) empleando la información disponible en

el fichero de datos del citado Plan Regional entre los años 2009 y 2014.

Material y métodos**Registro de agresiones**

El Registro Madrileño de Agresiones y Conflictos (REMAC) se puso en marcha en 2008, aunque operativamente funciona desde finales de enero de 2009⁵. Es un sistema de registro de agresiones y conflictos con usuarios de base pasiva (el profesional declara voluntariamente la situación). El acceso al formulario se realiza a través de la intranet de la Consejería de Sanidad. Este documento se imprime, cumplimenta y firma por el trabajador, siendo enviado a la gerencia del centro, desde donde es remitido a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Para este estudio, el volcado y la explotación de los datos se han hecho a través de una hoja de cálculo Excel.

Se ha planteado un estudio observacional y retrospectivo que describe los casos de agresión y conflicto del periodo comprendido entre el 2 de febrero de 2009 y el 31 de diciembre de 2014 notificados en el área de influencia del Servicio de Prevención Mancomunado de Grupo ubicado en el HU Infanta Leonor (incluye el HU Infanta Leonor, junto con el Hospital Virgen de la Torre de cuidados intermedios), que además incluye en su ámbito de actuación los hospitales HU Infanta Sofía, HU Infanta Cristina, HU del Henares, HU del Sureste, HU del Tajo (hospitales de agudos), la Unidad Central de Radiodiagnóstico,

Tabla 1 Incidentes por centro y ámbito de atención, periodo 2009-2014

Centro	Población atendida (2011)	Incidentes	Incidentes por 100.000 habitantes	Trabajadores (2011)	Incidentes por cada 100 trabajadores
HU Sureste-Arganda	168.684	18	10,67	683	2,64
HU Tajo-Aranjuez	74.559	53	71,08	555	9,55
HU Infanta Cristina-Parla	154.156	213	138,17	774	27,52
HU Henares-Coslada	169.327	56	33,07	780	7,18
HU Infanta Sofía-Alcobendas	197.927	146	49,00	1.420	10,28
HU Infanta Leonor-Vallecas	289.970	206	71,04	1.161	17,74
<i>Suma 6 hospitales agudos</i>	<i>2.149.562</i>	<i>692</i>	<i>32,19</i>	<i>5.323</i>	<i>13,00</i>
H. Virgen de la Torre-Vallecas	289.970	23	7,93	595	3,87
Unidad Central de Radiodiagnóstico		3		267	1,12
Centro de Transfusión		1		217	0,46
Centros de Especialidades	289.970	53	18,28	476	11,13
<i>Suma Especializada</i>	<i>2.149.562</i>	<i>772</i>	<i>35,91</i>	<i>6.928</i>	<i>11,14</i>
<i>Atención Primaria</i>	<i>457.000</i>	<i>490</i>	<i>107,22</i>	<i>1.605</i>	<i>30,53</i>

33 centros de AP, 19 consultorios de la antigua Área 1, junto con los centros de salud mental y el Centro de Transfusión.

Población estudiada

En total, el Servicio Mancomunado atiende a 8.056 trabajadores, desglosados de la siguiente forma: 5.968 en los 7 hospitales y centros de atención especializada, 267 en la Unidad Central de Radiodiagnóstico, 217 en el Centro de Transfusión y 1.605 en AP. Todos los hospitales cubren una población de 1.165.623 personas, de las que 289.970 corresponden al HU Infanta Leonor y su área de AP (Padrón de 2011; www.ine.es).

Las variables a estudio

Ámbito de actuación: AP o AE; variables del trabajador: categoría profesional, servicio o unidad; relacionadas con el incidente: tipo de incidente y características del mismo; y relacionadas con el agresor: edad, sexo, tipo de agresor (paciente o acompañante).

Resultados

Durante el periodo de estudio (6 años) se notificaron un total de 1.262 incidentes, de los cuales el 61,2% tuvieron lugar en AE y el 38,8% en AP.

Evolución temporal

Por años, en 2009 (solo desde febrero) se registraron 168 incidentes (94 en AE y 74 en AP), siendo el año con más incidentes 2010 (189 y 89 en AE y AP, respectivamente). Desde entonces la incidencia ha sido menor, con 251 incidentes en 2011 (150 y 101), 210 en 2012 (132 y 78), 189 en 2013 (101 y 88) y solo 166 en 2014 (106 y 60).

Diferencias entre Atención Primaria y Atención Especializada

A lo largo del periodo de estudio se observan importantes diferencias entre AP y AE, y a su vez, entre los distintos hospitales atendidos. De manera conjunta, los 6 centros de agudos presentaron una incidencia de 32,19 notificaciones/100.000 habitantes atendidos, significativamente menor ($p < 0,001$) que la registrada en AP (107,22 notificaciones/100.000 habitantes atendidos).

Si calculamos las notificaciones por cada 100 trabajadores, se siguen detectando estos cambios aunque a una escala menor: 12,88 notificaciones/100 trabajadores en hospitales y 30,53 notificaciones/100 trabajadores en AP.

A su vez, se observan importantes diferencias entre los 6 centros de agudos considerados, con incidencias que oscilan entre las 10,67 notificaciones/100.000 habitantes del Hospital del Sureste hasta las 138,17 notificaciones/100.000 habitantes en el HU Infanta Cristina. La incidencia de notificaciones por centro y ámbito se muestra en la [tabla 1](#).

Categoría profesional del trabajador agredido

Por categoría profesional, es enfermería la que acumula más agresiones en AE (el 47,4%), seguida de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (29,7%), mientras que en AP son los facultativos los que más situaciones conflictivas declaran (53,1%), seguidos de los administrativos (28,2%). En todos los casos estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Las características del trabajador se detallan en la [tabla 2](#).

Lugar de la agresión

En AE los lugares más frecuentes donde se produce la incidencia son Urgencias (35,5%) y la hospitalización (33,9%). En consulta solo se producen el 12,4% de las incidencias registradas, mientras que en AP es el lugar donde más casos ocurren (63,9%), junto con la admisión (31,2%). Una de las

Tabla 2 Categoría profesional del trabajador agredido

	Ámbito de atención			p
	Especializada n = 772	Primaria n = 490	Total N = 1.262	
<i>Categoría</i>				
Administrativo	28 (3,6)	138 (28,2)	166 (13,2)	< 0,001
TCAE	229 (29,6)	9 (1,8)	238 (18,9)	< 0,001
DUE	366 (47,4)	61 (12,4)	427 (33,8)	< 0,001
FEA	123 (15,9)	260 (53,1)	383 (30,3)	< 0,001
Otras	26 (3,3)	22 (4,5)	48 (3,8)	0,304

peculiaridades de la AP es que un 2,4% de los incidentes ocurren en el domicilio del propio paciente.

Perfil del agresor

El paciente suele ser la persona más frecuentemente implicada en la agresión en AP (56,9%), mientras que en AE solo ocasiona el 50,8% de los casos registrados ($p < 0,001$). A su vez, el familiar o acompañante del paciente es el responsable del 45,3% de las agresiones del ámbito hospitalario, porcentaje que se reduce a solo un 33,5% de las agresiones en AP ($p < 0,001$).

Por sexo, son los hombres los responsables del 58,2% de las agresiones, sin diferencias entre AE y AP. Por edad, la mayor parte de los agresores tienen de 31 a 50 años (51,8%), un 23,3% tienen 51 o más años y un 22,9% tienen 30 años o menos, no habiendo diferencias entre AE y AP en la distribución por grupos de edad.

Características del incidente

Los daños materiales son más frecuentes en AP (5,1%) que en AE (1,0%), de manera significativa ($p < 0,001$). También las agresiones verbales son más frecuentes en la AP (80,4 y 72,2%, respectivamente) y, por tanto, también es más frecuente la notificación de amenazas y/o coacciones en AP (65,1 frente a 58,2%, respectivamente); sin embargo, se producen menos agresiones físicas en AP que en AE (5,7 y 15,5%, respectivamente; $p < 0,001$).

Cuando hay lesiones para el sanitario, no hay diferencias relevantes en la declaración de daños psicológicos (un 2,0% en AP en comparación con un 2,1% en la AE), pero sí que se detecta una menor frecuencia de daños físicos en AP en comparación con la AE (4,1 y 9,3%, respectivamente; $p < 0,01$).

La gravedad del daño psicológico es mayor en AP, ya que un 42,9% de los casos fueron graves, mientras que en AE solo lo fueron un 14,3%, pero el pequeño número de casos registrados con la gravedad no permite extraer conclusiones. Con las lesiones físicas se clasificaron como graves el 5,6% de las AP, frente a un 1,6% de las de AE (diferencias no significativas).

Discusión

Este es el primer estudio que explota la información disponible en el REMAC, comparando resultados conjuntos de 7 hospitales y centros de AE con los resultados de los centros de AP, gracias a la disponibilidad de un servicio único de prevención mancomunado de riesgos laborales. Este estudio demuestra una elevada incidencia de agresiones en AP en comparación con los hospitales y centros de AE, que a su vez presentan importantes diferencias entre ellos.

Los resultados de este trabajo no son directamente comparables con otros realizados sobre este mismo tema como consecuencia de las distintas metodologías de trabajo⁶⁻⁹. Aunque si comparamos con otros estudios realizados con otra metodología, podemos encontrar resultados similares. En el Área 6 de la CAM los facultativos de AE comunican más que los de AP, al igual que en nuestro estudio¹⁰. Respecto a AE, encontramos que en el Área 6 de la CAM la categoría que más comunica son los administrativos, a diferencia del Área 7 de la CAM y nuestro estudio, en que la categoría que más notifica es la de enfermería^{10,11}.

En otro estudio realizado en la Comunidad de Castilla y León los facultativos y el personal de enfermería son las categorías que más agresiones sufrieron, al igual que en nuestro estudio¹².

Según los datos publicados por el Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud (2008-2012), un 51% de los casos se detectaron en centros de AP, mientras que en este estudio solo el 38,8% de los incidentes tienen ese origen⁵. Para el estudio nacional el 80% de los casos fueron agresiones verbales o coacciones y en uno de cada 5 casos se produjo agresión física. Nuestro estudio encuentra una proporción similar de agresiones verbales, pero solo se recogen un 5,7% de agresiones físicas en AE y un 15,5% en AP.

Según los datos publicados por la Organización Médica Colegial de España, en el Estudio de Agresiones a Médicos 2014, el número total de agresiones en el periodo 2010-2014 fue de 2.058, de las cuales el 48% tuvieron lugar en AP. En el 18% de los casos se produjeron lesiones, y en el 9%, daños materiales. La calificación de las agresiones por los órganos jurisdiccionales fue de 82 delitos y 119 faltas, información que no es recogida en nuestro trabajo¹³.

La VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2011) indica que la incidencia más común son las agresiones verbales seguidas de las físicas (un 7,3 y un 4,9% de los

trabajadores las han sufrido, respectivamente). Es el sector servicios, donde se incluiría el sector sanitario, en el que se dan más conductas de violencia física (6,0% de los trabajadores) y verbal (8,7%)¹⁴.

En la publicación de Martínez-Jarreta et al., realizada mediante encuesta y publicada en 2006 (n=1.845), se informa de que un 11% de los trabajadores habían sufrido una agresión física y un 64% una agresión psicológica a lo largo de su carrera profesional. Estos resultados son difícilmente comparables a los nuestros por las grandes diferencias de metodología, tiempo y población estudiada. La mayor gravedad del daño psicológico detectada por nosotros en AP pudiera deberse a la proximidad al paciente y su familia, lo que podría llevar a que el profesional viviera las amenazas como tales y no como una simple agresión verbal.

Una de las limitaciones de este trabajo es que REMAC es un sistema de registro pasivo, lo que puede arrojar importantes diferencias dependiendo de lo sensibilizados que estén los trabajadores para declarar todos los incidentes ocurridos, pues en ocasiones los datos son incompletos. Esto podría explicar, al menos en parte, las importantes diferencias detectadas entre los 6 centros de agudos incluidos en el estudio, sin que se pueda descartar que las poblaciones atendidas presenten importantes diferencias sociales.

La última actualización de la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del código penal (publicada el 31/03/2015 y con entrada en vigor el 01/07/2015) incluye las agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud como delito de atentado contra la autoridad. Introduce una enmienda en el artículo 550 que regula el delito de atentado para considerar en todo caso como tales los cometidos contra docentes o sanitarios en el ejercicio de las funciones propias de su cargo. A partir de este cambio normativo quizás habría que considerar la modificación de este sistema de registro para que pasase de ser pasivo a ser un registro de todas las situaciones consideradas como agresión.

Si bien REMAC supone un importante avance sobre la situación anterior al unificar la información disponible, presenta algunas deficiencias que se podrían resolver, como son la no existencia de un informe conjunto para toda la CAM que permita comparar nuestros resultados con los de otras áreas de la Comunidad. Tampoco existe una validación de la calidad de los datos conjunta.

También es necesario sistematizar y ordenar las causas del incidente, que en el momento actual se recogen como un texto libre con muy desigual cumplimentación. Esto supone perder una información muy valiosa para establecer mejoras y medidas preventivas.

Otra propuesta es mejorar el seguimiento de las consecuencias para la salud de los afectados y las consecuencias jurídicas de los casos denunciados que solo se hace a título individual, perdiendo la oportunidad de la explotación colectiva con fines preventivos.

Al igual que se hace en otras áreas, como en la seguridad del paciente, el registro de situaciones de riesgo y su análisis científico es la piedra angular sobre la que tomar medidas de prevención, y podría convertirse en una herramienta de las direcciones y gerencias para establecer planes locales o generales destinados a mejorar la seguridad de los propios trabajadores sanitarios¹⁵.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A M. Luisa Sáez, administrativo del Servicio de Prevención Mancomunado de Grupo, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, trabajadora encargada de la codificación del REMAC.

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. Programa Conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: OIT, OMS, CIE, ISP; 2002 [consultado 1 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/violence-injury-prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesSP.pdf>
2. Nordin H. Fakta om vaold och hot I arbett, Solna. Sistema de Información sobre lesiones en el trabajo. Consejo Sueco de Salud y Seguridad en el Trabajo; 1995.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Ordenación Profesional, Subdirección General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Informe, de 14 febrero 2014. Grupo de Trabajo de Agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud. Comisión de Recursos Humanos del SNS; 2014.
4. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Orden 22/2008, de 21 de enero, por la que se crea el fichero de datos de carácter personal denominado Plan Regional de Prevención de Situaciones Conflictivas (PRPSC), dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. BOCM, núm. 29, de 4 de febrero de 2008.
5. Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, de 29 de enero de 2009, por la que se dictan instrucciones para la puesta en marcha del Registro Centralizado de la Consejería de agresiones a trabajadores por ciudadanos.
6. Bernaldo-de-Quirós Aragón M, Cerdeira JC, Gómez MM, Piccini AT, Crespo M, Labrador FJ. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid: diferencias entre los servicios de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2014;26:171-8 [consultado 1 Jun 2015]. Disponible en: <http://demos.medynet.com/ojs/index.php/emergencias/article/view/2167>
7. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, et al. The role of aggressions suffered by

- healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs*. 2013;22:3120–9 [consultado 1 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22978353>
8. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, Rueda MA. Aggression 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;15:29–35 [consultado 1 Jun 2015]. Disponible en: http://www.medicinatrabajo.es/wp-content/uploads/2009/05/ijoeh_jan09.pdf.
 9. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010;13:135–40 [consultado 1 Jun 2015]. Disponible en: http://archivosdeprevencion.com/view_document.php?tpd=2&i=1946
 10. Maestre Naranjo M, Borda Olivas J, Ortega Hernández A, Sainz Pinós C, Cabrero Martín B, Rodríguez de la Pinta ML. Incidencia de notificación de situaciones conflictivas con los ciudadanos en el área 6 de la comunidad autónoma de Madrid. *Med Segur Trab (Internet)*. 2011;57:134–46 [consultado 28 Dic 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n223/original2.pdf>
 11. Derteano F, Parra L, Pérez A, Bernat A, O'Connor S, Caso C. Situaciones conflictivas en un área de atención especializada. Madrid. 2009-2013. *Rev Asoc Esp Med Trab*. 2015;24:17–21.
 12. Martínez-León M, Queipo Burón D, Iruña Muñiz MJ, Martínez-León C. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). *Rev Esp Med Legal*. 2012;38:5–10 [consultado 28 Dic 2015]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0377473211000022/1-s2.0-S0377473211000022-main.pdf?_tid=ccdd6256-b5f0-11e5-b372-00000aab0f26&acdnat=1452248333_9a12f4a1af7906ace9428a9acd461e08
 13. Organización Médica Colegial de España. Estudio de agresiones a médicos. Informe OMC; 2014 [consultado 1 Jun 2015]. Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_agresiones_2014.pdf
 14. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2011 [consultado 1 Jun 2015]. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20\(VII%20ENCT\)](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20(VII%20ENCT)).
 15. Martínez Jarreta B, Gascón S, Santed 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;128:307–10 [consultado 1 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.medicinatrabajo.es/wp-content/uploads/2009/05/articulo-especial-32668.pdf>