

Situación actual de las agresiones de pacientes y familiares al personal de Atención Primaria del Área de Salud de A Coruña y Cee, evolución de este problema desde 2019 y la influencia de la pandemia COVID-19

Current situation of aggressions by patients and family members on Primary Care professionals of the health area of A Coruña and Cee, development of this problem since 2019 and influence of the COVID-19 pandemic

AUTORES

Ana Regina Lozano Prieto¹, Cristina Ferreiro Viqueira², Ramón Veras Castro³

¹Centro de Salud San José, A Coruña. E-mail: anaregina.lozano@gmail.com

²Centro de Salud Teresa Piqué, Palma de Mallorca. E-mail: cferreiroviqueira@gmail.com

³Centro de Salud San José, A coruña, E-mail: ramon.veras.castro@sergas.es

Autora de correspondencia: Ana Regina Lozano Prieto. E-mail: anaregina.lozano@gmail.com

Resumen

La sanidad es el sector público donde más violencia laboral se objetiva pero hay poca información de los casos no comunicadas oficialmente.

Objetivo: Describir la proporción de trabajadores que recibieron agresiones de pacientes o familiares durante el año 2021, características y consecuencias de las mismas en Atención Primaria en el área de A Coruña-Cee así como su evolución desde 2019.

Tipo de estudio: Es un estudio descriptivo, transversal, mediante cuestionario autocumplimentado.

Método: Se utilizó un cuestionario anonimizado y autocumplimentado para la recogida de datos. Fue enviado 3 veces, de enero a marzo de 2022, al grupo de correo de todos los trabajadores de atención primaria del área sanitaria de A Coruña-Cee.

Resultados: La tasa de respondedores es del 23,1%. El 87,3% (IC95% 83,6-90,4) sufrió algún tipo de agresión, verbal o física, a lo largo de su vida laboral, el 66% (IC95% 60,9%-70,8%) durante el año 2021. Edad, años trabajados y categoría laboral se asocian a agresión, reduciéndose el riesgo al menos un 2,8% por cada año trabajado (OR 0,93 IC95% 0,894-0,972). El 25,5% (IC95% 20,3-31,5) de los agredidos pensó abandonar el trabajo. El 74,9% no notificó ni denunció el suceso. El lenguaje malsonante es la forma de violencia más común (84,8% IC 95% 79,7-89), seguido de los insultos (70% IC 95% 63,9-75,6).

Conclusiones: Las agresiones laborales están aumentando en atención primaria, con graves repercusiones personales e institucionales. Las esperas o la organización asistencial son determinantes. La formación en prevención, la notificación y denuncia de las agresiones es escasa.

Palabras clave: Salud ocupacional, violencia en el trabajo, atención primaria.

Abstract

The health system is the public sector where more workplace violence takes place but there is little information about the violent situations not officially communicated.

Objective: Describe the proportion of workers who were attacked by patients or family members during 2021, their characteristics and consequences in Primary Care in the A Coruña-Cee area as well as their evolution since 2019

Study type: This is a descriptive and transversal study, through a self-reporting questionnaire.

Method: An anonymized and self-reporting questionnaire was used for the data collection. It was sent 3 times, from January to March 2022, to the email group of all primary care workers in the A Coruña-Cee health area.

Results: The response rate was 23,1%. 87,3% (IC95% 83,6-90,4) suffered some type of aggression, either verbal or physical, throughout their worklife, 66% (IC95% 60,9%-70,8%) of them in 2021. Age, time worked and professional categories are associated to aggression, with a risk reduction of at least 2,8% for each year worked (OR 0,93 IC95% 0,894-0,972). 25,5% (IC95% 20,3-31,5) of the assaulted individuals thought about quitting their jobs. A 74,9% of them didn't notify or report the situation. Foul language is the most common type of violence (84,8% IC 95% 79,7-89), followed by insults (70% IC 95% 63,9-75,6).

Conclusions: Workplace aggressions are increasing in primary healthcare, with serious personal and institutional repercussions. The waits or the organization of care are decisive. Training in prevention, notification and reporting of attacks is scarce.

Key words: Occupational health, workplace violence, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la violencia en el lugar del trabajo como todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos desplazamientos, con la implicación de que se amenaza explícita o implícitamente su seguridad, su bienestar y su salud ⁽¹⁾.

En el año 1998 la Organización Mundial del Trabajo (OIT) reconoce por primera vez las agresiones en el sector sanitario y en el año 2002 la OMS, OIT, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Internacional de Servicios Públicos publicaron el documento "Directrices Marco para afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud" ^(1, 2, 3).

Se han registrado numerosos estudios en diferentes partes del mundo en los que se ha objetivado un nivel elevado de violencia contra trabajadores sanitarios ^(4, 5, 6). Una revisión sistemática realizada por Vidal-Martí et al. en España ⁽⁷⁾, concluyó que un 34,4% de profesionales sanitarios habían sido agredidos, cifra que posteriormente se incrementó hasta un 60% según una revisión realizada por Serrano et al ⁽⁸⁾.

La mayoría de los estudios concluyen que este problema está infraestimado por la falta de notificación de las agresiones ⁽⁷⁻¹⁴⁾ lo que se puede explicar por tres causas: el miedo a notificar estos hechos ^(4, 5, 10, 12, 13), la falta de confianza en que el Sistema Sanitario u organizaciones pertinentes resuelvan la demanda satisfactoriamente ^(9, 12, 14, 15) y la aceptación de las agresiones como una parte inherente al trabajo ^(5, 8, 11-14).

La tendencia actual a nivel global es observar una mayor prevalencia de agresiones no físicas ^(1, 4-8, 10, 11, 12, 14-20), quedando las físicas relegadas principalmente a áreas donde se trabaja con pacientes psiquiátricos o demenciados ^(20, 21). El acoso sexual ha sido registrado fundamentalmente en enfermeras ^(6, 10, 14).

La llegada de la pandemia SARS-CoV-2 trajo consigo importantes cambios en los sistemas de salud a nivel global: trabajadores que rotaron en sus puestos de trabajo, jornadas laborales más largas, escasa atención presencial, falta de infraestructura o necesidad de nuevos recursos ^(20, 22, 23). Todo ello generó insatisfacción, desconfianza y mayor riesgo de agresiones ^(22, 23, 24, 25).

La violencia laboral en el ámbito sanitario genera un importante disconfort a nivel personal que provoca estrés, ansiedad o 'burnout', incrementando así la insatisfacción, desmotivación, riesgo de absentismo y abandono del trabajo ^(5, 6, 10, 12, 21, 22, 23). Existen registros a nivel nacional e internacional de los casos de agresiones, pero hay poca información de las situaciones no registradas o no comunicadas oficialmente y sus consecuencias sobre los trabajadores y el sistema sanitario.

El objetivo de este estudio es describir la proporción de trabajadores que recibieron agresiones de pacientes o familiares durante el año 2021, las características de las mismas, posibles causas que las motivaron y consecuencias para el personal sanitario y no sanitario en el ámbito de la Atención Primaria en el área de A Coruña y Cee; el cambio del número y tipo de agresiones en relación con un estudio previo realizado en 2019; y la influencia de la pandemia y los cambios en la organización aplicados durante la misma.

MÉTODOS

El estudio es descriptivo transversal recogiendo los datos mediante un cuestionario autocumplimentado.

La población objetivo viene definida por el personal de atención primaria, sanitario y no sanitario, del área de salud de A Coruña y Cee que pudo recibir el correo electrónico en al menos 1 envío del cuestionario de los tres realizados. El número total (1655) y el número por género y categorías

corresponde al personal contratado al finalizar 2021. A este se le restan los correos devueltos en las 3 ocasiones (49 personas) quedando así un total de 1606.

Para el cálculo de la muestra se estima una proporción de personal que recibe agresiones del 50%, con una confianza del 95% y una precisión del 5%, por lo que necesitamos respuestas al cuestionario de 307 trabajadores. Con un 15% de pérdidas el tamaño de muestra necesario es de 361 sujetos.

El período de estudio comprende el año 2021.

El cuestionario se elaboró mediante una adaptación del empleado por Cristina Ferreiro Viqueira en un estudio previo de 2019⁽²⁶⁾. Se pidió opinión a personal de todas las categorías sobre las variables recogidas y la forma de explicitar las preguntas. Tanto el cuestionario como la petición de participación en el mismo se ofrecieron en castellano y en gallego.

Se utilizó un formulario de Google anónimo para la realización del cuestionario. El enlace al mismo se envió por correo electrónico desde la dirección de la Xunta de Persoal, órgano de representación sindical de los trabajadores al grupo de correo _XXIC Primaria, donde se encuentran los trabajadores de atención primaria de la Gerencia de Atención Integrada de A Coruña con correo del SERGAS (Servicio Gallego de Salud). Se puede acceder al cuestionario en los siguientes enlaces:

-castellano:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6638zmmgsXBszRZBhIIA6LX4d2jENaLwkWXPb21wSFnND2g/viewform?usp=sf_link

-gallego:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfx9FNyAoducoujs6nNm38pXG2cvkFo1sQXX3ARDvtSIEzecg/viewform?usp=sf_link

Para facilitar la participación en el estudio se tomaron determinadas medidas:

1. Se informó de que el cuestionario era anónimo y quedó claramente explicitado tanto en el formato del mismo como en la presentación del estudio
2. Se redactó y se diferenciaron los enlaces electrónicos al formulario en gallego y en castellano
3. Se enviaron en tres momentos diferentes (17 de enero, 1 de febrero y 2 de marzo de 2022) pidiendo que aquellos que ya habían participado previamente no contestasen de nuevo para no alterar la validez de los datos obtenidos. El último envío se realizó por categorías profesionales informando del porcentaje de respondedores dentro de cada categoría para motivar a la gente a realizar el cuestionario.
4. Se solicitó a la Junta de Personal, como órgano institucional y que tiene acceso al grupo de correo de los trabajadores, el envío del correo con la explicación del estudio y los enlaces.

Se incluyeron las siguientes variables:

- Datos de filiación del trabajador: sexo, edad, categoría laboral, tipo de contrato y años trabajados. Categoría laboral: sanitarios facultativos (que incluye a médicos/as, pediatría, farmacia de atención primaria y odontología), sanitarios no facultativos (enfermería, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, técnico higienista bucodental, fisioterapeuta, matrn/ona, trabajador/a social) y no sanitarios (función administrativa).
- Situación actual de violencia externa: en toda su vida laboral y los episodios sufridos durante el último año (2021), tipo (insultos, amenazas, lenguaje malsonante, calumnias, ser vigilado, daños a la propiedad, acoso sexual, agresión física, herida por arma blanca) y repercusión de los mismos.

- Características del episodio con mayor repercusión en el último año: características del agresor (sexo, edad, familiar o paciente, estrato socioeconómico, antecedentes personales de interés, estado en el momento de la agresión), tipo de agresión y características de la misma, sus causas, así como la actuación del agredido tras la misma.
- Medidas a realizar en estas circunstancias: si se ha recibido algún tipo de formación y cuál ha sido la fuente, así como la utilidad de la misma; medidas adoptadas en el momento de la agresión, distribución del área de trabajo que facilite la huida en caso de necesidad y apoyo de personal de seguridad, si se ha procedido a la activación del protocolo de actuación del SERGAS y su valoración.
- Análisis general de la problemática: situación actual de descenso, aumento o estancamiento de la violencia en este ámbito y opinión sobre la influencia de la pandemia COVID-19 en la misma, así como valoración del peso que le dan a alguna de las posibles causas de esta evolución en las agresiones en los centros de atención primaria.

En el análisis estadístico se realiza distribución de frecuencias, intervalos de confianza, estimación de chi cuadrado, prueba exacta de Fisher, pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney), prueba de Kolmogorov Smirnov y regresión logística binaria. Se ha usado el programa estadístico IBM® SPSS® Statistics Versión 18.

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo del estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de A Coruña-Ferrol con el código de registro 2021/453.

RESULTADOS

De una población diana de 1606 personas que pudieron recibir el cuestionario en alguno de los 3 envíos, respondieron 371 personas (tasa de respondedores del 23,1%): 70 usaron el formulario en gallego y 301 en castellano. No se observa diferencia de respuestas según el género ($p= 0,33$) pero sí en función de la categoría laboral ($p< 0,001$): hay sobrerrepresentación del grupo de facultativos (50,7% respondedores frente al 36,4% no respondedores), infrarrepresentación de sanitarios no facultativos (27,2% de respondedores frente a 40,6% de no respondedores) y no hay diferencias entre la muestra y la población en personal no sanitario (22,1% de respondedores versus 23% de no respondedores) (Tabla I).

Tabla 1: Respondedores según categoría laboral

Tabla cruzada Posto de traballo_agrupado*Responde

Posto de traballo_agrupado		Responde		Total	
		Si responde	Non responde		
Sanitario facultativo	Recuento	188	449	637	
	% dentro de Responde	50,7%	36,4%	39,7%	
	Sanitario non facultativo	Recuento	101	502	603
		% dentro de Responde	27,2%	40,6%	37,5%
Non sanitario	Recuento	82	284	366	
	% dentro de Responde	22,1%	23,0%	22,8%	
Total	Recuento	371	1235	1606	
	% dentro de Responde	100,0%	100,0%	100,0%	

El 79,1% de los respondedores son mujeres (IC 95% 74,8-83%). La media de edad es 47,29 (DE 12,03) y mediana 49 (Rango intercuartil -RIQ- 37-58). La media de años trabajados es de 19,27 (DE 12,24), mediana 20 (RIQ 8-30).

El 50,4% son sanitarios facultativos (41,5% médicos de familia); 27,2% es personal sanitario no facultativo (18,9% personal de enfermería) y el 22,1% personal no sanitario. En cuanto a la relación laboral el 66,3% son fijos, el 12,1% interinos y el 21% son eventuales o residentes.

El 18,9% usó el gallego para responder el cuestionario, el 81,1% español. No se observa diferencia de proporción de agredidos (ni durante 2021 ni durante toda la vida laboral) según el idioma de respuesta.

Agresiones durante la vida laboral

El 87,3% (IC95% 83,6-90,4) sufrió algún tipo de agresión, verbal o física, a lo largo de su vida laboral.

Los sanitarios facultativos representan el 50,9% de los agredidos durante la vida laboral y de ellos el 68,1% son médicos de familia.

La edad media del agredido es 47,48 (DE 11,79) y la mediana 49 (RIQ 38-58). No se observa diferencia de edad, género ni de años trabajados entre personas que recibieron o no alguna agresión durante su vida laboral.

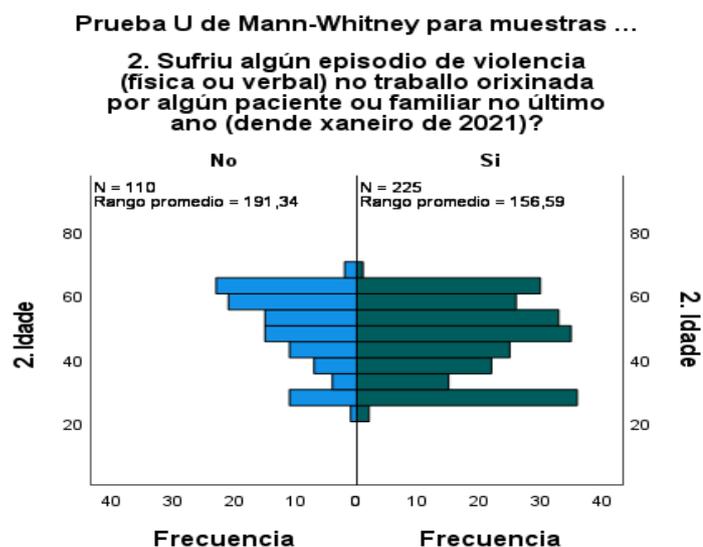
Agresiones durante 2021

El 66% de la muestra recibió agresiones (IC95% 60,9%-70,8%) durante el año 2021.

El 80% de los agredidos durante el año 2021 son mujeres, el 44,2% médicos de familia y el 61% tienen contrato fijo. La edad media de los agredidos es 46,01 (DE 11,91) y la mediana 47 (RIQ 36-56).

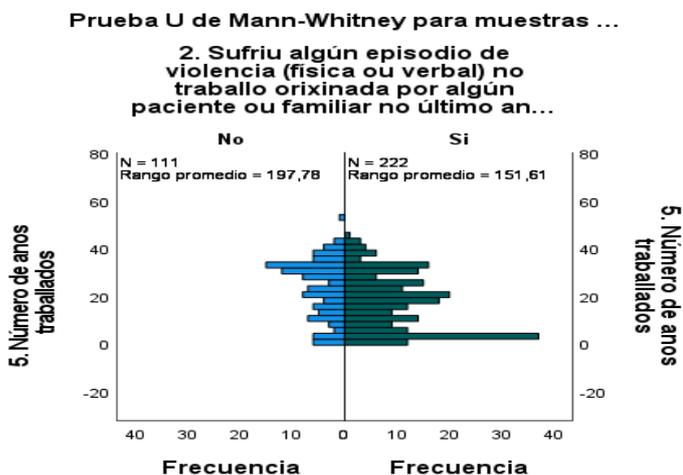
Los más jóvenes (Figura 1) y los que cuentan con menor número de años trabajados (Figura 2) sufrieron más agresiones durante 2021 ($p < 0,05$), siendo la mediana de años trabajados 17,50 (RIQ 5-26).

Figura 1: Agresiones en relación con la edad



No se observa diferencia de género entre trabajadores agredidos, pero sí en función del número de años trabajados, reduciéndose el riesgo de sufrir una agresión entre 2,8 y 10,6 por ciento (OR 0,93 IC95% 0,894-0,972) por cada año trabajado.

Figura 2: Agresiones en relación con el número de años trabajados



El personal no sanitario (80,8% IC95% 71-88,3%) y el sanitario facultativo (65,5% IC95% 58,3-72,2%) reciben más agresiones que el personal sanitario no facultativo (50,9% IC95% 44,4-57,3%) ($p < 0,01$).

Causas inmediatas

Las causas inmediatas de las agresiones se relacionan fundamentalmente con los tiempos de espera (Tabla II).

Las diferentes categorías laborales difieren de forma significativa ($p < 0,05$) en su percepción de las posibles causas de las agresiones: para los sanitarios facultativos son el hecho de no ceder ante demandas injustificadas (61,2%); para los sanitarios no facultativos son las propiciadas por el aumento de tiempos de espera (44,9%) al igual que para el personal no sanitario (66,7%) seguido de los cambios organizativos durante la pandemia (61,9%).

Tabla II: Causa inmediata de la agresión según opinión de las personas agredidas

Causa inmediata de la agresión	Proporción	Intervalo de Confianza (95%)
Relacionada con tiempos de espera	48,5%	42,12-54,9
Relacionada con los cambios organizativos de la pandemia (atención telefónica, no consulta presencial, cancelación de consultas, mascarilla...)	48,1%	41,69-54,47
Por no ceder ante demandas injustificadas (prescripciones, pruebas)	45,9%	39,58-52,33
Por insatisfacción general y/o por el trato recibido	22,5%	17,6-28,32
Relacionada con el diagnóstico	13,4%	9,62-18,42

Repercusión de las agresiones

Las consecuencias para las personas agredidas son importantes desde el punto de vista personal, profesional, social e incluso familiar, llegando el 25,5% de los agredidos (IC95% 20,3-31,5) a pensar en abandonar el trabajo (Tabla III).

Perfil del agresor

El 58,4% son varones de estrato socioeconómico medio fundamentalmente (51,9%). El 43,3% de las agresiones son realizadas por el propio paciente, participando los familiares en el 55% de ellas (21,2% de manera individual y 33,8% junto con el paciente). La mayoría de las agresiones (72,3%) son espontáneas.

En el 45,9% de las agresiones, el agredido no recuerda ninguna característica especial del agresor como problema social (15,7%), patología psiquiátrica (21,4%) o abuso de drogas (17%). Son agresores reincidentes el 22,3% de los casos.

Tabla III: Repercusión de las agresiones

Repercusión	Ninguna	Poco (1-4)	Medio (5)	Bastante/mucho (6-10)
Físicas	83,5%	6,9	1,3	2,2
Pensar en abandonar el trabajo	35,1%	28,1	6,5	25,5
Baja laboral	77,9%	6,5	2,2	6,5
Desmotivación	15,2%	30,3	8,2	43,7
Irritabilidad	5,2%	31,2	14,7	46,8
Inestabilidad emocional	17,7%	40,3	9,1	29
Miedo	31,6%	38,5	6,9	19,5
Ansiedad	17,7%	41,1	6,9	31,2
Insomnio	35,1%	28,1	9,5	22,5
Dificultades de concentración	29,4%	32%	10	23,8
Estrés	14,3%	33,8	12,6	36,8
Tristeza	17,7%	36,8	9,1	34,6
Autoestima	35,5%	35,9	6,9	17,3
Dificultades de relación con los demás	59,3%	24,7	2,6	6,9
Repercusiones en la relación familiar	40,7%	35,5	5,6	13
En el prestigio	48,5%	28,1	3,5	14,7

Lugar de la agresión

El 45,9% de las agresiones se producen en la consulta, el 22,1% en la sala de espera, y un 16% de forma telemática. Respecto a esta última se observa que es recibida por el 43,2% de personal no sanitario y por el 40,5% de médicos de familia, muy alejados del resto de personal.

Tipo de agresión

Las agresiones verbales son claramente más numerosas que las físicas, representando estas últimas tan solo el 2,6% (IC 95% 1,1-5,3)

El lenguaje malsonante es la forma de violencia más común (84,8% IC 95% 79,7-89), seguido de los insultos (70% IC 95% 63,9-75,6) y las actitudes y miradas intimidatorias (59,6% IC 95% 53,1-65,8).

Un pequeño porcentaje de víctimas, todas ellas mujeres, denuncian haber recibido algún tipo de acoso sexual (1,7% IC 95% 0,6-4,1).

Los insultos son recibidos mayoritariamente por personal no sanitario, 94,5% frente a un 64% de facultativos y un 51% de sanitarios no facultativos ($p < 0,001$), igual que las amenazas y actitudes intimidatorias.

Reacción a la agresión

El 74,9% de los agredidos durante 2021 no notificó nada, el 17,3% lo notificó a la jefatura de servicio, el 2,2% denunció a la policía y el 4,3% realizó ambas cosas.

La mayoría de los encuestados reconoce que el espacio de trabajo está mal organizado ya que en el 77,6% de los casos (IC 95% 73,2-81,6) el agresor se encuentra entre la salida y el trabajador y en un 76% de casos existen objetos que dificultan la salida de la sala (por ejemplo: escritorio, armario). Otro riesgo a tener en cuenta es que en más de la mitad de los casos (56,3%, IC 95% 51,3-61,3) existe un objeto entre ambos que pueda ser usado como arma.

A esto hay que añadirle que en el 77,6% (IC 95% 73,2-81,6) no existe personal de seguridad durante todos los turnos que permitan ayudar ante estas situaciones.

El 90,8% de los respondedores consideran que las agresiones están aumentando en atención primaria, siendo las mujeres las que más lo creen (93,1% frente a 82,7% de hombres) ($p < 0,005$), sin encontrar diferencias por categoría laboral.

El 93,5% afirma que la situación asistencial generada durante la pandemia aumentó el número de agresiones a los profesionales del sector sanitario, opinando de este modo más también las mujeres que los hombres ($p < 0,034$).

Las características del paciente o del profesional no son percibidas como elementos determinantes en la etiología de las agresiones. Los factores relacionados con las esperas como el retraso en la consulta (75,5%), falta de atención presencial (72,3%), sobrecarga asistencial (64,3%) son las que explican más las agresiones en nuestra muestra, junto con el hecho de negar al paciente lo que este solicita (72,3%) y el abuso de drogas (64,8%) (Tabla IV).

Formación en prevención y gestión de agresiones en general

El 83,2% (IC 95% 78,4-86,1) de los encuestados niega haber recibido formación en gestión de agresiones en el trabajo. Y del escaso 16,8% que sí la ha recibido refiere que esta información fue facilitada por el SERGAS en más de la mitad de los casos 61,3% (IC95% 48,9-72,7).

Un 36% (IC 95% 28,8-38,3) de encuestados afirma desconocer la existencia de protocolos de actuación creados por el SERGAS para estas situaciones, y del 64% que los conoce solo los ha activado un 15,7% de casos.

Al interrogar sobre las medidas llevadas a cabo para disminuir la tensión del momento, dando como opciones algunas de las recomendadas por el SERGAS, se objetiva que las más realizadas son utilizar un tono tranquilo (89,5%) y la evitación de gestos bruscos que puedan suponer amenaza (74,1%). Con bastante distancia le siguen el cambio de tema (54,2%) y pedir auxilio a los compañeros o guardias de seguridad (34%).

Tabla IV. - Importancia de factores asociados a agresiones

Causa	No	Poco	Intermedio	Mucho
Retraso en la consulta	1,1	16,2	7,2	75,5
Falta de atención presencial	2,5	16	9,2	72,3
Sobrecarga asistencial	2,5	24,5	8,6	64,3
Negar solicitud del paciente	8,2	33,5	15,3	72,3
Mala organización	7,3	37,6	14	41
Nivel sociocultural del paciente	7,1	36,4	13,2	43,2
Marginalidad del paciente	18,2	49,4	12,1	20
Dar malas noticias	9,6	38,8	9,9	41,7
Alcoholismo	5,7	29,8	10,9	53,6
Abuso de drogas	1,1	22,7	11,4	64,8
Alteraciones emocionales del paciente	9,9	40,8	10,5	38,8
Paciente transeúnte	5,7	36,9	10,6	46,9
Patología psiquiátrica	11,4	40,5	10,2	37,9
Trato del profesional	7,4	34,1	9,7	48,9
Burnout	6,3	33,5	9,2	51

La activación del botón SOS, que informa de una alerta en el centro sanitario, solo ha sido llevada a cabo por un 12,4% de los encuestados.

DISCUSIÓN

El porcentaje de agredidos durante toda la trayectoria laboral ha aumentado ligeramente, pasando de un 86,8% en 2019 ⁽²⁶⁾ a un 87,3% actualmente, y el porcentaje de agredidos sólo durante el año 2021 es similar al observado en una revisión sistemática publicada en 2019 ⁽⁹⁾ que recoge estudios de diferentes comunidades autónomas españolas, en donde la proporción de agredidos osciló entre 60% y 90%.

Las agresiones que con más frecuencia se produjeron fueron las verbales, mayoritariamente lenguaje malsonante, al igual que ocurre en la mayor parte de estudios registrados en España ^(7, 8, 16, 18, 27).

En nuestro estudio la proporción de agresiones físicas en un año es baja y ninguna de ellas fue inflingida por arma blanca, a diferencia de otras publicaciones como el informe del COM ⁽¹⁾ que presenta un registro de más agresiones físicas que verbales a médicos entre 2010 y 2019. La reducción de agresiones físicas se puede explicar, en parte, por la reducción de consulta presencial, además la presencia de más agresiones físicas en los registros de organizaciones médicas puede deberse a que no suelen notificarse las que no se consideran graves o las de escasa repercusión para el agredido.

Todas las agresiones sexuales reportadas en nuestro estudio fueron recibidas por mujeres y realizadas por hombres. En este aspecto se necesitan más estudios.

En nuestro trabajo no existen diferencias estadísticamente significativas de agresión respecto al género, en contraposición a numerosos estudios en los que se ve que el perfil del agredido es mujer

(1, 8, 11, 16, 17, 18, 28). Sólo el informe bienal de Agresiones a profesionales de la salud a nivel nacional registrados durante los años 2019 y 2020 decreta que el perfil del personal agredido tiende a igualarse entre ambos sexos⁽¹⁹⁾.

El perfil del agresor, igual que en diferentes estudios, es: paciente, varón y de edad comprendida entre 30 y 50 años^(1, 8, 18, 19). En la mayoría de los casos el agresor no presenta ningún antecedente de interés, tal como ocurrió en el estudio realizado en 2019⁽²⁶⁾, por lo que podemos concluir que la drogadicción, el alcoholismo, la patología psiquiátrica o la marginalidad parecen no ser protagonistas en los casos de violencia en contraposición del pensamiento general.

El personal no sanitario y el sanitario facultativo reciben más agresiones que el personal sanitario no facultativo, a diferencia de otros estudios donde las enfermeras son las más agredidas^(10, 21).

La inclusión en nuestro estudio de personal no sanitario añade un valor importante a los datos obtenidos y deja entrever que, al ser ellos el primer contacto con el sistema sanitario en la mayoría de los casos, son los que tienen más riesgo de recibir agresiones en primer lugar.

Comienzan a destacar las agresiones telemáticas (teléfono, redes sociales, email), lo que se puede poner en relación con la disminución de la atención presencial.

Los trabajadores creen que los factores que más se asocian a las agresiones no están relacionados con las características del paciente ni del profesional. Destacan así como posibles causas de las agresiones los problemas de acceso a la atención sanitaria: los retrasos en la consulta, falta de atención presencial y sobrecarga asistencial. Sin embargo, en el caso concreto de los facultativos está en primer lugar el hecho de no ceder ante demandas injustificadas.

Antes de la pandemia, las causas de las agresiones eran motivadas principalmente por situaciones derivadas de discrepancias con la atención médica y también por la demora en los tiempos de espera^(1, 7, 8, 18, 29), pero no tanto por desajustes organizativos como si parecen señalar algunos estudios actualmente⁽²⁸⁾ en los que también se tuvo en cuenta la opinión de los usuarios de la sanidad pública⁽²⁷⁾.

Parece existir un cambio en las circunstancias que determinan las agresiones, un aspecto a considerar en futuras investigaciones ya que tiene importancia de cara a la prevención. Llama la atención que estos cambios coinciden con la llegada de la pandemia y la visión que se tuvo de los profesionales en el transcurso de ella^(22, 23, 24, 25).

En nuestro estudio la irritabilidad y la desmotivación personal son las repercusiones más predominantes tras una agresión, seguidas del estrés, la tristeza y la ansiedad, en concordancia con lo encontrado en la literatura^(22, 29, 30). Las repercusiones físicas fueron minoritarias y en una cuarta parte de los casos se registraron pensamientos de abandono del trabajo.

La escasa formación recibida en prevención de agresiones es llamativa y coincide con los hallazgos obtenidos en otros estudios^(20, 26). Sin embargo, de los pocos respondedores que sí recibieron formación, la mayoría declara que fue facilitada por el SERGAS, algo que no ocurría en 2019⁽²⁶⁾ donde la mayoría de trabajadores que recibieron formación fue por iniciativa propia.

Solo un tercio de los trabajadores refiere conocer la existencia de protocolos de actuación frente a estas situaciones.

La activación del botón SOS es una medida que parece de escasa utilidad. La utilización de un tono tranquilo y la evitación de gestos bruscos son las medidas a tener en cuenta por la mayoría de trabajadores para evitar las agresiones.

Las agresiones a personal sanitario son un problema claramente infraestimado debido a la falta de denuncia de muchos de estos hechos ^(4, 5, 12, 14), algo que también se observa en este estudio. Sería interesante indagar en un futuro acerca de las causas que llevan al personal agredido a no informar sobre ello.

La gran mayoría de los encuestados declara que las agresiones van en aumento, con influencia significativa de la pandemia.

Entre las debilidades del estudio es necesario mencionar que el cuestionario es una adaptación del utilizado por la Dra Cristina Ferreiro en 2019 con una modificación parcial. Tanto en aquel momento como en este se buscó la validez de constructo pidiendo la colaboración, a modo de piloto, de personas de los diferentes grupos de categoría laboral para comprobar la comprensión e idoneidad de las preguntas.

No es posible conocer la representatividad completa de la muestra, dado que son respuestas anónimas, pero sí se observa que no hay diferencia de género entre la muestra y la población objetivo, que hay una sobrerrepresentación de facultativos, infrarrepresentación de sanitarios no facultativos y ausencia de diferencias en la categoría de personal no sanitario. Estos datos permiten interpretar que no hay un sesgo de selección de pacientes, o en todo caso, orientarnos en la interpretación de hipotéticos resultados llamativos. Es posible que los respondedores, dado el método de entrevista anonimizado, fuesen las personas agredidas o más sensibilizadas ante este hecho, pero eso no invalida sus consideraciones sobre la caracterización del acto, del agresor y las causas que lo ocasionan. Precisamente el formato autoadministrado y anónimo minimiza la falsedad de las respuestas. La aprobación del proyecto de investigación por el Comité Ético de Investigación y el hecho de que se enviase el cuestionario desde la Xunta de Persoal, aunque fuese advirtiendo que la Xunta de Persoal sólo enviaba el correo, pudo contribuir a dar tranquilidad a los entrevistados para responder con sinceridad, aspecto fundamental en un estudio que analiza situaciones de tanta repercusión personal como el sufrimiento de actos violentos, minimizando así el posible sesgo de información. El carácter anónimo y el acceso a todos los trabajadores, tuviesen vínculo fijo o eventual, es una fortaleza de este trabajo.

CONCLUSIONES

La violencia en el ámbito sanitario sigue siendo un problema de importante relevancia que va en aumento. Es necesario concienciar y educar a la población, así como insistir a los trabajadores agredidos que denuncien estos hechos para dar a conocer la situación real del problema y poder crear protocolos que ayuden a disminuir las agresiones.

Las causas de las agresiones en su mayoría son ajenas al paciente o al trabajador. Parece que están más asociadas a factores relacionados con la organización, hecho que la pandemia ha puesto más de manifiesto, abriendo nuevas líneas posibles de actuación en prevención de agresiones.

Las consecuencias psicológicas en los trabajadores agredidos son relevantes, pudiendo interferir así con el desarrollo normal de su trabajo y afectando a la calidad asistencial prestada.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiación: Este trabajo no ha sido financiado.

BIBLIOGRAFÍA

1. CGCOM [Internet]. Agresiones 2020; [consultado el 3 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/80f675b0-e57c-4f92-8d06-73119bc71a56/Agresiones_2020/index.html
2. International Labour Organization [Internet]. Publications; [consultado el 3 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.ilo.org/publns>
3. International Labour Organization [Internet]. [consultado el 6 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf
4. Hu H, Liu X, Yao L, Zhou L, Qin J, Zhu C et al. Workplace violence in primary hospitals and associated risk factors: A cross-sectional study. *Nursing Open*. 2022;9:513–518.
5. Elston MA, Gabe J. Violence in general practice: a gendered risk?. *Sociol Health Illness*. 2016;38(3):426–441.
6. Stanley N, Edeogu OC, Oko CC, Goni MD, Nkadi N. Workplace violence (WPV) against healthcare workers in Africa: A systematic review. *Heliyon*. 2020;6(9):e04800.
7. Vidal-Martí C, Pérez-Testor C. Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España. *Rev esp med leg*. 2015;41(3):123-30.
8. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. Agresion to health care personnel in Spain: a systematic review. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93.
9. Kumari A, Kaur T, Ranjan P, Chopra S, Sarkar S, Baitha U. Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *J Postgrad Med*. 2020;66(3):149-54.
10. Chakraborty S, Mashreky SR, Dalal K. Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *J Public Health*. 2022;1–19.
11. Bangueses Rodríguez L, Vázquez-Campo M, Mourino López Y. Vivencias y percepción de los profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias ante las agresiones. *Atención Primaria*. 2021;53(3): 101944.
12. Al-Qadi MM. Workplace violence in nursing: A concept analysis. *J Occup Health*. 2021;63(1):e12226.
13. Contreras Jofre P, Valenzuela Solís A, Pinto Soto J, Mendoza Ponce N, López-Alegría F. Violencia en el trabajo hacia los profesionales de enfermería en los servicios de emergencias: revisión integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e173.
14. Civilotti C, Berlanda S, Iozzino L. Hospital-Based Healthcare Workers Victims of Workplace Violence in Italy: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18:5860.
15. Jatic Z, Erkocevic H, Trifunovic N, Tatarevic E, Keco A, Sporisevic L, et al. Frequency and forms of workplace violence in primary health care. *Med Arch*. 2019;73(1):6-10.
16. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Urcola Pardo F, Satústegui Dordá PJ. Comparative study of the assaults to professionals in Primary Care against Specialized Care, in the Aragón Health Service during the year 2018. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94.
17. Gutiérrez L, Hernández MJ, Molina L. Work-related violence among public health professionals (2008-2012). *Arch Prev Riesgos Labor*. 2016;19(3):166-74.
18. Rincón-del Toro T, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, de Castro-Monteiro E et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. *Rev Esp Salud Pública*. 2016; 90(25):e1-e12.
19. Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2021. Ministerio de Sanidad. 2021 [Internet] (Citado el 9 abril 2022). Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/InformeAgresionesProfSNSalud2021.pdf>
20. Pina D, Peñalver-Monteagudo CM, Ruiz-Hernández JA, Rabadán-García JA, López-Ros P and Martínez-Jarreta B (2022) Sources of Conflict and Prevention Proposals in User Violence Toward Primary Care Staff: A Qualitative Study of the Perception of Professionals. *Front. Public Health*. 2022; 10:862896
21. Stahl-Gugger A, Hämmig O. Prevalence and health correlates of workplace violence and discrimination against hospital employees – a cross-sectional study in German-speaking Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):291.
22. Yang Y, Wang P, Kelifa MO, Wang B, Liu M, Lu L, et al. How workplace violence correlates turnover intention among Chinese health care workers in COVID-19 context: The mediating role of perceived social support and mental health. *J Nurs Manag*. 2021; 00:1– 8.
23. Muñoz del Carpio-Toia A, Begazo Muñoz del Carpio L, Mayta-Tristan P, Alarcón-Yaquetto DE, Málaga G. Workplace Violence Against Physicians Treating COVID-19 Patients in Peru: A Cross-Sectional Study. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2021;47(10):637-645
24. Devi S. COVID-19 exacerbates violence against health workers. *Lancet*. 2020;396(10252):658.
25. Bhatti OA, Rauf H, Aziz N, Martins RS, Khan JA. Violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A review of incidents from a lower-middle-income country. *Ann Glob Health*. 2021;87(1):41
26. Ferreiro C. Agresións de pacientes e familiares ao persoal de Atención Primaria na Área de A Coruña. 2019. [Consultado el 1 de mayo de 2022] Disponible en: <https://www.usc.gal/gl/centro/facultade-medicina-odontologia/tfg/traballos-presentados>.
27. Pina D, López-Ros P, Luna-Maldonado A, Luna Ruiz-Caballero A, Llor-Esteban B, Ruiz-Hernández JA et al. (2021) Users' Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study. *Front. Public Health* 2021; 9:810014

28. Pina D, Llor-Zaragoza P, López-López R, Ruiz-Hernández JA, Puente-López E, Galián-Munoz I et al. (2022) Assessment of Non-physical User Violence and Burnout in Primary Health Care Professionals. The Modulating Role of Job Satisfaction. *Front. Public Health* 2022; 10:777412

29. The National Observatory of Aggressions to Physicians (ONAM) Workgroup, General Council of Official Medical Associations of Spain (CGCOM). National report on aggressions to physicians in Spain 2010–2015: violence in the workplace —ecological study. *BMC Res Notes*. 2018;11(1).

30. Wang, M.; Wang, H.; Wei, Z.; Wang, Y.; Sun, L. Association between Workplace Violence and Depressive Symptoms among Primary Healthcare Professionals in Shandong, China: Meaning in Life as a Moderator. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19, 15184.

PUNTOS CLAVE KEY POINTS

Lo conocido sobre el tema

La violencia en el ámbito sanitario es un problema a nivel mundial.

La falta de denuncia de gran parte de las agresiones hace que éste sea un problema infraestimado.

Que aporta este estudio al tema

- Las causas relacionadas con las agresiones parecen ser ajenas al trabajador, probablemente están más asociadas a factores relacionados con la organización.
- La pandemia COVID ha sido un factor influyente en este problema, introduciendo incluso nuevas formas de agresión (telemática).
- La calidad asistencial podría verse mermada por las consecuencias psicológicas que estas agresiones suponen para los trabajadores.