



II CONGRESO INTERNACIONAL ENFERMERÍA DEL TRABAJO

XIII Jornada de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

VIII Jornada de la Asociación Catalana de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral

MESA 8: Gestión Eficaz y Eficiente en situaciones de Violencia durante el ejercicio profesional

REMAC

(Registro Madrileño de Agresiones y Conflictos)

MARIA SANDRA DE PRISO SAÑUDO

Enfermera del Trabajo

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón

BARCELONA 2024

15, 16 Y 17 DE FEBRERO

AET

Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo



ASSOCIACIÓ CATALANA D'INFERMERIA
DEL TREBALL I SALUT LABORAL



INTRODUCCIÓN



- La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en una preocupación prioritaria a nivel mundial en las últimas décadas.
- Extensión de la violencia desde las empresas de bienes hasta las organizaciones públicas del sector servicios debido al estrecho contacto con usuarios y clientes.
- 63% de los trabajadores de la salud declaran haber sufrido alguna forma de violencia en su centro de trabajo.





UN POCO
DE
HISTORIA




- Organización Internacional del Trabajo (OIT) 1998 —————> Informe sobre La Violencia en el Trabajo. Profesionales sanitarios presentan más riesgos que otras profesiones
- Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid Orden 212/2004, de 4 de marzo —————> Planes de Prevención y Atención frente a Situaciones Conflictivas con los Ciudadanos en los Centros e Instituciones Sanitarias Públicas
 - Comisión Central de Seguimiento
 - Plan Marco: centro sanitario define Plan de Prevención y elabora Protocolo
- Dirección General de RRHH del Servicio Madrileño de Salud, Resolución 29 enero 2009 —————> Registro centralizado de agresiones a trabajadores por ciudadanos (REMAC)






II CONGRESO INTERNACIONAL ENFERMERÍA DEL TRABAJO

 FORMULARIO DE REGISTRO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS CON CIUDADANOS EN LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS ADSCRITOS O DEPENDIENTES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD		
Alta del Incidente		
Nº Registro	Fecha del incidente (dd/mm/aaaa) Hora del incidente (hh:mm)	
DATOS DEL TRABAJADOR	Apellidos _____ Nombre _____ NIF/NIE _____	
	Fecha Nacimiento: _____ Sexo _____ Teléfono _____ Domicilio _____	
	Localidad _____ Provincia _____ CP _____	
	Área _____ Centro de Trabajo _____ Servicio o Unidad _____	
	Categoría _____ Especialidad _____	
DATOS DEL AGRESOR (*)	<input type="checkbox"/> Centro habitual trabajo Centro de trabajo no habitual <input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada <input type="checkbox"/> In itinere (Únicamente relacionado con la Actividad Asistencial) Lugar donde se produce el incidente	
	Rango de Edad del Agresor: _____ <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Familiar o acompañante de paciente <input type="checkbox"/> Paciente no hospitalizado <input type="checkbox"/> Desconocido	
	Sexo del Agresor _____ Otros: _____	
	(*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial	
	<input type="checkbox"/> Agresión Física <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Coacciones <input type="checkbox"/> Daños materiales <input type="checkbox"/> Insultos, injurias, vejaciones Otras: _____	
DATOS DEL INCIDENTE	Descripción del incidente	
	Causas del incidente	
	Tipo de intervención durante el conflicto: <input type="checkbox"/> Seguridad Pública <input type="checkbox"/> Seguridad Privada <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Parte de Lesiones <input type="checkbox"/> Precisa apoyo psicológico <input type="checkbox"/> Baja Laboral Fecha de Baja _____ <input type="checkbox"/> Denuncia Fecha de denuncia _____	
	Existencia de conflictos previos al incidente, indicar	
CONSECUENCIAS DEL INCIDENTE	Gravedad _____	
	Localización _____	
	Descripción de las Lesiones _____	
TESTIGOS	Medidas tomadas por la Gerencia _____	
	Nombre _____ Apellidos _____ DNI _____ Teléfono _____ Firma _____	
	Nombre _____ Apellidos _____ DNI _____ Teléfono _____ Firma _____	
Seguimiento del Incidente		
Fecha de alta (si procedió IT) _____ Firma _____		
PROCEDIMIENTO JUDICIAL	ARCHIVO Fecha del archivo _____ <input type="checkbox"/> Por Renuncia <input type="checkbox"/> Por Decisión Judicial	
	JUICIO DE FALTAS Fecha de la sentencia _____ <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria	
	PROCEDIMIENTO ABREVIADO Fecha de la Sentencia _____ <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria	

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (LOPD), EL ABADO FIRMANTE MEDIANTE LA ENTREGA DEL PRESENTE ESCRITO, PROPORCIONA SU CONSENTIMIENTO EXPRESO E INFORMADO PARA PROCEDER AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS DESCRITOS. A CONTINUACIÓN, LOS DATOS PERSONALES RECOGIDOS Y TRATADOS POR ESTE SISTEMA, SE VAN INCORPORANDO EN EL FICHERO PPSIC. CUYA FINALIDAD ES LA CENTRALIZACIÓN DE DATOS SOBRE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y PODRÁN SER CEDIDOS A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, ADemás DE OTRAS CACIONES PREVISTAS EN LA LEY. EL ÓRGANO RESPONSABLE DEL FICHERO ES LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO. EL INTERESADO PODRÁ EJERCER SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN ANTE DICHO ÓRGANO, A TRAVÉS DE LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN PRIMARIA Y SUMMA 12.

	INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL FORMULARIO DE REGISTRO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS CON CIUDADANOS EN LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS ADSCRITOS O DEPENDIENTES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD
---	--

El formulario consta de dos partes, la primera destinada al registro inicial Alta del Incidente y la segunda al Seguimiento del Incidente.

❖ **Alta del Incidente:** Tiene como objeto la recogida inicial de los datos de un incidente ocurrido a trabajadores dependientes de la Comunidad de Madrid.

- Es obligatorio cumplimentar la **fecha y hora del incidente**, así como **todos los datos personales del trabajador**.
- A continuación se muestra una descripción de determinados campos del formulario para su correcta cumplimentación:

- Centro de Trabajo:** Centro, donde el trabajador presta servicios.
- Servicio o Unidad:** Servicio al que pertenece el trabajador. Si en el desplegable no encontrara el servicio al que pertenece o no estuviera asignado a un servicio o unidad, el interesado puede seleccionar las opciones de otros servicios sanitarios o no sanitarios introducirlo de forma manual o dejarlo en blanco.
- Categoría:** Si en el desplegable no encontrara la categoría a la que pertenece, puede seleccionar otra categoría equivalente o introducirla de forma manual.
- Especialidad:** Este campo hace referencia únicamente a las especialidades médicas.
- Centro de Trabajo no habitual:** Este campo sólo se cumplimentará cuando el incidente se haya producido en un centro diferente al habitual de trabajo.
- Lugar:** Lugar, ubicación, unidad o localización en la que se ha producido el incidente (ejemplo: urgencias, admisión, domicilio particular, vía pública, etc.).
- Tipo de Agresión:** Se podrá seleccionar una o varias opciones de las mostradas en el formulario, en el caso de no encontrar la opción deseada podrá escribirla en el campo "Otras".
- Tipo de intervención durante el conflicto:** Se podrá seleccionar una o varias opciones, en función de la intervención que se haya llevado a cabo.
- Existencia de conflictos previos al incidente:** Indicar, si han existido, conflictos o situaciones previas al incidente.
- Medidas tomadas por la Gerencia:** Indicar si se conoce, la medida o medidas que la Gerencia haya adoptado tras el incidente.

- En el apartado reservado a los testigos, es obligatorio que cada testigo que sea introducido en el formulario extienda su firma, en el lugar reservado para ello. En caso contrario, no serán almacenados en el registro.

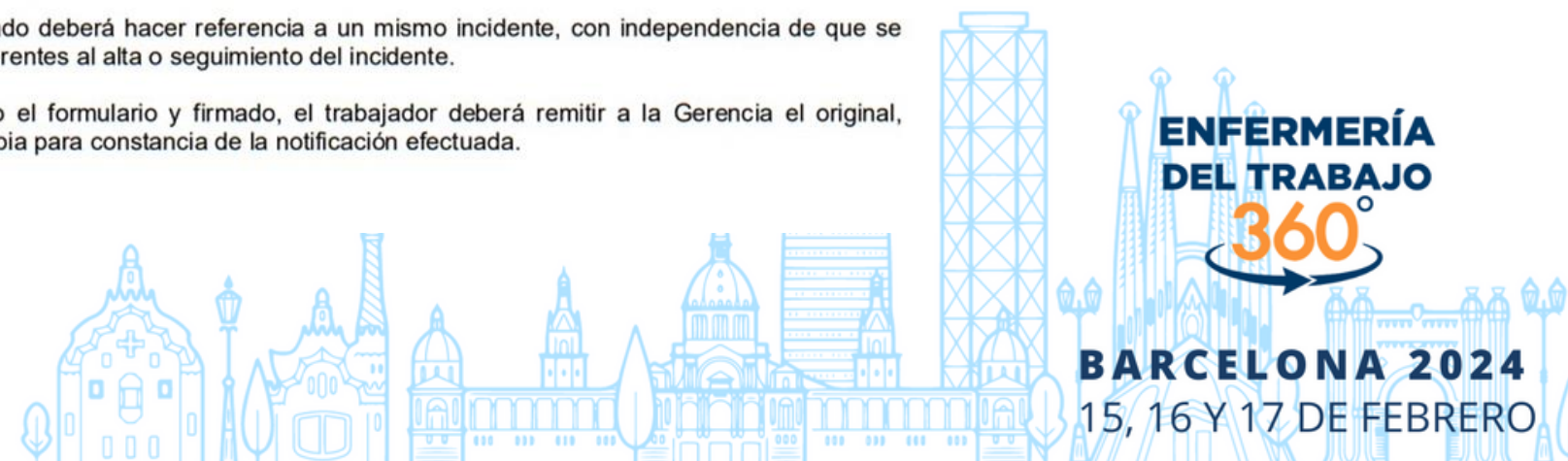
❖ **Seguimiento del Incidente:** Tiene como finalidad la recogida de datos referentes a los procedimientos judiciales y/o fecha de alta de IT, que hayan tenido lugar como consecuencia directa de un incidente registrado mediante la entrega previa de alta.

- Para la cumplimentación de este apartado, es obligatorio indicar la **fecha y hora del incidente**, así como los **datos personales del trabajador**, con los mismos datos entregados en el alta.

En ningún caso deberá cumplimentarse el número de registro.

Cada formulario entregado deberá hacer referencia a un mismo incidente, con independencia de que se cumplimenten datos referentes al alta o seguimiento del incidente.

Una vez cumplimentado el formulario y firmado, el trabajador deberá remitir a la Gerencia el original, quedándose con una copia para constancia de la notificación efectuada.





II CONGRESO INTERNACIONAL ENFERMERÍA DEL TRABAJO

FORMULARIO DE REGISTRO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS CON CIUDADANOS EN LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS ADSCRITOS O DEPENDIENTES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD	
Alta del Incidente	
Nº Registro	Fecha del incidente (dd/mm/aaaa) Hora del incidente (hh:mm)
DATOS DEL TRABAJADOR	Apellidos Nombre NIF/NIE
	Fecha de nacimiento: Sexo Teléfono Domicilio
	Localidad Provincia CP
	Área Centro de Trabajo Servicio o Unidad
	Categoría Especialidad
UBICACIÓN	<input type="checkbox"/> Centro habitual trabajo <input type="checkbox"/> Centro de trabajo no habitual
	<input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada <input type="checkbox"/> Lugar donde se produce el incidente
	<input type="checkbox"/> In itinere (Únicamente relacionado con la Actividad Asistencial)
DATOS DEL AGRESOR(*)	Rango de Edad del Agresor: Sexo del Agresor
	<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Familiar o acompañante de paciente <input type="checkbox"/> Paciente no hospitalizado <input type="checkbox"/> Desconocido Otros:
DATOS DEL INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Agresión Física <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Coacciones <input type="checkbox"/> Daños materiales <input type="checkbox"/> Insultos, injurias, vejaciones Otras:
	Descripción del incidente
	Causas del incidente
	Tipo de intervención durante el conflicto: <input type="checkbox"/> Seguridad Pública <input type="checkbox"/> Seguridad Privada <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Otros
	Existencia de conflictos previos al incidente, indicar
CONSECUENCIAS DEL INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Parte de Lesiones <input type="checkbox"/> Precisa apoyo psicológico <input type="checkbox"/> Baja Laboral <input type="checkbox"/> Denuncia
	Gravedad Fecha de Baja Fecha de denuncia
	Localización Descripción de las Lesiones
	Medidas tomadas por la Gerencia
TESTIGOS	Nombre Apellidos DNI Teléfono Firma
	Nombre Apellidos DNI Teléfono Firma
	Nombre Apellidos DNI Teléfono Firma
Seguimiento del Incidente Fecha de alta (si procedió IT) Firma	
PROCEDIMIENTO JUDICIAL	ARCHIVO Fecha del archivo <input type="checkbox"/> Por Renuncia <input type="checkbox"/> Por Decisión Judicial
	JUICIO DE FALTAS Fecha de la sentencia <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria
PROCEDIMIENTO ABREVIADO Fecha de la Sentencia <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria	

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (LOPD), EL ABAJO FIRMANTE MEDIANTE LA ENTREGA DEL PRESENTE ESCRITO, PROPORCIONA SU CONSENTIMIENTO EXPRESO E INFORMADO PARA PROCEDER AL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN. LOS DATOS PERSONALES RECOGIDOS Y TRATADOS POR ESTE SISTEMA, SERÁN INCORPORADOS EN EL FICHERO FÍSICO, CUYA FINALIDAD ES LA CENTRALIZACIÓN DE DATOS SOBRE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID, Y PODRÁN SER CEDIDOS A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, ADOLAS DE OTRAS CISIONES PREVISTAS EN LA LEY. EL ORGANISMO RESPONSABLE DEL FICHERO ES LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SERVIS. EL INTERESADO PODRÁ EJERCER LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN ANTE OTRO ORGANISMO, A TRAVÉS DE LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN PRIMARIA Y SUMMA I 2.





Alta del Incidente						
Nº Registro	<input type="text"/>	Fecha del incidente (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>	Hora del incidente (hh:mm)	<input type="text"/>	
DATOS DEL TRABAJADOR	Apellidos	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>	NIF/NIE	<input type="text"/>
	Fecha Nacimiento:	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
	Localidad	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>	CP	<input type="text"/>
	Área	<input type="text"/>	Centro de Trabajo	<input type="text"/>	Servicio o Unidad	<input type="text"/>
	Categoría	<input type="text"/>	Especialidad	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Centro de Trabajo: Centro, donde el trabajador presta servicios.

Servicio o Unidad: Servicio al que pertenece el trabajador. Si en el desplegable no encontrara el servicio al que pertenece o no estuviera asignado a un servicio o unidad, el interesado puede seleccionar las opciones de otros servicios sanitarios o no sanitarios introducirlo de forma manual o dejarlo en blanco.

Categoría: Si en el desplegable no encontrara la categoría a la que pertenece, puede seleccionar otra categoría equivalente o introducirla de forma manual.

Especialidad: Este campo hace referencia únicamente a las especialidades médicas.





II CONGRESO INTERNACIONAL ENFERMERÍA DEL TRABAJO



SaludMadrid		FORMULARIO DE REGISTRO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS CON CIUDADANOS EN LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS ADSCRITOS O DEPENDIENTES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD	
Alta del Incidente			
Nº Registro		Fecha del incidente (dd/mm/aaaa)	Hora del incidente (hh:mm)
DATOS DEL TRABAJADOR	Apellidos	Nombre	NIF/NIE
	Fecha Nacimiento:	Sexo	Teléfono Domicilio
	Localidad	Provincia	CP
	Área	Centro de Trabajo	Servicio o Unidad
	Categoría	Especialidad	
DATOS DEL AGRESOR (*)	<input type="checkbox"/> Centro habitual trabajo Centro de trabajo no habitual <input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada Lugar donde se produce el incidente <input type="checkbox"/> In itinere (Únicamente relacionado con la Actividad Asistencial)		
	Rango de Edad del Agresor:	<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Familiar o acompañante de paciente <input type="checkbox"/> Paciente no hospitalizado <input type="checkbox"/> Desconocido	
	Sexo del Agresor	Otros:	
	(*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial		
DATOS DEL INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Agresión Física <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Coacciones <input type="checkbox"/> Daños materiales <input type="checkbox"/> Insultos, injurias, vejaciones Otras:		
	Descripción del incidente		
	Causas del incidente		
CONSECUENCIAS DEL INCIDENTE	Tipo de intervención durante el conflicto	<input type="checkbox"/> Seguridad Pública Existencia de conflictos previos al incidente, indicar <input type="checkbox"/> Seguridad Privada <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Otros	
	Gravedad	<input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Parte de Lesiones <input type="checkbox"/> Precisa apoyo psicológico <input type="checkbox"/> Baja Laboral Fecha de Baja <input type="checkbox"/> Denuncia Fecha de denuncia	
	Localización	Descripción de las Lesiones	
TESTIGOS	Medidas tomadas por la Gerencia		
	Nombre	Apellidos	DNI Teléfono Firma
	Nombre	Apellidos	DNI Teléfono Firma
Seguimiento del Incidente		Fecha de alta (si procedió IT)	Firma
PROCEDIMIENTO JUDICIAL	ARCHIVO Fecha del archivo <input type="checkbox"/> Por Renuncia <input type="checkbox"/> Por Decisión Judicial	JUICIO DE FALTAS Fecha de la sentencia <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria	PROCEDIMIENTO ABREVIADO Fecha de la Sentencia <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (LOPD), EL AGUDO FIRMANTE MEDIANTE LA ENTREGA DEL PRESENTE ESCRITO, PROPORCIONA SU CONSENTIMIENTO EXPRESO E INFORMADO PARA PROCEDER AL TRÁMITE DE SU DATOS PERSONALES DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS DESCRITOS. A CONTINUACIÓN LOS DATOS PERSONALES RECOGIDOS Y TRÁMITE POR ESTE SISTEMA SERÁN INCORPORADOS EN EL FICHERO PRSIC, CUYA FINALIDAD ES LA CENTRALIZACIÓN DE DATOS SOBRE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID, Y PODRÁN SER CEDIDOS A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, ADENAS DE OTRAS CEDIÓNES PREVISTAS EN LA LEY. EL ÓRGANO RESPONSABLE DEL FICHERO ES LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SERMIS. EL INTERESADO PODRÁ EJERCER SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN ANTE OTRO ÓRGANO, A TRAVÉS DE LAS SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN PRIMARIA Y SUMMA 12.





UBICACIÓN	<input type="checkbox"/> Centro habitual trabajo	Centro de trabajo no habitual		
	<input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada			
	<input type="checkbox"/> In itinere (Únicamente relacionado con la Actividad Asistencial)	Lugar donde se produce el incidente		
DATOS DEL AGRESOR(*)	Rango de Edad del Agresor: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado	<input type="checkbox"/> Familiar o acompañante de paciente	
	Sexo del Agresor: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paciente no hospitalizado	<input type="checkbox"/> Desconocido	
	Otros: <input type="text"/>			
(*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial				
DATOS DEL INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Agresión Física	<input type="checkbox"/> Amenazas	<input type="checkbox"/> Coacciones	<input type="checkbox"/> Daños materiales
	<input type="checkbox"/> Insultos, injurias, vejaciones	Otras: <input type="text"/>		
	Descripción del incidente	<input type="text"/>		
	Causas del incidente	<input type="text"/>		
Tipo de intervención durante el conflicto	<input type="checkbox"/> Seguridad Pública	Existencia de conflictos previos al incidente, indicar	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Seguridad Privada			
	<input type="checkbox"/> Compañeros			
	<input type="checkbox"/> Otros			

LUGAR DE LA AGRESIÓN





UBICACIÓN	<input type="checkbox"/> Centro habitual trabajo	Centro de trabajo no habitual	
	<input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada		
DATOS DEL AGRESOR(*)	Rango de Edad del Agresor: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado	<input type="checkbox"/> Familiar o acompañante de paciente
	Sexo del Agresor: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paciente no hospitalizado	<input type="checkbox"/> Desconocido
Otros: <input type="text"/>			
(*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial			
DATOS DEL INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Agresión Física	<input type="checkbox"/> Amenazas	<input type="checkbox"/> Coacciones
	<input type="checkbox"/> Insultos, injurias, vejaciones	<input type="checkbox"/> Daños materiales	
	Otras: <input type="text"/>		
	Descripción del incidente: <input type="text"/>		
Causas del incidente: <input type="text"/>			
Tipo de intervención durante el conflicto	<input type="checkbox"/> Seguridad Pública <input type="checkbox"/> Seguridad Privada <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Otros	Existencia de conflictos previos al incidente, indicar	<input type="text"/>

PERFIL
PERSONA
AGRESORA



UBICACIÓN	<input type="checkbox"/> Centro habitual trabajo	Centro de trabajo no habitual	
	<input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada		
	<input type="checkbox"/> In itinere (Únicamente relacionado con la Actividad Asistencial)	Lugar donde se produce el incidente	
DATOS DEL AGRESOR(*)	Rango de Edad del Agresor:	<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado	<input type="checkbox"/> Familiar o acompañante de paciente
	Sexo del Agresor:	<input type="checkbox"/> Paciente no hospitalizado	<input type="checkbox"/> Desconocido
		Otros:	
(*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial			
DATOS DEL INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Agresión Física	<input type="checkbox"/> Amenazas	<input type="checkbox"/> Coacciones
	<input type="checkbox"/> Insultos, injurias, vejaciones	<input type="checkbox"/> Daños materiales	
	Descripción del incidente	Otras:	
	Causas del incidente		
Tipo de intervención durante el conflicto	<input type="checkbox"/> Seguridad Pública <input type="checkbox"/> Seguridad Privada <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Otros	Existencia de conflictos previos al incidente, indicar	

AGRESIONES INVOLUNTARIAS
(pacientes psiquiátricos, con demencia...)



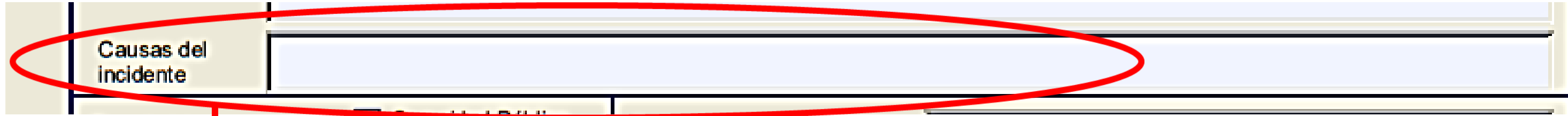
UBICACIÓN	<input type="checkbox"/> Centro habitual trabajo	Centro de trabajo no habitual		
	<input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada			
	<input type="checkbox"/> In itinere (Únicamente relacionado con la Actividad Asistencial)	Lugar donde se produce el incidente		
DATOS DEL AGRESOR(*)	Rango de Edad del Agresor:	<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado	<input type="checkbox"/> Familiar o acompañante de paciente	
	Sexo del Agresor:	<input type="checkbox"/> Paciente no hospitalizado	<input type="checkbox"/> Desconocido	
		Otros:		
(*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial				
DATOS DEL INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Agresión Física	<input type="checkbox"/> Amenazas	<input type="checkbox"/> Coacciones	<input type="checkbox"/> Daños materiales
	<input type="checkbox"/> Insultos, injurias, vejaciones	Otras:		
	Descripción del incidente			
	Causas del incidente			
	Tipo de intervención durante el conflicto	<input type="checkbox"/> Seguridad Pública <input type="checkbox"/> Seguridad Privada <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Otros	Existencia de conflictos previos al incidente, indicar	

TIPOS DE AGRESIONES



UBICACIÓN	<input type="checkbox"/> Centro habitual trabajo	Centro de trabajo no habitual	
	<input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada		
	<input type="checkbox"/> In itinere (Únicamente relacionado con la Actividad Asistencial)	Lugar donde se produce el incidente	
DATOS DEL AGRESOR(*)	Rango de Edad del Agresor:	<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado	<input type="checkbox"/> Familiar o acompañante de paciente
	Sexo del Agresor:	<input type="checkbox"/> Paciente no hospitalizado	<input type="checkbox"/> Desconocido
		Otros:	
(*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial			
DATOS DEL INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Agresión Física	<input type="checkbox"/> Amenazas	<input type="checkbox"/> Coacciones
	<input type="checkbox"/> Insultos, injurias, vejaciones	Otras:	<input type="checkbox"/> Daños materiales
	Descripción del incidente		
	Causas del incidente		
Tipo de intervención durante el conflicto	<input type="checkbox"/> Seguridad Pública <input type="checkbox"/> Seguridad Privada <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Otros	Existencia de conflictos previos al incidente, indicar	

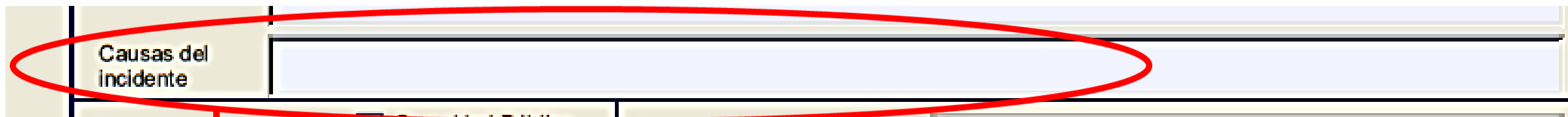




Relacionados con el paciente y/o acompañante	<ul style="list-style-type: none">• Desconocimiento: servicios ofertados, cartera de servicios, derechos y obligaciones• Trabajo con enfermos mentales y trastornos por adicción
--	---

FACTORES DE RIESGO

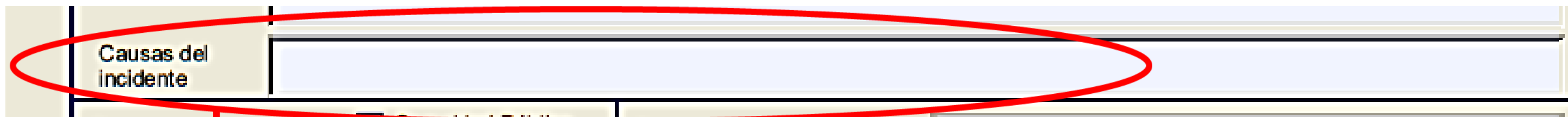




Relacionados con el paciente y/o acompañante	<ul style="list-style-type: none">• Desconocimiento: servicios ofertados, cartera de servicios, derechos y obligaciones• Trabajo con enfermos mentales y trastornos por adicción
Relacionados con el profesional	<ul style="list-style-type: none">• Dificultad habilidades de comunicación• Manejo situaciones conflictivas• Estrés laboral

FACTORES DE RIESGO

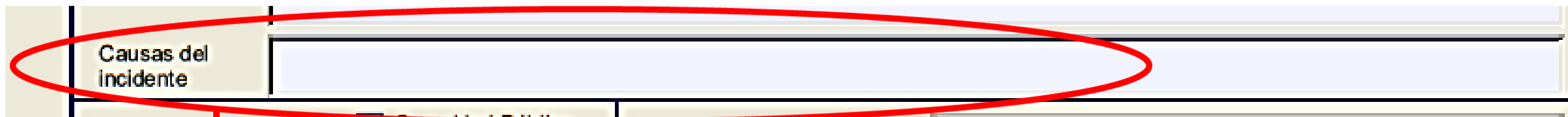




FACTORES DE RIESGO

Relacionados con el paciente y/o acompañante	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento: servicios ofertados, cartera de servicios, derechos y obligaciones • Trabajo con enfermos mentales y trastornos por adicción
Relacionados con el profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad habilidades de comunicación • Manejo situaciones conflictivas • Estrés laboral
Relacionados con la comunicación entre las partes	<ul style="list-style-type: none"> • Información insuficiente o poco comprensible • Desconocimiento del idioma

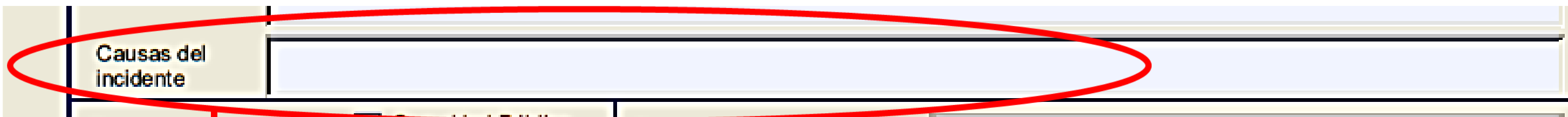




FACTORES DE RIESGO

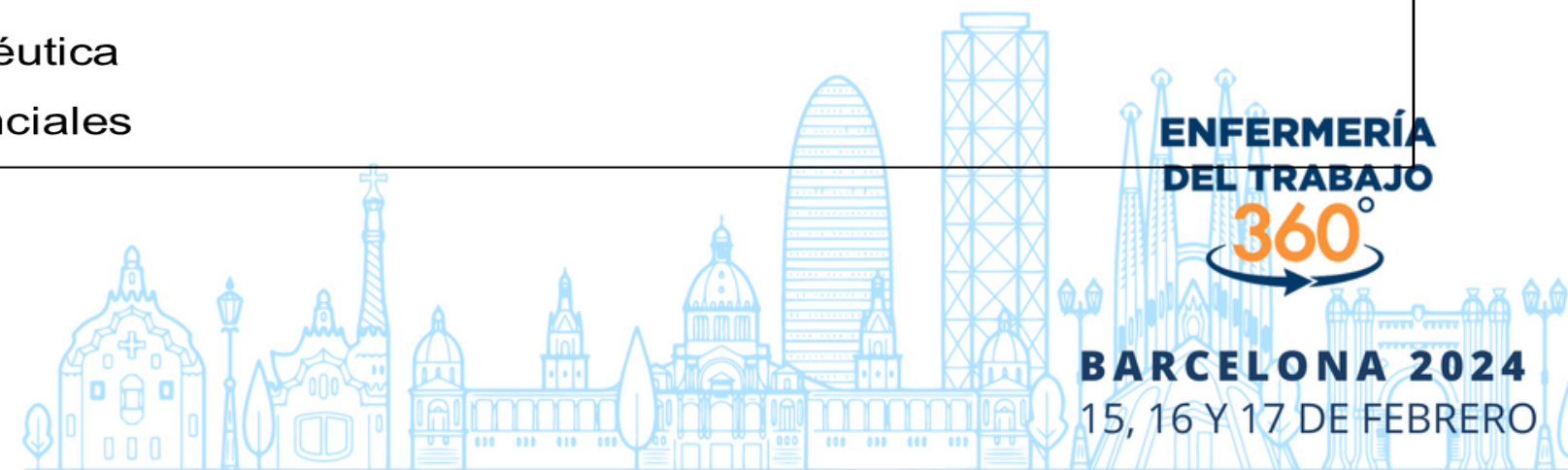
Relacionados con el paciente y/o acompañante	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento: servicios ofertados, cartera de servicios, derechos y obligaciones • Trabajo con enfermos mentales y trastornos por adicción
Relacionados con el profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad habilidades de comunicación • Manejo situaciones conflictivas • Estrés laboral
Relacionados con la comunicación entre las partes	<ul style="list-style-type: none"> • Información insuficiente o poco comprensible • Desconocimiento del idioma
Relacionados con la organización y condiciones del centro de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempos de espera prolongados, consulta tiempo limitado • Masificación en salas de espera • Insuficientes medidas de seguridad





FACTORES DE RIESGO

Relacionados con el paciente y/o acompañante	<ul style="list-style-type: none">• Desconocimiento: servicios ofertados, cartera de servicios, derechos y obligaciones• Trabajo con enfermos mentales y trastornos por adicción
Relacionados con el profesional	<ul style="list-style-type: none">• Dificultad habilidades de comunicación• Manejo situaciones conflictivas• Estrés laboral
Relacionados con la comunicación entre las partes	<ul style="list-style-type: none">• Información insuficiente o poco comprensible• Desconocimiento del idioma
Relacionados con la organización y condiciones del centro de trabajo	<ul style="list-style-type: none">• Tiempos de espera prolongados, consulta tiempo limitado• Masificación en salas de espera• Insuficientes medidas de seguridad
Relacionados con la propia actividad asistencial	<ul style="list-style-type: none">• Asistencia recibida• Prescripción farmacéutica• Derivaciones asistenciales






UBICACIÓN	<input type="checkbox"/> Centro habitual trabajo	Centro de trabajo no habitual	
	<input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada		
DATOS DEL AGRESOR(*)	Rango de Edad del Agresor: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado	<input type="checkbox"/> Familiar o acompañante de paciente
	Sexo del Agresor: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paciente no hospitalizado	<input type="checkbox"/> Desconocido
Otros: <input type="text"/>			
(*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial			
DATOS DEL INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Agresión Física	<input type="checkbox"/> Amenazas	<input type="checkbox"/> Coacciones
	<input type="checkbox"/> Insultos, injurias, vejaciones	<input type="checkbox"/> Daños materiales	
	Otras: <input type="text"/>		
	Descripción del incidente		
Causas del incidente			
Tipo de intervención durante el conflicto	<input type="checkbox"/> Seguridad Pública	<input type="checkbox"/> Seguridad Privada	<input type="checkbox"/> Compañeros
	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Existencia de conflictos previos al incidente, indicar	

REINCIDENTE
Persona que reitera actos violentos en el área asistencial y del cual se tienen registro de esa conducta



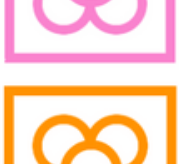
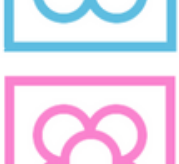
II CONGRESO INTERNACIONAL ENFERMERÍA DEL TRABAJO



 FORMULARIO DE REGISTRO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS CON CIUDADANOS EN LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS ADSCRITOS O DEPENDIENTES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD		
Alta del Incidente		
Nº Registro	Fecha del incidente (dd/mm/aaaa)	
Hora del incidente (hh:mm)		
DATOS DEL TRABAJADOR	Apellidos _____ Nombre _____ NIF/NIE _____	
	Fecha Nacimiento: _____ Sexo _____ Teléfono _____ Domicilio _____	
	Localidad _____ Provincia _____ CP _____	
	Área _____ Centro de Trabajo _____ Servicio o Unidad _____	
	Categoría _____ Especialidad _____	
DATOS DEL AGRESOR (*)	<input type="checkbox"/> Centro habitual trabajo Centro de trabajo no habitual <input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada Lugar donde se produce el incidente <input type="checkbox"/> In itinere (Únicamente relacionado con la Actividad Asistencial)	
	Rango de Edad del Agresor: _____ Sexo del Agresor _____ <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Familiar o acompañante de paciente <input type="checkbox"/> Paciente no hospitalizado <input type="checkbox"/> Desconocido Otros: _____	
	(*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial	
	<input type="checkbox"/> Agresión Física <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Coacciones <input type="checkbox"/> Daños materiales <input type="checkbox"/> Insultos, injurias, vejaciones Otras: _____	
DATOS DEL INCIDENTE	Descripción del incidente _____ Causas del incidente _____	
	Tipo de intervención durante el conflicto: <input type="checkbox"/> Seguridad Pública <input type="checkbox"/> Seguridad Privada <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Otros Existencia de conflictos previos al incidente, indicar _____	
CONSECUENCIAS DEL INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Parte de Lesiones <input type="checkbox"/> Precisa apoyo psicológico <input type="checkbox"/> Baja Laboral Fecha de Baja _____ <input type="checkbox"/> Denuncia Fecha de denuncia _____	
	Localización _____	
	Descripción de las Lesiones _____	
	Medidas tomadas por la Gerencia _____	
TESTIGOS	Nombre _____ Apellidos _____ DNI _____ Teléfono _____ Firma _____ Nombre _____ Apellidos _____ DNI _____ Teléfono _____ Firma _____ Nombre _____ Apellidos _____ DNI _____ Teléfono _____ Firma _____	
	Seguimiento del Incidente	
	Fecha de alta (si procedió IT) _____ Firma _____	
PROCEDIMIENTO JUDICIAL	ARCHIVO Fecha del archivo _____ <input type="checkbox"/> Por Renuncia <input type="checkbox"/> Por Decisión Judicial	
	JUICIO DE FALTAS Fecha de la sentencia _____ <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria	
	PROCEDIMIENTO ABREVIADO Fecha de la Sentencia _____ <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria	

EXPRESO E INFORMADO PARA PROCEDER AL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN. LOS DATOS PERSONALES RECOGIDOS Y TRATADOS POR ESTE SISTEMA SERÁN INCORPORADOS EN EL REGISTRO PRISIC, CUYA FINALIDAD ES LA CENTRALIZACIÓN DE DATOS SOBRE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID, Y PODRÁN SER CEDIDOS A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, ADENAS DE OTRAS CIONES PREVISTAS EN LA LEY, EL ÓRGANO RESPONSABLE DEL FICHERO ES LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO. EL INTERESADO PODRÁ EJERCER SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN ANTE DICHO ÓRGANO, A TRAVÉS DE LAS SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN PRIMARIA Y SUMMA112.





CONSECUENCIAS DEL INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Parte de Lesiones <input type="checkbox"/> Precisa apoyo psicológico <input type="checkbox"/> Baja Laboral Fecha de Baja: <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Denuncia Fecha de denuncia: <input type="text"/>		
	Gravedad: <input type="text"/>		
	Localización: <input type="text"/>		
Descripción de las Lesiones: <input type="text"/>			
Medidas tomadas por la Gerencia: <input type="text"/>			
TESTIGOS	Nombre: <input type="text"/> Apellidos: <input type="text"/> DNI: <input type="text"/> Teléfono: <input type="text"/> Firma: <input type="text"/>		
	Nombre: <input type="text"/> Apellidos: <input type="text"/> DNI: <input type="text"/> Teléfono: <input type="text"/> Firma: <input type="text"/>		
	Nombre: <input type="text"/> Apellidos: <input type="text"/> DNI: <input type="text"/> Teléfono: <input type="text"/> Firma: <input type="text"/>		
Seguimiento del Incidente		Fecha de alta (si procedió IT): <input type="text"/>	Firma
PROCEDIMIENTO JUDICIAL	ARCHIVO	JUICIO DE FALTAS	PROCEDIMIENTO ABREVIADO
	Fecha del archivo: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Por Renuncia <input type="checkbox"/> Por Decisión Judicial	Fecha de la sentencia: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria	Fecha de la Sentencia: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/> Sentencia Condenatoria
<small>DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (LOPD), EL ABAJO FIRMANTE MEDIANTE LA ENTREGA DEL PRESENTE ESCRITO, PROPORCIONA SU CONSENTIMIENTO EXPRESO E INFORMADO PARA PROCEDER AL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN. LOS DATOS PERSONALES RECOGIDOS Y TRATADOS POR ESTE SISTEMA SERÁN INCORPORADOS EN EL FICHERO PRPSC, CUYA FINALIDAD ES LA CENTRALIZACIÓN DE DATOS SOBRE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID, Y PODRÁN SER CEDIDOS A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, ADÉMÁS DE OTRAS CESIONES PREVISTAS EN LA LEY. EL ÓRGANO RESPONSABLE...</small>			

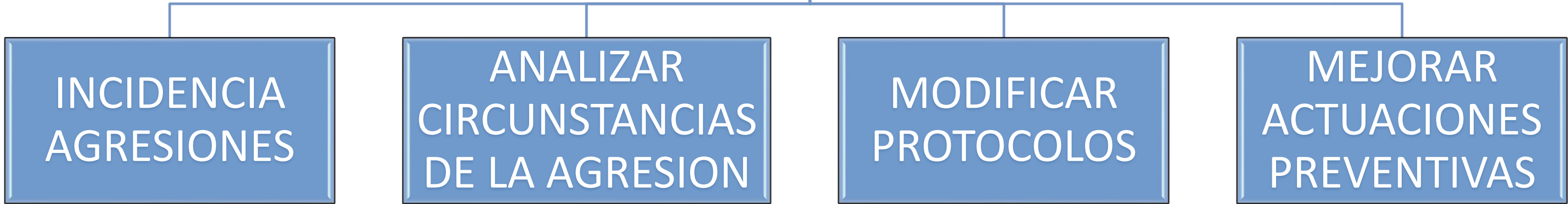
Recibirá asistencia sanitaria
Obtendrá informe médico y parte de lesiones

Recogida de datos procedimientos judiciales
Remitir a Gerencia del centro firmado





UTILIDAD FORMULARIO REMAC





Nº AGRESIONES REGISTRADAS EN REMAC

COMUNIDAD DE MADRID

AÑO	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nº situaciones conflictivas	1.936	2.033	2.247	1.368	1.752	2.133

Revisión sistemática sobre AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SECTOR SANITARIO EN ESPAÑA concluye, con porcentajes superiores al 80%, que no se registraron dichos incidentes y que los profesionales consideraron que no era útil notificarlos.

La infranotificación de las agresiones dificulta la evaluación correcta de las medidas preventivas.



BIBLIOGRAFÍA



1. Orden_212_2004_de_4_de_marzo_por_la_que_se_establecen_lineas_de_actuacion_frente_a_potenciales_situaciones_conflictivas_z0OdPA.pdf. Disponible en: http://orden_212_2004_de_4_de_marzo_por_la_que_se_establecen_lineas_de_actuacion_frente_a_potenciales_situaciones_conflictivas_z0OdPA.pdf/333165d5-2367-9a4f-6343-d0bd34478185?t=1691091430142



2. Gob.es. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/InformeAgresionesProfSNSalud2021.pdf>



3. Vicente MIA, Rodrigo MF, Dordá PJS, Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. Revista Espanola De Salud Pública [Internet]. 2019;93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100103



4. García-Pérez MD, Rivera-Sequeiros A, Sánchez-Elías TM, Lima-Serrano M. Violencia laboral en profesionales de la salud y subregistro: Caracterización y vacíos de conocimiento para la prevención. Enferm Clin.



5. Serrano Vicente MI, Rodrigo F, Pardo U, Satústegui Dordá PJ. Agresiones externas hacia los profesionales del servicio aragonés de salud en los servicios de atención primaria y especializada durante el año 2018. Rev Esp Salud Pública. 2018



6. Trabajo CH. Alta del Incidente [Internet]. Comunidad.madrid. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/rrhh/formulario_notificacion_agresiones_a_profesionales_sermas.pdf



7. Comunidad.madrid. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/protocolo_consejeria_cpsf_i_y_n_firmado_17092019.pdf



8. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf



¡Muchas gracias!



II CONGRESO INTERNACIONAL
ENFERMERÍA DEL TRABAJO

BARCELONA 2024
15, 16 Y 17 DE FEBRERO