



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Estudios de Doctorado en Psicología Social

**Persona y Sociedad en el Mundo
Contemporáneo**

**La reclamación como herramienta de violencia ocupacional. Un
estudio de la agresión verbal expresada en formularios de
reclamación en un hospital general**

TESIS DOCTORAL

Gloria M. Gálvez Hernando

Director

Dr. Josep M. Blanch Ribas

Directora

Dra. Clara Selva Olid

2017



**La reclamación como herramienta
de violencia ocupacional.**

**Un estudio de la agresión verbal expresada
en formularios de reclamación en un hospital
general.**

Gloria M. Gálvez Hernando

Estudios de Doctorado en Psicología Social
Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo

Director: Dr. Josep M. Blanch Ribas
Directora: Dra. Clara Selva Olid

2017

A José Miguel y a Miguel
Mis alas para volar

Agradecimientos institucionales

A M. Rosa Torres, Marta Solé y a Conchita Peña, por su confianza en mí al darme la oportunidad de trabajar en un centro de enorme prestigio, en el cual he podido realizar esta investigación.

Gracias a la Dirección-Gerencia del centro donde trabajo, por permitirme utilizar los datos que han sido analizados en este estudio, a la Dirección de Recursos Humanos y a la Secretaria Técnica, que me han facilitado los datos necesarios para poder completar el trabajo empírico.

Un enorme agradecimiento a los profesores del Departamento de Psicología Social de la Universidad Autònoma de Barcelona, en especial a Ana María Garay (in memoriam), que aquella tarde del mes de julio me animó a hablar y buscó personalmente al Dr. Josep M. Blanch para proponerle que dirigiera esta tesis.

Al grupo de investigación PETRO, coordinados por Josep María Blanch, y a sus integrantes: Estela, Paola, Javier, Elka, Maite, Clara, Salvador, Albert, Ingeborg, por sus enseñanzas durante nuestras reuniones.



Agradecimientos personales

Muchas personas, cuyos nombres no constan aquí, han sido de gran ayuda para que pueda presentar esta tesis y de este modo contribuir a generar conocimiento y ser útil para la sociedad. Gracias a todas las personas que de una manera u otra han participado en este proyecto de mi vida personal y profesional.

Un agradecimiento especial a mi familia: mi marido José Miguel Durán y mi hijo Miguel Durán, que han tenido la generosidad de ayudarme cediéndome parte de su tiempo para realizar esta investigación. A mi padre Teófilo (in memoriam), segura de lo orgulloso que se sentiría si hubiera visto finalizado este trabajo, a mi madre Juana y a mi hermano Adolfo.

A mi director de tesis, el Dr. Josep M^a Blanch, que empezó siendo el director de esta investigación y ha acabado siendo además un buen amigo, al que le debo en gran parte que esta tesis finalmente pueda ser presentada. Gracias por tu apoyo en los momentos más duros y por tu comprensión en las diferentes etapas de la tesis y, cómo no, por tus enseñanzas en investigación científica con rigor metodológico.

A Clara Selva, codirectora de la tesis que me ha dado soporte técnico y humano en momentos difíciles, que ha encontrado la manera de animarme para que no desfalleciera en la consecución de mi objetivo.

Un especial agradecimiento a Rafael Manzanera que, con sus ánimos y optimismo siempre presentes, me alentó a iniciar la andadura que hoy finaliza.

A Albert Navarro, Pablo Navarro y Toni Fernández que de manera altruista y desinteresada me han ayudado en la parte central del estudio empírico.

Con mucho cariño a las personas que forman parte de mi equipo de trabajo, M. Jesús, Sunsi, María, que con absoluto desinterés me han facilitado el acceso a los datos para el estudio empírico y en especial a Pilar Montero por su ayuda técnica y humana.

Resumen

Contexto

La reorganización de los servicios públicos de salud como empresas de mercado, en el marco de las transformaciones contemporáneas en el ámbito del trabajo, impulsadas por la Nueva Gestión Pública (NGP), redefinió algunos roles tradicionales de gestores, ciudadanos, pacientes y profesionales, y también aspectos de las relaciones entre ellos. Paralelamente al desarrollo de esta nueva realidad social, en el campo de los riesgos laborales, al lado de los de carácter físico, emergieron diversos tipos de riesgos psicosociales, entre los que figura la violencia ocupacional y su manifestación a través de las agresiones a profesionales de la asistencia sanitaria por parte de pacientes o de sus familiares o acompañantes.

Objetivo. Identificar, describir y definir formas de violencia ocupacional verbal manifestadas por escrito en formularios de reclamación por usuarios del sistema sanitario público, dirigidos hacia la institución o hacia los propios profesionales.

Método

Se seleccionaron n=201 expedientes de reclamación tramitados en un hospital de Barcelona entre enero de 2012 y junio de 2017, incluyendo todos ellos manifestaciones de violencia por escrito hacia los profesionales. Además, se analizó otro tipo de documentación que integra el expediente de reclamación como las alegaciones de profesionales implicados y, eventualmente, informes de responsables jerárquicos. En algunos casos, el expediente también contuvo notas manuscritas del personal de la Unidad de Atención a la Ciudadanía que le dio trámite a la reclamación.

Mediante un análisis mixto cuanti-cualitativo, se categorizaron las diferentes formas de expresión textual de violencia. Asimismo, el análisis de contenido de los textos escritos facilitó el conocimiento de las motivaciones de tales expresiones de violencia verbal, así como la versión que las víctimas objeto de la reclamación dieron de las circunstancias que rodearon el incidente. Además, en

expedientes de reclamaciones incluyendo quejas por el trato recibido, se pudo analizar también el informe de su responsable jerárquico.

Resultados

Del presente estudio se desprendió que la violencia verbal hacia profesionales sanitarios también se manifiesta por escrito a través de formularios de reclamación.

Los datos obtenidos pusieron en evidencia que, en el colectivo investigado, las mujeres (n=118) realizaron más reclamaciones con expresiones de violencia verbal que los hombres (n= 83). En general, el blanco de esta violencia protagonizada por mujeres estuvo constituido por otras mujeres, profesionales sobre todo de la medicina, pero también de enfermería. Por su parte, los hombres dirigieron mayoritariamente sus reclamaciones violentas hacia otros hombres. En numerosos casos, el escenario donde acontecieron los hechos que “motivaron” la reclamación fue el de las consultas ambulatorias.

El rasgo psicológico dominante en el perfil de las personas agresoras fue la frustración y la consiguiente insatisfacción por la atención recibida, siendo el “trato” el pretexto invocado con mayor frecuencia. Solo un porcentaje muy bajo de profesionales objeto de la reclamación violenta, notificó la agresión a la Unidad de Riesgos Laborales.

Conclusiones

Los formularios de reclamación de un hospital general son un contexto de expresión textual escrita de diversas formas de violencia ocupacional verbal por parte de usuarios del sistema público de salud y dirigida hacia los propios profesionales de la asistencia sanitaria o hacia la institución.

Resta para futuros estudios el análisis de los motivos de la infra-notificación por parte de los profesionales de las reclamaciones violentas que les afectan, así como la evaluación de las eventuales repercusiones psicológicas, físicas, económicas, laborales y profesionales de tal forma de violencia en la persona

agredida y también de su posible impacto en la organización hospitalaria y en el mismo sistema sanitario.

Palabras clave: Violencia ocupacional de terceros, agresión verbal, reclamación, hospital, riesgos psicosociales.

Resum

Context

La reorganització dels serveis públics de salut com a empreses de mercat, en el marc de les transformacions contemporànies en l'àmbit del treball, impulsades per la Nova Gestió Pública (NGP), va redefinir alguns rols tradicionals de gestors, ciutadans, pacients i professionals, i també aspectes de les relacions entre ells. Paral·lelament al desenvolupament d'aquesta nova realitat social, en el camp dels riscos laborals, al costat dels de caràcter físic, van emergir diversos tipus de riscos psicosocials, entre els quals figura la violència ocupacional i la seva manifestació a través de les agressions a professionals de l'assistència sanitària per part de pacients o dels seus familiars o acompanyants.

Objectiu. Identificar, descriure i definir formes de violència ocupacional verbal manifestades per escrit en formularis de reclamació per usuaris del sistema sanitari públic i dirigits cap a la institució o cap als propis professionals.

Mètode

Es van seleccionar $n = 201$ expedients de reclamació tramitats en un hospital de Barcelona entre gener de 2012 i juny de 2017, incloent tots ells manifestacions de violència per escrit cap als professionals. A més, es va analitzar un altre tipus de documentació que integra l'expedient de reclamació com les al·legacions de professionals implicats i, eventualment, informes de responsables jeràrquics. En alguns casos, l'expedient també va contenir notes manuscrites del personal de la Unitat d'Atenció a la Ciutadania que li va donar tràmit a la reclamació.

Mitjançant una anàlisi mixt quanti-qualitatiu, es van categoritzar les diferents formes expressió textual de violència. Així mateix, l'anàlisi de contingut dels textos escrits va facilitar el coneixement de les motivacions de tals expressions de violència verbal, així com la versió que les víctimes objecte de la reclamació van donar de les circumstàncies que van envoltar l'incident. A més, en expedients de reclamacions incloent queixes pel tracte rebut, es va poder analitzar també l'informe del seu responsable jeràrquic.

Resultats

Del present estudi es va desprendre que la violència verbal cap a professionals sanitaris també es va manifestar per escrit a través de formularis de reclamació.

Les dades obtingudes van posar en evidència que, en el col·lectiu investigat, les dones (n = 118) van realitzar més reclamacions amb expressions de violència verbal que els homes (n = 83). En general, el blanc d'aquesta violència protagonitzada per dones va estar constituït per altres dones professionals, sobretot de medicina, però també d'infermeria. Per la seva banda, els homes van dirigir majoritàriament les seves reclamacions violentes cap a altres homes. En nombrosos casos, l'escenari on van esdevenir els fets que "van motivar" la reclamació va ser el de les consultes ambulatories.

El tret psicològic dominant en el perfil de les persones agressores va ser la frustració i la consegüent insatisfacció per l'atenció rebuda, sent el "tracte" el pretext invocat amb més freqüència. Només un percentatge molt baix de professionals objecte de la reclamació violenta va notificar l'agressió a la Unitat de Riscos Laborals.

Conclusions

Els formularis de reclamació d'un hospital general són un context d'expressió textual escrita de diverses formes de violència ocupacional verbal per part d'usuaris del sistema sanitari públic i dirigida cap als propis professionals de l'assistència sanitària o cap a la institució.

Resta per a futurs estudis l'anàlisi dels motius de la infra-notificació per part dels professionals de les reclamacions violentes que els afecten, així com l'avaluació de les eventuais repercussions psicològiques, físiques, econòmiques, laborals i professionals de tal forma de violència en la persona agredida i també de la seva possible impacte en l'organització hospitalària i en el mateix sistema sanitari.

Paraules clau: Violència ocupacional de tercers, agressió verbal, reclamació, hospital, riscos psicosocials.

Summary

Context

The reorganization of public health services as market enterprises, within the context of contemporary transformations in the field of work, promoted by the New Public Management (NGP), redefined some traditional roles of managers, citizens, patients and professionals, and aspects of the relations between them. Parallel to the development of this new social reality, in the field of occupational hazards, alongside those of a physical nature, various types of psychosocial risks emerged, including occupational violence and its manifestation through aggression against health care workers by patients or their relatives or companions.

Objective. Identify, describe and define forms of verbal occupational violence expressed in writing on complaint forms by users of the public health system and directed towards the institution or towards the professionals themselves.

Method

N = 201 complaint files processed at a hospital in Barcelona between January 2012 and June 2017, including all manifestations of written violence against professionals, were selected. In addition, another type of documentation that integrates the complaint file was analyzed, such as the allegations of professionals involved and, possibly, reports of hierarchical leaders. In some cases, the file also contained handwritten notes from the staff of the Citizen Attention Unit that processed the complaint.

Through a mixed quantitative-qualitative analysis, the different forms of textual expression of violence were categorized. Likewise, the content analysis of the written texts facilitated the knowledge of the motivations of such expressions of verbal violence, as well as the version that the victims subject to the complaint gave of the circumstances surrounding the incident. In addition, in complaints files including complaints about the treatment received, the report of the person in charge of the complaint could also be analyzed.

Results

From the present study, it was revealed that verbal violence towards health professionals was also expressed in writing through claim forms.

The data obtained showed that, in the group investigated, women (n = 118) made more complaints with expressions of verbal violence than men (n = 83). In general, other professional women, especially of medicine, but also of nursing, constituted the target of this violence involving women. For their part, men mostly directed their violent claims to other men. In many cases, the scenario where the events that "motivated" the claim occurred was the outpatient consultations.

The dominant psychological feature in the profile of aggressors was frustration and consequent dissatisfaction with the attention received, with "treatment" being the most frequently invoked pretext. Only a very low percentage of professionals who were the object of the violent claim reported the aggression to the Occupational Hazards Unit.

Conclusions

The complaint forms of a general hospital are a context of written textual expression of various forms of verbal occupational violence by users of the public health system and directed towards the health care professionals themselves or towards the institution.

Subtraction for future studies is the analysis of the reasons for the under-reporting by professionals of the violent claims that affect them, as well as the evaluation of the possible psychological, physical, economic, labor and professional repercussions of such violence in the person assaulted and also of its possible impact in the hospital organization and in the same health system.

Keywords: Occupational violence of third parties, verbal aggression, claim, hospital, psychosocial risks.

Índice general

CONTENIDO	Pág.
Resumen/ Resum/ Abstract	11
Índice general	19
Índices de figuras, gráficos y tablas	23
Presentación	27
Introducción	31

PARTE I. MARCO TEÓRICO

1. Nueva organización y gestión de servicios	39
1.1 Buscando la eficiencia y productividad	41
1.2 Consecuencias de la Nueva Gestión Pública	46
1.3 Gobernabilidad y Gobernanza	47
1.3.1 Gobernabilidad	48
1.3.2 Gobernanza	49
1.4 Ciudadano o cliente	50
2. El nuevo orden sanitario	53
2.1 Transformaciones en los sistemas de salud	55
2.2 La Nueva Gestión Pública en el sistema sanitario	57
2.3 Modelos de sistemas sanitarios	60
2.3.1 Modelo de Seguridad Social	60
2.3.2 Modelo de Sistema Nacional de Salud	61
2.3.3 Modelo Liberal	63
2.4 Modelos de sistemas sanitarios en las sociedades occidentales	64
2.4.1 Modelo de EEUU	64
2.4.2 Modelo de Reino Unido	64
2.4.3 Modelo Sueco	65
2.4.4 Modelo de Nueva Zelanda	66
2.4.5 Modelo Español	67
2.4.5.1 Evolución del sistema sanitario desde el punto de vista macroeconómico	70
2.4.5.2 Descentralización territorial de la sanidad	71
2.4.5.3 Profesionalización de la asistencia sanitaria	74
2.4.5.4 Cambio del Modelo Sanitario en España	76

2.4.5.5 Modelo Sanitario Catalán	79
3. Relación paciente-profesional	83
3.1. Relación paciente-profesional en el nuevo entorno sanitario	85
3.2. Cambio de roles	90
3.2.1 La alfabetización en salud	90
3.2.2. La eSalud y la salud 2.0	92
3.2.3 El e-paciente	96
3.2.4 El paciente empoderado	96
3.2.5 El paciente experto	97
3.3 Percepciones, actitudes y conductas	99
4. Riesgos psicosociales en el trabajo	103
4.1 Riesgos psicosociales en el trabajo asistencial sanitario	105
4.1.2 Estrés laboral y <i>burnout</i>	105
4.2 Violencia ocupacional como riesgo psicosocial	109
4.2.1 Concepto de violencia	109
4.2.2 Formas y dimensiones de la violencia ocupacional	116
4.2.3 Tipos de violencia	123
4.2.3.1 Violencia Ocupacional Interna	123
Acoso laboral/Mobbing	123
Acoso sexual	126
4.2.3.2 Violencia Ocupacional Externa en el sector sanitario	127
Infra notificación	130
Detección temprana y prevención	132
Violencia verbal escrita	134
PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO	135
5. Justificación y objetivos	137
5.1 Justificación	139
5.2 Objetivos	140
6. Método	141
6.1. Diseño	143
6.2 Corpus de la investigación	145
6.3 Criterios de inclusión	146
6.3.1 Población de estudio	147
6.3.2 Datos demográficos	147

6.4 Recogida de información	151
6.4.1 Variables introducidas y estudiadas	152
6.5 Aspectos éticos de la investigación	155
7. Resultados	157
7.1. Análisis cuantitativo	159
7.2. Análisis cualitativo	171
8. Discusión	177
9. Conclusiones	193
10. Referencias	199
Anexos	245
1. Glosario	247
2. Dictamen favorable CEI	253
3. Hoja oficial de reclamaciones	255
4. Instrucción CatSalut Reclamaciones y Sugerencias	256
5. Definición, clasificación y codificación de motivos	261
6. Circuito gestión reclamaciones	264
7. Procedimiento gestión de reclamaciones	265

Índice de figuras

FIGURA		PÁG.
Figura 1.	Administración pública vs Nueva Gestión Pública	45
Figura 2.	Burocratización vs nuevo modelo gerencial	46
Figura 3.	Origen de los Sistemas Sanitarios Públicos en Europa	60
Figura 4.	Modelo Sanitario Bismark	61
Figura 5.	Modelo Sanitario Beveridge	62
Figura 6.	Evolución histórica del Servicio Nacional de Salud en España S. XIX	68
Figura 7.	Evolución histórica del Servicio Nacional de Salud en España S. XX	69
Figura 8.	Regiones Sanitarias de Cataluña	81
Figura 9.	Declaración de los pacientes de Barcelona 2003	86
Figura 10.	Violencia laboral: Un modelo interactivo	113
Figura 11.	Factores de riesgo de violencia ocupacional	115
Figura 12.	Elementos de prevención de la violencia en el lugar de trabajo	115
Figura 13.	Pregunta de la encuesta Eurofound 2015(a)	120
Figura 14.	Pregunta de la encuesta Eurofound 2015(b)	120
Figura 15.	Consecuencias de la violencia en el comportamiento y en la salud	122
Figura 16.	Tipología de técnicas de análisis cualitativo	144

Índice de tablas

TABLA	PÁG.
Tabla 1. Riesgos laborales psicosociales en Europa	107
Tabla 2. Factores de riesgo psicosocial	107
Tabla 3. Absentismo laboral y número de días de baja por problemas laborales	112
Tabla 4. Variables introducidas en la matriz Excel	153
Tabla 5. Estamento de la víctima según sexo/género y tipo de agresor	164
Tabla 6. Tipo de agresor y pretexto utilizado según sexo/genero	164
Tabla 7. Tipo de violencia por sexo/genero según tipo de agresor	165
Tabla 8. Tipo de violencia por sexo/genero según tipo pretexto	166
Tabla 9. Agresor según sexo/género y víctimas según sexo/genero	166
Tabla 10. Tipo de agresor y lugar de la agresión	167
Tabla 11. Pretexto y lugar de la agresión	167
Tabla 12. Pretexto y estamento de las víctimas	168
Tabla 13. Meta categoría y tipo de violencia	168
Tabla 14. Estamento de la víctima por sexo/genero según meta categoría de la agresión	169
Tabla 15. Meta categoría y lugar de la agresión	169
Tabla 16. Meta categoría y pretexto utilizado	170
Tabla 17. Citas correspondientes a la meta categoría “agresión contra la persona”	172
Tabla 18. Citas correspondientes a la meta categoría “agresión contra la imagen personal”	173
Tabla 19. Confrontación de diálogos agresor/víctima (a)	174
Tabla 20. Confrontación de diálogos agresor/víctima (b)	174
Tabla 21. Confrontación de diálogos agresor/víctima (c)	174
Tabla 22. Confrontación de diálogos agresor/víctima/responsable jerárquico	175

Índice de gráficas

GRÁFICA	PÁG.
Gráfica 1. Promedio de plantilla de la población estudiada durante el periodo estudiado	147
Gráfica 2. Promedio de plantilla profesionales de la medicina durante el periodo estudiado	148
Gráfica 3. Promedio de plantilla profesionales de la enfermería durante el periodo estudiado	149
Gráfica 4. Promedio de plantilla profesionales “otros” durante el periodo estudiado	149
Gráfica 5. Promedio de plantilla de la población estudiada durante el periodo estudiado según sexo/genero	150
Gráfica 6. Reclamaciones con violencia según pretexto invocado	160
Gráfica 7. Tipo de violencia según quien la manifiesta	161
Gráfica 8. Tipo de violencia según estamento agredido	161
Gráfica 9. Tipo de violencia según pretexto	162
Gráfica 10. Tipo de violencia según ubicación	163
Gráfica 11. Actividad hospitalaria realizada durante el periodo estudiado en las áreas de estudio	163

Presentación

En mi vida profesional he tenido la suerte de trabajar en diferentes instituciones sanitarias públicas que me han permitido tener contacto directo con pacientes y usuarios; en una primera etapa desde la vertiente asistencial y más tarde desde la gestión.

En cada institución en la que he trabajado he podido relacionarme con personas que me han aportado conocimientos desde el lado más humano y profesional. Además, he tenido la suerte de poder colaborar con profesionales inquietos, personas que han acabado formando parte de mi entorno más cercano y que me han transmitido esa inquietud por aprender cada día más en todo lo relacionado con mi profesión.

Esa inquietud es la que me llevó hace unos años a iniciar esta aventura que concluye con este estudio, en el que he aportado toda mi experiencia y con el que he aprendido cuestiones importantes que sin duda podré poner en práctica en mi día a día.

Esta investigación tuvo su origen a partir de preguntas planteadas durante el ejercicio de mis actividades profesionales, preguntas a las que intuía una respuesta con algunas hipótesis, pero que no disponía de evidencia científica para corroborarlas.

Gracias a la culminación de este estudio, tengo respuesta para muchas de ellas, si bien quedan pendientes algunas otras a las que, sin duda, responderán futuras investigaciones.

Espero continuar aprendiendo, buscando y encontrando respuestas a cuestiones clave que aporten conocimiento al mundo sanitario, a las interrelaciones pacientes, familiares y profesionales y a la sociedad en general.

Deseo que disfruten con la lectura de este trabajo.

Introducción

Los servicios de salud cada vez utilizan con más frecuencia los datos de encuestas para auto evaluarse y acreditarse. La satisfacción del paciente es la evaluación emocional de su experiencia en la institución sanitaria, asociada en muchos sistemas sanitarios con un aumento de la cuota de mercado, ganancias financieras y altas tasas de reembolso y disminución del número de reclamaciones.

Existen factores que pueden mejorar la satisfacción del paciente, como una buena comunicación médico-paciente, recibir las expectativas adecuadas en relación con el acto asistencial, reducir los tiempos de espera y la continuidad asistencial. La satisfacción del paciente variará en función del tipo de atención que ha recibido, así no será lo mismo la satisfacción tras un acto quirúrgico que la visita a una consulta ambulatoria (Shirley & Sanders, 2013).

La actual crisis económica ha ejercido gran presión en los sistemas sanitarios y los gobiernos han respondido recortando los presupuestos en ayudas sociales, educación y sanidad y bajando los sueldos de los funcionarios (Castellanos, & Reyes, 2016). En España, se ha dado respuesta a la crisis con medidas de austeridad, que han afectado fundamentalmente a la asistencia sanitaria (Legido-Quigley, Otero, La Parra, Alvarez-Dardet, Martin-Moreno & McKee, 2013), con legislación como el Real Decreto Ley 16/20126 que excluyó de la cobertura sanitaria pública a los inmigrantes irregulares.

La eficacia y eficiencia de los servicios públicos y en concreto de los servicios sanitarios que promulga la Nueva Gestión Pública (NGP), ha pasado a formar parte de la vida cotidiana de la ciudadanía que lo ha vivido con gran interés y preocupación. Este interés ha sido canalizado por la Administración impulsando la participación ciudadana, incluyéndola en la evaluación de los servicios sanitarios. La incorporación de la visión del paciente ya se había ensayado durante la década de los 80, especialmente en el National Health Service (NHS) de Reino Unido con una serie de ensayos publicados por la King's Fund, Public Participation in Health. La incorporación de la ciudadanía a la definición de los sistemas sanitarios se ha dado por un lado, por el supuesto incremento del gasto público y la crisis del Estado del Bienestar y por otro lado, por la evolución de la

relación médico-paciente que ha cambiado en las últimas décadas pasando del modelo paternalista definido por Parsons (Parsons, 1951) hasta llegar a la actual idea del “empoderamiento” del paciente (patient empowerment), en que la relación se basa en la negociación y en el intercambio financiero (Kaba y Sooriakumaran, 2007), pasando por la relación entre iguales, basada en la confianza mutua. En la evolución de estos tipos de relación, la interpelación de los elementos emocionales, culturales y racionales, han propiciado la redefinición de los roles médico-paciente (Salter, 2004).

Así, y a pesar de que la mayoría de pacientes consideran que la comunicación y la relación personal en la atención sanitaria son los aspectos más importantes en su experiencia sanitaria, desde el ámbito de la gestión la atención se ha centrado en el control del gasto. Con este telón de fondo, la ciudadanía se ha hecho más crítica con la atención recibida y se ha organizado para reclamar sus derechos y participar activamente en la planificación de los servicios sanitarios. Paralelamente, está presente el importante papel de los profesionales sanitarios, que actúan como nexo de unión entre la administración sanitaria y los pacientes, y sobre los que recae gran parte de la responsabilidad de la percepción que estos tienen sobre el servicio recibido (Jaráiz, Lagares & Pereira, 2013).

En este contexto, la Violencia Ocupacional (VO) aparece como un factor de riesgo psicosocial relevante para la calidad de vida laboral de los profesionales de la salud, así como para la calidad del servicio que prestan a los pacientes y a la ciudadanía en general.

El ámbito laboral, donde interaccionan profesionales, pacientes y familiares, es un espacio donde también se dan diferentes formas de violencia, física, verbal y psicológica. Las formas de violencia en el trabajo son manifestadas por las personas agresoras de diferentes formas: gestos, comportamientos disruptivos, que durante muchos años han sido tolerados atendiendo al momento de estrés emocional que estaban viviendo los pacientes.

En los últimos años ha habido una progresiva sensibilización en relación a esta problemática que ha contribuido a que las múltiples modalidades de violencia

laboral sean tratadas desde el ámbito psicológico, político, social, cultural y laboral.

El objetivo general de esta tesis es identificar, describir y definir formas de violencia ocupacional verbal manifestadas por escrito en formularios de reclamación por usuarios del sistema sanitario público y dirigidos hacia la institución o hacia los propios profesionales.

De este objetivo general derivan dos **objetivos específicos**:

Teórico: establecer un marco conceptual de referencia a partir de la revisión de la literatura sobre violencia ocupacional en general, y especialmente de la referida al ámbito sanitario.

Empírico: explorar, identificar y describir expresiones de violencia contenidas en textos escritos de las hojas de reclamación de un hospital general.

PARTE I

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

Nueva organización y gestión de servicios

1. 1 Buscando la eficiencia y productividad. La Nueva Gestión Pública

La sociedad ha experimentado una extraordinaria transformación en las últimas décadas. Gracias a la diversificación y multiplicación de los canales de comunicación, la población accede a la información en tiempo real desde distintas partes del mundo. Esto ha provocado un cambio en el modo de vida de las personas y en la manera de actuar de los gobiernos, facilitando el intercambio de productos y servicios, lo cual ha dado lugar al fenómeno de la globalización y de una nueva forma de entender el Estado, reduciendo el poder estatal y estimulando la iniciativa privada.

Estos procesos han hecho que la ciudadanía pida una menor intervención del Estado en el sector privado, y que haya un mayor control sobre las actuaciones de las instituciones y los funcionarios (Quintero, 2010). En este contexto, el Estado propicia el surgimiento y fortalecimiento de la iniciativa privada y que los beneficios que se deriven de esta, se distribuyan equitativamente entre la ciudadanía.

Para ello, la administración pública ha tenido que modernizarse y ha pasado de un modelo weberiano caracterizado por las comunicaciones formales, procedimientos estandarizados, división de las tareas y rígidas jerarquías, a un modelo más flexible, transparente y orientado a satisfacer las necesidades de la ciudadanía con el objetivo de ser más eficiente y efectiva, dejando de lado el burocratismo, al cual se le asigna la responsabilidad de los problemas y la crisis de la administración pública (Vélez, 2011).

Este modelo comenzó a implementarse en los años 80-90 por gobiernos neoliberales, como Estados Unidos, Suecia, Nueva Zelanda o Reino Unido, y adoptado más tarde por gobiernos socialdemócratas (Arellano, 2004; Ugalde y Homedes, 2005; Fernández, 2007; Pollitt y Bouckaert, 2007; Eliassen y Sitter, 2008; Pillay, 2008; Christensen y Lægreid, 2013).

La Nueva Gestión Pública (de ahora en adelante NGP) fue bien acogida en países con estructuras administrativas tan diferentes como EEUU y Suecia, aprovechando una coyuntura en la que los trabajadores públicos no cobraban incentivos individuales y era difícil rentabilizar los resultados. Los grupos privados ayudaron a legitimar este nuevo tipo de gestión aprovechando los puntos débiles del sector público, como son las listas de espera en los sistemas sanitarios (Miragaya, 2003).

La justicia no es la principal preocupación para la NGP, entendiendo que esta aparecerá cuando la intervención pública se racionalice. El objetivo principal de la NGP es la eficiencia, sin embargo, la necesidad de desregular ha surgido en el momento en que se ha visto que las reglas y procedimientos podrían convertirse en un obstáculo de la eficiencia (OCDE, 1996).

Según Olías de Lima Gete (2001), hay una amplia variedad de enfoques o teorías sobre las que se asienta la NGP:

- a) La Elección Pública o Public Choise.
- b) Los Costes de Transacción.
- c) El Neo-Taylorismo.
- d) La Teoría de la Agencia.

Veamos cada una por separado.

1. La Elección Pública o *Public Choise*.

Basada en los problemas que plantea la burocracia administrativa en el sector público definidos por Downs (1967). Se trata de contratar servicios externos para aumentar la eficacia y evitar las ineficiencias de la burocracia (Buchanan, 1954).

Para evitar el monopolio se ponen en marcha medidas como:

- a) Aumentar la competitividad en los servicios públicos.
- b) Externalizar servicios públicos para reducir el gasto.

- c) Dar información sobre alternativas a los servicios públicos más competitivos.
- d) Estricto control sobre la burocracia.

2. Teoría de los costes de transacción.

Cuanto mayores sean los costes de transacción externos, más rentable será producir dentro de la administración. La intervención pública termina cuando se igualan los costes al contratar con el exterior. Esto implica que la administración pública incorporará mecanismos de control similares a los del mercado para asegurar el equilibrio de costes (Boston, 1996).

3. Neo-Taylorismo.

Según este enfoque, la administración pública requiere un sistema de gestión adecuado y un perfil de gestor público que consiga hacerla eficiente (Peters y Waterman, 1982). Para ello es necesaria la transformación de los organismos y sistemas públicos para mejorar su eficacia y eficiencia, tener capacidad de adaptación y de innovación. Esto se consigue cambiando el propósito, responsabilidad, estructura de poder, cultura e incentivos del gobierno (Osborne y Plastrik, 1998).

Para ello propone una serie de técnicas:

- a) Separación entre política y gestión.
- b) Profesionalización de la gestión.
- c) Responsabilidad y rendición de cuentas.
- d) Mecanismos para incentivar logros y sancionar fallos.

4. Teoría de la Agencia

Se requiere un adecuado sistema de control y una buena delimitación de las responsabilidades de los agentes (individuos contratados). El objetivo es mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios públicos, para ello la NGP utiliza herramientas de gestión empresarial y disciplinas afines (Vigoda, 2008)

La NGP diferencia entre proveedores y usuarios, fragmentando los servicios públicos en unidades de gestión independientes, de esta forma promueve una gestión basada en la obtención de resultados tangibles (Kalimullah et al., 2012). La implementación del nuevo Modelo de Gestión Pública, implica una importante transformación en las relaciones entre el sector público y privado, que Kalimullah et al., (2012) encuadran en cuatro categorías:

- a) **Estado racionalizado o *lean state*.** Tiene que ver con una administración denominada *Lean Management*, que persigue la eficiencia mediante un proceso de mejora continua, utilizando el potencial de los trabajadores públicos en una estructura organizativa horizontal, orientada a la consecución de objetivos y basada en procesos.

Dependiendo de las necesidades de la ciudadanía, el Estado da respuesta a aquellas necesidades a las cuales no puede dar respuesta el mercado privado. En el resto de los casos, la administración regula los servicios y potencia las interacciones entre el sector público y privado.

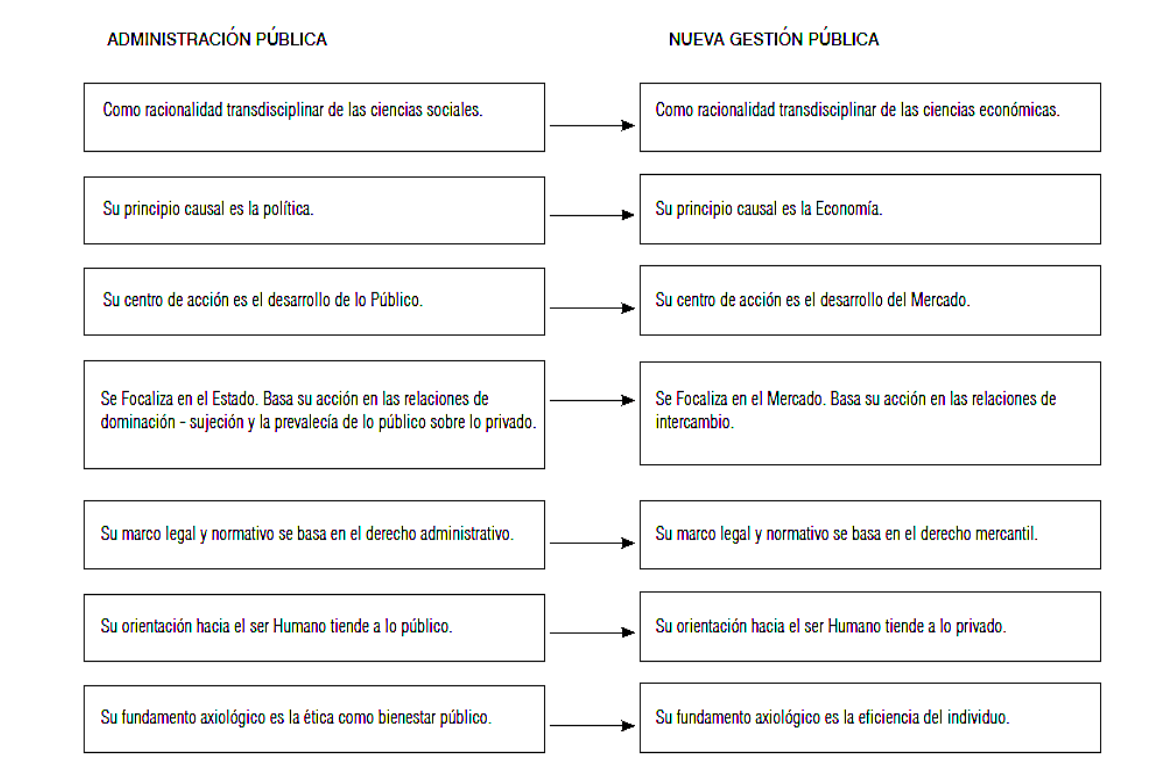
- b) **Separación de los niveles estratégico y operativo.** Es fundamental la división entre la esfera política (gestión estratégica) y la administrativa (de carácter operativo). En base a las líneas estratégicas establecidas por la esfera política, se concretarán los servicios ofrecidos a la ciudadanía. De esta manera, los intereses políticos no influyen en la parte operativa ni los funcionarios intervienen en la decisión de las políticas públicas.
- c) **Nueva actitud de servicio.** La NGP está orientada a identificar y satisfacer, de la manera más eficiente, las necesidades de la ciudadanía, de acuerdo con estrictos sistemas de calidad. Así pues, la ciudadanía adquiere una enorme relevancia en la NGP.
- d) **Nuevo modelo de gestión.** Inspirado en una estructura gerencial del mismo modo que se organizan las empresas privadas.

Este nuevo modelo de gestión se caracteriza por:

- a) La gestión orientada a la consecución de resultados.
- b) Orientada a las demandas del mercado.
- c) Promoción de la competencia.
- d) Enfocada en la calidad de los productos.
- e) Compromiso de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos.

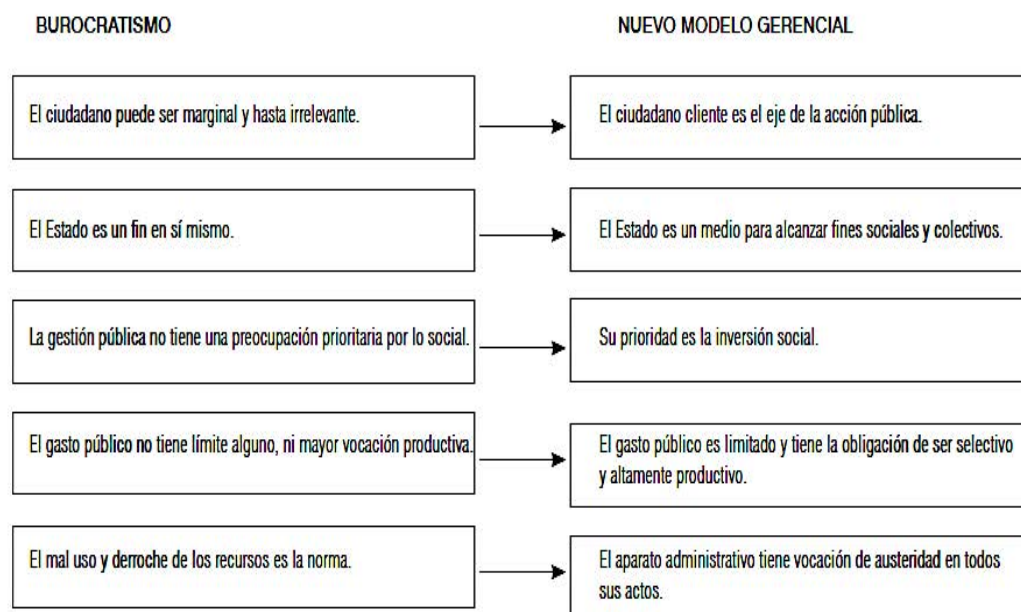
Las ventajas con respecto al modelo tradicional burocrático están relacionadas con las herramientas con las que se dota a gerentes y funcionarios para realizar sus tareas de forma flexible, eficiente y transparente, estimulando el liderazgo y la innovación, además de poner en el centro del modelo a la ciudadanía, siendo el objetivo fundamental de la administración pública tramitar eficazmente sus demandas, garantizando la prestación de servicios de calidad, ajustados a sus necesidades (Martínez, Monreal-Bosch, Perera & Selva, 2016; Quintero, 2010) (Ver figura 1, 2).

Figura 1
Administración pública vs Nueva Gestión Pública



Fuente: Recuperado de Vélez, (2011).

Figura 2
Burocratismo Vs nuevo modelo gerencial



Fuente: Recuperado de Vélez, (2011).

1.2 Consecuencias de la NGP

Según Arellano y Cabrero (2005), la NGP ha traído consecuencias consigo:

- Las organizaciones públicas sólo producen los servicios que los individuos no son capaces o no están dispuestos a producir.
- El objetivo final del gobierno es disponer de servicios públicos eficientes.
- Visión individualista del mundo por parte del gobierno y de las organizaciones públicas.

El elevado déficit público, provoca el aumento de las demandas sociales que cada vez son más importantes, lo cual trae consigo la elaboración de unas determinadas políticas públicas cada vez más restrictivas por la falta de presupuestos y esto, al mismo tiempo, la pérdida de credibilidad en la NGP como garante del bienestar de la ciudadanía (Sánchez, 2007).

En este contexto teórico, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (en adelante OCDE) ha instrumentado ocho estrategias para aplicar en la NGP (Buchelli y Ospina, 2010):

- a) Dar al administrador libertad en las decisiones, facultad de decisión y flexibilidad en el manejo de recursos públicos.
- b) Asegurar el desempeño, el control y la rendición de cuentas.
- c) Desarrollar la competencia y la elección.
- d) Proveer servicios corresponsabilizando a los ciudadanos.
- e) Mejorar la gerencia de recursos humanos.
- f) Optimizar las tecnologías de la información.
- g) Mejorar la calidad de la regulación.
- h) Fortalecer las funciones de dirección del gobierno central.

Así pues, la NGP rediseñó los servicios públicos tomando las empresas privadas como modelo, lo cual ha tenido como consecuencia la modificación de las condiciones laborales de los trabajadores. En general, y en particular en los servicios sanitarios, se da una creciente tensión al haber un aumento de las demandas por parte de la ciudadanía y una disminución de los recursos disponibles para dar respuesta a estas demandas.

A este contexto, se ha sumado la crisis económica de los últimos años, que ha afectado de manera particular a los países del sur de Europa, lo cual ha provocado un aumento de recortes presupuestarios y la aplicación de medidas gerenciales para contener el gasto (Blanch, 2014).

1.3 Gobernabilidad y Gobernanza

Los problemas de eficacia y eficiencia de la NGP han tenido su respuesta por parte de los gobiernos de la mano de la Gobernabilidad y la Gobernanza (Aguilar, 2010).

1.3.1 Gobernabilidad

Según Villanueva (2015), la Gobernabilidad se ocupa de gestionar los recursos y capacidades del gobierno para gobernar la sociedad. La Gobernanza tiene que ver con el proceso directivo, en el que el gobierno tiene un papel clave en determinadas materias, pero ya no es el único protagonista.

Según De León (2013), se entiende por “buen gobierno” aquél que gestiona de manera eficiente los fondos públicos, con eficacia la interacción entre agentes y proveedores, y con legitimidad los servicios que produce. Estos tres elementos forman el modelo de gobernabilidad de la NGP. Por contra, si no se cumplen estas tres características, estamos frente a una situación de ingobernabilidad.

Según Foucault para averiguar el significado de gobernabilidad primero hemos de entender lo que pasa en el campo de la ingobernabilidad Foucault, (1988). Foucault cuestiona la naturaleza del orden social actual y ve al gobierno como una técnica de auto-control y de control de las poblaciones. Según esto, la gubernamentalidad se refiere a una forma específica de poder, donde la sociedad disfruta de un poder descentralizado y en la que sus miembros juegan un papel activo en su propio autogobierno. Precisamente por este papel activo, la ciudadanía necesita ser regulada desde dentro.

En este contexto, la política nace como resistencia a la gubernamentalidad. la primera sublevación, el primer enfrentamiento (Foucault, 2009).

“El individuo busca la verdad y de esta forma pasará a ser dueño de sí mismo, donde el saber reemplace las reglas impuestas” (p. 451).

Norberto Bobbio (1985) introduce el concepto de ingobernabilidad como resultado de la desproporción entre las demandas de la ciudadanía y la capacidad del sistema político para dar respuesta.

La sociedad tiene diferentes esferas institucionales: (familia, escuela, prisión...), donde cada esfera tiene su propio gobierno en base al conocimiento de los sujetos que la integran. De esta forma, el conocimiento de los sujetos, permite gobernar

su comportamiento en función de los diferentes contextos. (Rivera, 2014, 2016 a, b, c, d).

1.3.2 Gobernanza

Tras el modelo burocrático-weberiano (centralista-jerárquico) y el gerencialista (gestión privada en la Administración Pública), el Modelo de Gobernanza se empezó a utilizar a partir de la segunda mitad de los años 90 por los países de nuestro entorno. Se trata de un modelo de gestión en red, más cooperativo, en el que actores estatales y no estatales participan en redes mixtas público-privadas. Se define como la forma en que se ejerce autoridad política, administrativa o social, para mejorar la eficacia y eficiencia de las organizaciones gubernamentales. Hufty (2008) propone adoptar la definición del Banco Mundial de 1992 según la cual la Gobernanza se ejerce en los recursos económicos y sociales de un país para su desarrollo.

El paso del fordismo keynesiano al nuevo capitalismo postmoderno como consecuencia de la globalización económica neoliberal, la innovación tecnológica y la flexibilidad en la organización del trabajo, ha provocado un cambio en las formas de producir, consumir, pensar, actuar y comunicarse en el trabajo. A partir de estas dinámicas emerge la nueva sociedad-red (Castells, 2000; 2009).

Según Díaz de León (2013) la Gobernanza tiene algunos retos:

- a) La transversalidad entre gobierno y sociedad, lo cual requiere de una capacidad de coordinación, compromiso y responsabilización.
- b) Definir, consensuar y priorizar acciones y objetivos, así como los medios para lograrlos.
- c) Definir los roles del gobierno para que asuma sus funciones de manera responsable y transparente.

Como resultado de la globalización económica, la innovación tecnológica y la flexibilización organizacional del trabajo, ha emergido el concepto de capitalismo organizacional (Garrido-Pinzón, Blanch, Uribe-Rodríguez, Flórez Acevedo, y

Pedrozo, 2011; Selva y Tresserra, 2013; 2014; 2017). Este concepto está relacionado con la internacionalización de las empresas que ha provocado una mayor competitividad para poder incrementar su producción y reducir costos (Antunes y Alves, 2004; Barattini, 2009; Bourdieu, 2000; Useche, 2002). En esta línea, se hace necesaria la innovación tecnológica, lo cual genera nuevos y mayores retos en las organizaciones, que contribuyen a aumentar la competitividad (Garrido-Pinzón; Blanch; Uribe-Rodríguez; Flórez Acevedo y Pedrozo Sánchez, 2011).

La calidad es otro de los componentes de la NGP. El concepto fue adoptado de países como EEUU y Japón, dando como resultado el impulso de la investigación a través de encuestas y entrevistas a los consumidores, gracias a lo cual, la satisfacción del cliente pasó a ser un elemento transcendental en los programas de calidad enfocados a su satisfacción (Moyado, 2002).

1.4 Ciudadano o cliente

El concepto de ciudadano-cliente es uno de los pilares de la NGP, en la que los estados actúan como mercados y los ciudadanos como clientes. Según López (2005) la NGP propone un cambio en las reglas entre proveedores y destinatarios de los servicios públicos, destinado a la “orientación hacia el cliente”. De este modo hay mayor preocupación por satisfacer las demandas de la ciudadanía, con servicios que han establecido sistemas para el control de la calidad, y en el caso de que esta sea deficiente, fijar mecanismos que puedan compensar al cliente.

En esta nueva forma de entender la gestión pública, se pasa de ciudadano a cliente, propietario económico y político de la Administración, con derecho a exigir resultados. El problema es que sustituir la condición de ciudadano por la de cliente crea más asimetrías sociales, ya que la vuelta a la "soberanía del consumidor" elimina la igualdad de derechos para ser sustituida por el privilegio de quien tiene recursos y capacidad de consumo. En la actualidad, el ciudadano sigue apareciendo como el cliente de la administración cuyas necesidades hay que “satisfacer” (Ramíó Matas, 2005).

Román Masedo (2012), sostiene que la utilización del término “ciudadano-cliente” no sólo no aporta nada a los conceptos tradicionales de ciudadanía, sino que añade confusión, ya que presenta expectativas sobre la participación ciudadana en la gestión de los servicios públicos, haciendo creer que esa participación aumentará sus derechos democráticos.

Al mismo tiempo, se pone en marcha el sistema de quejas y reclamaciones, mecanismos de consulta y participación de la ciudadanía, gracias a lo cual se supera el esquema tradicional de ciudadanía pasiva, receptora de servicios y carente de derechos.

Pero la realidad es bien distinta, pues pocos países han puesto en marcha sistemas para compensar la insatisfacción de la ciudadanía, quedando en una declaración de principios sin más recorrido. Por otro lado, el derecho a decidir de los ciudadanos no es tal, sino que se limita al derecho que tienen a ser consultados (OCDE, 1996).

Capítulo 2

El nuevo orden sanitario

2.1 Transformaciones en los sistemas de salud

El Estado de Bienestar, como contraposición al estado de guerra, se utiliza para describir políticas de postguerra adoptadas por la mayoría de países desarrollados. Tuvo su auge durante la expansión del modelo capitalista entre los años 50 y 70 del siglo XX y busca:

- a) Garantizar a las familias e individuos un ingreso mínimo independientemente del valor del trabajo.
- b) Limitar el grado de inseguridad de la ciudadanía en casos de enfermedad, vejez o desempleo.
- c) Que todas las personas puedan acceder a los mejores servicios sociales disponibles.

La crisis del Estado del Bienestar, trae consigo la crisis de la gestión pública (Medina, 2009) y la necesidad de rediseñar este y sus formas de gestión, todo ello marcado por un proceso de innovación organizativa e institucional de los sistemas sanitarios.

En los países avanzados, el sector sanitario es una parte esencial de la economía productiva, ya que genera riqueza y lugares de trabajo cualificados. Aún así, uno de los argumentos más utilizados en contra del sector sanitario público es que son organizaciones burocratizadas, con una gestión poco eficiente y escasa calidad (Belenes, 2003).

El dominio neoliberal impuso la NGP para reformar los servicios públicos, otorgándoles un sistema empresarial, mercantil y gerencial (Arellano, 2004; Ugalde y Homedes, 2005; Fernández, 2007; Pollit y Bouckaert, 2007; Eliassen y Sitter, 2008; Pillay, 2008; Andrews, 2010; Christensen y Laegreid, 2013). El Tratado de Libre Comercio de 1994 legitima este modelo neoliberal para comercializar con bienes tradicionales de consumo, incluyendo la oferta y demanda de salud. En este contexto, los hospitales públicos tuvieron que desarrollar estrategias mercantiles para garantizar la supervivencia financiera,

incorporando técnicas de gestión necesarias como la eficiencia, la productividad, la rentabilidad, la gobernanza o la excelencia (Blanch, 2014).

Estos cambios acaban impactando en los profesionales sanitarios, especialmente en la ética profesional, con tensiones ideológicas y contradicciones morales: servicio público/privado, bien común/bien particular, conciencia profesional/necesidades comerciales, profesionalismo/mercantilismo (Jovell y Navarro, 2006; Hui, 2010; Infante, 2011)

El impacto de la reorganización capitalista de los sistemas sanitarios está ampliamente abordado en la literatura sociológica y politológica. *The Journal of Medicine and Philosophy* dedicó un monográfico al debate entre medicina y mercado. Por otro lado, Jovell y Navarro (2006), Horwitz (2006) y Wynia (2008) señalan los riesgos del management en los servicios de salud, mientras que autores como Käble, (2005) y Thomas y Hewitt (2011) se centran en la amenaza para la autonomía de los profesionales.

2.2 La nueva gestión pública del sistema sanitario

Los nuevos valores de la NGP se han ido imponiendo e implantando con diversos grados de intensidad y de manera desigual, también en los servicios sanitarios y de salud (Arellano, 2004; Pollitt, 2007).

Las reformas neoliberales han pretendido modernizar los sistemas sanitarios a costa de la mercantilización y empresarización del servicio, inyectando una cultura organizacional con objetivos como la calidad total y la excelencia, utilizando métodos para alcanzarla como la flexibilización de la administración, la planificación estratégica, la profesionalización de la gestión, la evaluación por competencias y por resultados, incentivando la producción, la eficiencia y la rentabilidad (Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher y Blanch, 2011; Blanch, 2014; Blanch y Stecher, 2009; Ugalde y Homedes, 2005).

Estos nuevos valores han tenido un impacto positivo y negativo en la dinámica del sistema sanitario, lo cual ha generado ambivalencias por parte de los profesionales:

- a) Entre los puntos positivos, destacan las mejoras en infraestructuras, equipamientos y recursos materiales y tecnológicos, a la vez que hay una racionalización de la organización y la gestión del trabajo, considerando que ello comporta oportunidades para los profesionales en el entorno socio laboral, de aprendizaje y un impacto positivo emocional y cognitivo.
- b) En los puntos negativos, destacan la rebaja de las condiciones laborales, salariales y contractuales y el empleo inestable, lo cual conlleva la inseguridad laboral, la emergencia del subempleo y otros problemas psicosociales dentro de un contexto de precariedad laboral, como es el acoso o la discriminación (Blanch, 2014).

En este apartado negativo, destaca la intensificación del trabajo, que va unido al aumento de exigencias cuantitativas y cualitativas, así como al aumento de la jornada laboral que desemboca en una sobrecarga de trabajo (Bawden y Robinson, 2009; Duxbury, Lyons y Higgins, 2008; Granero, 2017) que es el

principal estertor psicosocial del nuevo siglo (EU-OSHA, 2014a; 2014b; 2014c; Eurofound, 2016), antecedente del *burnout* (Ansolea et al., 2011; Blanch, 2011; 2014; Blanch, Crespo y Sahagún, 2012; Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012; Gil Monte, 2007; Ochoa y Blanch, 2016).

La sobrecarga de trabajo provoca un cambio importante en la relación trabajo-tiempo libre de los profesionales, incluyendo el aumento de horas de trabajo, la intensificación cualitativa de este, la acumulación de diferentes tareas, cada vez más complejas, lo que conlleva a la incapacidad de satisfacer las necesidades de la ciudadanía con los recursos disponibles, así como la desaparición progresiva de la línea que separa los tiempos de trabajo de los de la vida personal (EU-OSHA, 2014a; 2014b; 2014c; 2015; Eurofound, 2016).

Atendiendo a lo expuesto, las condiciones laborales establecidas con las reformas neoliberales pueden aportar elementos de protección psicosocial, fortalecimiento de la salud y el bienestar laboral, pero a la vez pueden suponer un factor de riesgo psicosocial. Por tanto, hay un cambio del foco de atención en la evaluación de los riesgos laborales, pasando de los factores mecánicos, ergonómicos, técnicos e higiénicos a los riesgos psicosociales, especialmente los relacionados con los desajustes entre las demandas asistenciales y los recursos disponibles para dar respuesta satisfactoria (Bakker y Demerouti, 2007; Eurofound, 2016; Blanch, 2011; 2014 a; EU-OSHA, 2007, 2014 a, b, c).

Según los resultados de la Sexta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo realizada en 2015, la crisis y la forma de gestionarla por parte de los gobiernos, ha tenido un fuerte impacto en las condiciones de trabajo y en la calidad de vida laboral de los trabajadores (Eurofound, 2016; Eurostat, 2017). En relación a esta situación, tanto el gobierno español como el catalán siguieron las recomendaciones de la Unión Europea, aplicando políticas de austeridad, para contener el gasto sanitario, especialmente en la reducción del salario de los funcionarios. Sin embargo, pese a esta importante austeridad, se ha tratado de mantener la excelencia en las organizaciones de salud, combinando la reducción de salarios, la reducción de personal, el aumento de la jornada laboral y como consecuencia jornadas laborales cualitativamente más saturadas. Estas

condiciones laborales han influido en los profesionales sanitarios, con un acusado aumento de la presión asistencial y el aumento de la ratio profesional-pacientes (Bacigalupe et al, 2016; Granero, 2017; Granero, Blanch, Roldan, Torralbas y Escayola, 2017).

En esta situación, los profesionales de la salud, se ven sometidos a una actividad estresante, teniendo que desarrollar su trabajo con absoluta inmediatez, siempre marcado por las prisas, encontrándose en numerosas ocasiones en “situaciones límite” (Blanch, 2014). Esto lo viven con sentimientos de malestar y con absoluto desgaste emocional, agotamiento físico, mal humor y sentimiento de baja autoestima profesional, lo cual conlleva frustración, trato despersonalizado hacia los compañeros y hacia los pacientes, así como trastornos psicósomáticos (Ansolea et al., 2011; Blanch, 2014; Eurofound 2016; Granero, 2017).

2.3 Modelos de sistemas sanitarios

Las sociedades se organizan de acuerdo al modelo político, social, económico y de salud del país. En la actualidad, los sistemas sanitarios están definidos en función de la cobertura que se le da a la población y del tipo de financiación (contributiva o no contributiva).

Figura 3

Origen de los sistemas sanitarios públicos en Europa

	Regulación estatal de las Mutualidades Obreras	Sistema de Seguridad Social (SS)	Servicio Nacional de Salud (SNS)	SIMBOLOS [Reformas que fracasan]
SNS				Regulation of mutual funds
Gran Bretaña Suecia	1793 +, 1850 * 1891 +\$, 1910 *\$	1911 % [1919 %] 1931 % 1946	1946 NHS, @H, €H 1533 @H 1946 && [1948 NHS] 1958 R 1969 €H 1974 @AP	+ Tipos de interés especiales \$ Subsidios estatales * Regulación de actividades # Controles políticos
Dinamarca Italia España	1892 \$ * 1886 + \$ * # 1859 \$ #	[1919 %] [1919 %] 1944 & 1942 % 1967 & @H [1936]	1971 && NHS 1978 NHS @H € R 1986 NHS @AP	Social Health Insurance
				% Obligatorio, trabajadores pobres & Obligatorio, todos los trabajadores
SS				National Health Service
Holanda Francia Alemania Bélgica Austria	1852 \$ + * 1898 # 1849 \$ 1898 *	[1919] 1943 + \$ [1928 %] 1930 % 1945 & 1883 % 1944 & 1888 + \$ # 1939 *	1798 @H 1958 €H	NHS National Health Service && Universal @H Propiedad publica hospitales @AP Propiedad publica AP € Salarios a tiempo completo R Restricciones al ejercicio libre

Fuente: Recuperado de Immergut, (1991)

La atención pública sanitaria está organizada en base a tres grandes modelos: Modelo de Seguridad Social o Modelo Bismarck, Modelo de Servicio Nacional de Salud o Modelo Beveridge y Modelo Liberal (González Leiras, 2017). (Ver figuras 3, 4, 5).

2.3.1 Modelo de Seguridad Social

Este modelo fue creado en 1881 por el canciller Bismarck en Alemania, conformado en torno a los sistemas de Seguridad Social, financiados por cotizaciones sociales obligatorias, siendo las empresas y los trabajadores su principal fuente de financiación; es decir, la cobertura sanitaria está vinculada al empleo.

Los impuestos tienen un papel importante, ya que se dirigen a financiar las primas de los más desfavorecidos para que puedan tener acceso a algunos tipos de asistencia pública básica, como las vacunaciones y los servicios de salud maternal. En algunos países en los que se da este modelo, la línea divisoria entre el seguro público y el privado no está bien definida (Perpiñán, 2013).

Figura 4
Modelo Bismark

Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de impuestos
Los recursos financieros van a parar a los “fondos” que son entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos
Los “fondos” contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto
Sistemas de reembolso y algunos copagos por parte de usuarios
Alemania
Austria
Bélgica
Francia
Grecia
Luxemburgo
Países Bajos

Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios sociales e igualdad. Sistemas Sanitarios en los Países de la UE (2013).

2.3.2 Modelo de Sistema Nacional de Salud

Financiado mayoritariamente a través de los impuestos de la ciudadanía, está bajo el control del Parlamento y todos los ciudadanos tienen derecho a la atención sanitaria universal. Se basa en la solidaridad y en la redistribución de los impuestos de todos los ciudadanos. Una parte de los recursos se obtienen de la renta de manera progresiva, es decir, quien más tiene más paga y el resto se completa con los impuestos recaudados a través del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) y otros impuestos que se aplican a determinados productos como el alcohol y el tabaco. Reino Unido es el referente internacional de este modelo con su Servicio Nacional de Salud o *National Health Service*, (NHS) creado en 1948, e inspirado en el llamado Informe Beveridge (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013).

Figura 5
Modelo Beveridge

Financiación a través de impuestos	Presupuestos del Estado
Acceso universal	Médicos asalariados o por capitación
Control gubernamental	Cierto sector privado
Gran implicación del estado en la Gestión	Algunos copagos por parte de usuarios
Dinamarca	
España	
Finlandia	
Irlanda	
Italia	
Portugal	
Reino Unido	
Suecia	

Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios sociales e igualdad. Sistemas Sanitarios en los Países de la UE (2013).

Al incorporar la gestión empresarial a los sistemas sanitarios, se incorpora el modelo gerencial, que ha marcado la estrategia de los últimos años en el Sistema Nacional de Salud Español, haciéndose efectivo en los contratos programa, el desarrollo de sistemas de información, la elaboración de planes estratégicos y el desarrollo de la gestión clínica (González, 2017).

En la Unión Europea (UE), algunos sistemas sanitarios sufrieron cambios estructurales en relación al modelo por el que se regían los sistemas sanitarios públicos, en concreto cuatro países de la UE: Italia (en 1978); Portugal (en 1979); Grecia (en 1983) y España (en 1986) hicieron este cambio estableciendo sistemas nacionales de salud a partir de modelos de seguros sociales, planteándose reformas entre los años 80 y 90 del siglo XX, con el objetivo de que la equidad fuera el elemento vertebral del sistema.

2.3.3 Modelo Liberal

Caracterizado por la no intervención del Estado; es decir, según la ley del libre mercado o, dicho de otro modo, según la oferta y la demanda. Se accede a los servicios sanitarios contratando una póliza de seguro médico con una cobertura variable en función del tipo de póliza contratada. Por tanto, es necesario un sistema sanitario que atienda a la población más desfavorecida social y económicamente, que no tiene posibilidad de costearse un seguro de salud. Este modelo resuelve los problemas de salud, pero deja de lado la prevención y la promoción de la salud.

Características:

- a) La salud es un bien de consumo, por lo tanto, está sometida a las leyes de la oferta y la demanda.
- b) El Estado contribuye de manera simbólica a la asistencia sanitaria, atendiendo a los grupos más desfavorecidos, marginales o sin recursos.
- c) El proveedor de servicios sanitarios es una compañía de seguros privada que actúa en función de la oferta y la demanda.

En este modelo, es la ciudadanía quien elige libremente a sus proveedores de salud, por lo que hay gran competitividad para captar clientes, lo que a su vez facilita un notable avance en innovación. También tiene puntos débiles como la asimetría de la relación médico-paciente, la fragmentación de servicios que impiden el enfoque integral de salud y el elevado coste que favorece la inequidad, ya que no todas las personas pueden costearse un seguro médico (González de Haro, 2006).

2.4 Modelos de sistemas sanitarios en sociedades occidentales

2.4.1 El Modelo de EEUU

Un ejemplo de este modelo es el sistema sanitario de los EEUU con los programas Medicare y Medicaid que solo dan cobertura a las personas ancianas y sin recursos económicos. A pesar de que el gasto en salud supera el 14% del PIB (el promedio en la OCDE es del 8,2%) existe un importante número de personas sin ningún tipo de cobertura sanitaria o con una cobertura insuficiente (López Santos, 2000).

El modelo neoliberal comercia con todos los bienes tradicionales para el consumo, también con la oferta y la demanda de salud. Así, en los años 80-90, los hospitales públicos comienzan a desarrollar estrategias mercantiles para garantizar su supervivencia financiera (Blanch, 2014).

En un contexto de elevado gasto sanitario, determinados países de la UE toman como referencia el sistema sanitario de países como Reino Unido o Suecia. Veamos las reformas llevadas a cabo por cada uno de ellos:

2.4.2 El Modelo de Reino Unido

La reforma sanitaria de Reino Unido, aunque se lleva a cabo de manera simultánea con la reforma sueca, tuvo mayor influencia en los sistemas sanitarios europeos (Cabiedes y Guillén, 2001). Por un lado, se dotó de capacidad de compra a las autoridades de distrito (DHAs), apartándolas de la producción de servicios hospitalarios y financiando el sistema de capitación ajustado por necesidades. Por otro lado, se incentiva la competencia entre los hospitales públicos y privados, con ello, la mayoría de hospitales públicos adquieren una fórmula jurídica que les da mayor autonomía, adquiriendo el modelo de empresas no lucrativas o *trusts*, lo cual les impone mayor disciplina y responsabilidad en la gestión presupuestaria. A la vez, grupos de médicos que tienen un mínimo de pacientes a su cargo, se convierten en gestores de presupuesto (Miragaya, 2003).

La “*thacherización*” o políticas neoliberales marcaron la historia de un periodo de la política del NHS, en el que el Estado del Bienestar tiene un gasto público moderado, hay confrontación con los intereses corporativos e imposición de las disciplinas de mercado (Lowe, 2005). Estos rasgos de la “*thacherización*” del NHS en que el gasto sanitario creció por debajo de lo que lo hizo en 1950, fortaleció la burocracia sobre la atención médica y fomentó la participación de la gestión privada a través de la contratación del seguro médico privado. En la parte positiva destaca la disminución de la estancia media hospitalaria, mayor conciencia del gasto sanitario, se acortan los tiempos de espera en procedimientos sencillos y mayor transparencia en la información.

Durante el mandato del partido laborista, se da continuidad a esta forma de gestión con un modelo de mercados mixtos, manteniendo la separación entre compradores y productores (OCDE, 2015).

2.4.3 El Modelo Sueco

Como el SNS, está financiado en su mayoría por fondos públicos (Roseveare, 2002). Algunos condados fueron más innovadores que otros, debido a la descentralización territorial de este país, detectándose dos grandes líneas de reforma: el Modelo Estocolmo (inspirado en la competencia pública) y el Modelo Dalarma, muy similar al inglés (inspirado en la fórmula de los mercados mixtos).

El Modelo Dalarma preveía la competencia entre productores públicos y privados, así como la libre elección del centro de salud, con cargo al centro inicialmente asignado y con la posibilidad, por parte del paciente, de elegir un centro privado. La principal diferencia con el Modelo Estocolmo, es que la elección del paciente de los tratamientos hospitalarios no es prioritaria (Saltman y Duran, 2016; Reinoso, 2016). El pago se hace en función de los diagnósticos médicos tratados o Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), siendo los más utilizados los procesos de corta duración (Karanikolos et al., 2013).

En 1994 el gobierno socialdemócrata frena la reforma, pero no da marcha atrás en el proceso. Más tarde, con el gobierno de centro-derecha, la Atención Primaria queda en manos de los trabajadores y en 2001 unas 100 unidades de Atención Sanitaria estaban en proceso de privatización (Hjertqvist, 2001). En Suecia hoy predomina el Modelo de Estocolmo que se ha decantado hacia la fórmula de mercados mixtos.

2.4.4 El Modelo de Nueva Zelanda

Frente al Modelo Sueco y al Británico, el Modelo de Nueva Zelanda que, aunque fue pionera en la introducción de la NGP en la línea de mercados mixtos, primó la contratación interna. Se introdujo un mínimo gerencialismo, aunque la negociación salarial continuó siendo centralizada (Rae, 2002). Sin embargo, la fragmentación y descentralización en la toma de decisiones, conllevó problemas de coordinación y de reasignación de recursos, por lo que a finales de los años 90 se comenzó a rechazar el modelo de la NGP en áreas educativas y de salud, ya que se entendió que era más fácil obtener resultados óptimos mediante la colaboración que mediante la competencia.

Los puntos débiles de este modelo radican en la equidad al acceso de los servicios sanitarios por parte de la población indígena. La atención hospitalaria es totalmente financiada por los servicios públicos, pero la atención primaria (puerta de entrada al sistema) y los medicamentos, tienen un elevado copago por parte de la ciudadanía (Miragaya, 2003).

2.4.5 El Modelo Español

El Modelo Sanitario Español es de Seguro Social Obligatorio (SSO), donde la asistencia sanitaria es contributiva del Sistema de Seguridad Social.

El gasto sanitario en España creció en 10 años (entre 1999 y 2009) algo más del 49%, cuatro veces más rápido que el PIB, pasando del 5,3% al 7% en 2009 (Puig-Junoy, 2011). Además, debido a la crisis económica de los últimos años, han caído los ingresos recaudados a través de impuestos, esto junto con la dificultad en la financiación de la deuda española en los últimos 5 años, ha motivado un importante ajuste presupuestario en todos los servicios sociales, incluyendo el sanitario.

En este contexto, algunos gobiernos autonómicos han propuesto la privatización de la gestión de hospitales públicos, argumentado la ineficiencia de su gestión. Esta es una premisa utilizada que, aunque no está contrastada, obliga a plantearse la introducción de elementos privatizadores en la gestión sanitaria, aunque la evidencia muestra que la gestión privada de los servicios sanitarios no es ni mejor ni peor que la pública (Sánchez-Martínez, Abellán-Perpinán y Oliva-Moreno, 2014).

El debate entre la gestión pública y privada no garantiza la solvencia del Sistema Nacional de Salud Español (Bernal et al. 2011; Cabasés y Oliva, 2011; CES Murcia 2012), además, la privatización de la gestión de los centros sanitarios no está avalada por evidencia con datos nacionales e internacionales.

Figura 6

Evolución histórica del Servicio Nacional de Salud en España. S XIX

Siglo XIX: - Los ayuntamientos asumen responsabilidades en salud pública y crean plazas de facultativos titulares. Médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares, atienden a las familias pobres y asesoran a los municipios en temas de policía sanitaria. - La asistencia pública domiciliaria (APD) aparece en 1816: Fernando VII, asesorado por el Dr. Castelló, funda la <i>"Real Hospitalidad domiciliaria"</i>. - 1822. Un hito importante: Ley de Beneficencia de 1822. - o La Ley: <i>"En todos los pueblos de la Monarquía se establece la hospitalidad domiciliaria, limitándose, en lo posible, la curación de los enfermos en los hospitales a los que no tengan domicilio en el pueblo en que enfermaren, a los que padezcan enfermedades cuyo tratamiento escapaba de la ciencia "</i> y añade que: <i>"Para la asistencia de los enfermos pobres... que se nombren facultativos necesarios"</i>. - o Creó la <i>Beneficencia Municipal</i> cuyo objeto esencial era la Asistencia Domiciliaria de los pobres oficiales inscritos como tales. La Beneficencia Municipal cumplió un papel importante hasta que desapareció en 1989, una vez integrada esta población en la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (RD 1088/89).
--

Fuente: Recuperado de Rico, Freire y Gervas, (2007).

Figura 7

Evolución histórica del Servicio Nacional de Salud en España. S XX

Siglo XX.

En 1904 se formaliza el cuerpo de médicos titulares. Sus antecedentes se remontan a finales del siglo XIII, y es la Instrucción General de Sanidad Pública de 1904 la que crea el Cuerpo de Médicos Titulares:

- Sus obligaciones y actividades:
 - Atención médica gratuita a la población incluida en el padrón municipal de beneficencia. Los médicos por acuerdo con los ayuntamientos atendían a un número de familias (unas 300 por médico) del padrón de beneficencia.
 - Salud Pública: dar parte de las enfermedades de declaración obligatoria, vacunaciones, certificados médicos, control de brotes, etc.
 - Ejercicio profesional privado.
- Retribución:
 - Sueldo. Primero el Ayuntamiento y más tarde el Estado pagaban un sueldo a los médicos titulares por las funciones que ejercían como funcionarios públicos.
 - Ingresos por el ejercicio profesional liberal. Para ello contaban con la importante ayuda de la *concesión del monopolio del ejercicio profesional* en su demarcación. El Ayuntamiento prohibía el establecimiento de médicos que no fueran *titulares* para garantizar ingresos y asegurar su permanencia. El ejercicio profesional privado daba lugar básicamente a dos sistemas de retribución:
 - Pago por acto, el modo más tradicional y común.
 - Iguala médica. Esta consistía en un pago periódico al médico a cambio de atención gratuita cuando fuera necesaria. Equivalía a lo que hoy se conoce como "microseguro". Este sistema de prepago, ajustado por la renta de las familias (de ahí su nombre) evitaba el gato de bolsillo no siempre posible en una economía cíclica como la rural y daba seguridad a la población y al médico. No existe apenas información publicada sobre las igualas médicas. Se trataba de acuerdos privados, normalmente verbales, entre el médico y los pacientes. Aunque en algunas zonas de España se formalizó algo a través de los Colegios médicos, no estaba regulado ni reglamentado, rigiendo por la buena voluntad de las partes. No obstante, los datos disponibles permiten valorarlo como muy positivo para facilitar el acceso de la población rural a la atención médica durante el periodo e el que la capacidad y cobertura del sistema de SS eran aún residuales.

Fuente: Recuperado de Rico, Freire y Gervas, (2007).

2.4.5.1 Evolución del sistema sanitario desde el punto de vista macroeconómico

El origen de los centros hospitalarios se sitúa con las órdenes religiosas, los monasterios y los hospicios. Estos centros de acogida, inicialmente funcionaron en países como Inglaterra, Alemania o Francia y posteriormente se extendieron por el resto del continente europeo. Su principal función era preparar a los enfermos para la muerte.

Tras la Edad Media, la sanidad pasó de ser identificada con la caridad cristiana a serlo con la pobreza, y así pasa a ser financiada con donaciones de personas acomodadas y creando el hospital-beneficencia. En el siglo XIX, la sanidad es considerada como un servicio de asistencia social, financiada por el Estado, aunque en una primera etapa se ocupa solo de los enfermos sin recursos (Fernández & Mosquero, 2012). (Ver figuras 6, 7).

En 1883, con la creación de la Comisión de Reformas Sociales, se pone la primera piedra de la política sanitaria española cuyo objetivo principal era el bienestar de la clase obrera aparecida tras la revolución Industrial. En 1903, se crea la Caja Nacional de Seguro Popular, que en 1908 daría lugar al Instituto Nacional de Previsión (INP), la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social (SS) y Asistencia Sanitaria en España (INGSS, 2016). En 1919 se implanta el Seguro Obligatorio del Retiro Obrero, y en 1923 el Seguro Obligatorio de Maternidad. En 1942, con el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) se inician las políticas sociales, creando los seguros obligatorios de enfermedad para cubrir el riesgo de enfermedad de los trabajadores con rentas más bajas. Como consecuencia de esto, aparecen hospitales con equipos médicos y de enfermería y con recursos para proporcionar a la población las prestaciones sanitarias necesarias (Rico, Freire y Gervas, 2007).

En 1978 los Pactos de la Moncloa acaban con el Instituto Nacional de Previsión (INP) y es transformado en distintos organismos autónomos: INSALUD, INSS, INSERSO, ISM y la Tesorería General de la Seguridad Social. En 1981 se inicia

el proceso de transferencias de los servicios de sanidad a las CC AA que culminará en 2001.

2.4.5.2 Descentralización territorial de la sanidad

En 1986 con la Ley General de Sanidad (LGS), se reestructura el Sistema Nacional de Salud de carácter universal. La sanidad se empieza a financiar con cargo a los Presupuestos Generales del Estado y se acepta que sea complementada con la sanidad privada. De esta forma el Sistema Nacional de Salud quedó configurado como un sistema de servicios de las Comunidades Autónomas con la coordinación de la Administración Central (González, 2005).

Con esta ley se inicia la transición del modelo de SSO hacia el modelo de SNS que se caracteriza por:

- a) Asistencia universal
- b) El paso de la fuente de financiación de cotizaciones a impuestos generales
- c) Descentralización de los servicios sanitarios a través del traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas.

Además, se reconocen el sistema de prestaciones del sistema sanitario a todos los españoles y ciudadanos extranjeros que residan en territorio español, pero esto no significa que estas prestaciones sean gratuitas. De esta forma se distingue entre el derecho a ser atendido en la sanidad pública y el derecho a que esta atención sea gratuita, para lo cual será necesario poseer la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) que a partir de 2012 tendrá una importante relevancia con el real Decreto Ley 16/2012 (Perpiñán, 2013).

A partir de 1989 hay dos cambios importantes a nivel organizativo:

- 1) El Ministerio de Sanidad y Consumo propondrá y ejecutará las directrices del gobierno central en todo lo relacionado con políticas de salud: planificación, asistencia sanitaria y coordinación.
- 2) Las comunidades autónomas gestionaran los recursos, gracias al traspaso de competencias en materia de salud.

El Modelo Sanitario Español comprendido entre los años 1942 y 1986 tiene dos rasgos distintivos con respecto a otros sistemas europeos: la financiación estatal y el predominio del empleo público, que facilitarán la transición al modelo de Sistema Nacional de Salud iniciado en 1986. En realidad, el modelo se venía discutiendo desde los años 70, pero la crisis económica, la falta de consenso y el desconocimiento real de los recursos sanitarios, provocaron este retraso (Guillén y Luque, 2014).

Finalmente, la reforma de 1982 amplía la cobertura sanitaria a todos los colectivos, también a los no cotizantes, a sus hijos sin límite de edad y a las personas con recursos económicos insuficientes. Se amplía la red de asistencia pública, construyendo nuevos centros de Atención Primaria, de atención a la salud mental y a la salud bucodental infantil (Rico, Freire y Gervas, 2007).

El llamado Informe Abril es del que emanan las principales medidas de la NGP aplicadas a la Sanidad Española. Dicho informe recoge algunas recomendaciones en la línea de la NGP, teniendo en cuenta las reformas que recientemente se habían dado en Reino Unido y Suecia. Alguna de las propuestas generaron gran controversia, como el copago de medicamentos a los pensionistas. Pese a ello, muchas de sus recomendaciones fueron tenidas en cuenta (Guillén y Luque, 2014).

Spagnolo (1993) resume las principales propuestas de este Informe:

- a) Dar autonomía financiera y patrimonial a las unidades de funcionamiento.
- b) Progresiva laboralización del personal, el desarrollo de la carrera profesional e introducir mecanismos de motivación e incentivación.
- c) Ampliar los servicios de contratación externa tanto para actividades complementarias (hostelería, mantenimiento, etc.) como para servicios más complejos.
- d) Introducir el enfoque de calidad en el servicio.
- e) Introducir el copago, incluidas las prestaciones básicas.
- f) Extender el copago de los fármacos a la ciudadanía exenta, incluidos los pensionistas.
- g) Incentivar la racionalización en la prescripción de fármacos de bajo coste.

La Ley 15/1997 de 10 de abril de 1997 de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, regula la creación de nuevas formas organizativas para conseguir una gestión más eficiente de los centros sanitarios. A partir de este informe, se desarrolla una gestión por la cual se crean entes con personalidad jurídica propia, recogidos en el Plan Estratégico del INSALUD 1997-2000.

A partir de 2002, al Instituto Nacional de la Salud se le asigna la gestión realizada hasta el momento por el INSALUD, pasando a llamarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. En este momento acaban de realizarse las transferencias en materia sanitaria al resto de comunidades autónomas que aún no las habían recibido de la Seguridad Social. De esta forma termina el ciclo de la gestión sanitaria moderna en España, aunque según Belenes, (2003), sin el dinamismo y la innovación de la gestión empresarial privada como en Inglaterra o Países Bajos.

Como ya se ha dicho, para favorecer la competencia entre los proveedores sanitarios, el SNS español optó por descentralizar la sanidad, asignando recursos económicos a cada comunidad autónoma, trasladándoles de esta forma el riesgo de obtener beneficios o pérdidas.

Paralelamente a la separación de la financiación, la regulación y la compra en los hospitales, se dieron otros tres procesos de reforma:

- a) La introducción de contratos programa y contratos de gestión.
- b) La personificación jurídica de los hospitales.
- c) El desarrollo de nuevas formas de contratación externa o gestión indirecta con proveedores privados.

El objetivo de estas reformas es disminuir los costes, reducir los tiempos de espera, garantizar la continuidad asistencial, la satisfacción de la ciudadanía y mejorar los resultados en salud, es decir, mejorar la relación coste efectividad sin que afecte a la equidad (Martín, 2003).

La modernización de la gestión sanitaria busca la profesionalización y la desburocratización, el estricto control de gastos, la prevención del déficit financiero, la incentivación de la eficiencia, la productividad, la competitividad y la rentabilidad; aplicación de indicadores de coste-beneficio, la planificación estratégica, la evaluación por competencias y resultados, la apuesta por la innovación tecnológica, el compromiso de la rendición de cuentas y el emprendimiento (Hart, 2003).

2.4.5.3 Profesionalización de la asistencia sanitaria

La profesionalización de la asistencia sanitaria en los años 60, fue la antesala de lo que más tarde será la prestación sanitaria con carácter universal. En 1974 se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, por el que se modifican y amplían las prestaciones de asistencia sanitaria, lo cual origina un importante incremento del gasto sanitario.

Según explica Falgueras (2002) pese al importante gasto que las prestaciones sanitarias comportaban, la estructura organizativa era muy simple, cada hospital era dirigido por un Director Médico con amplios poderes para gestionar y del que dependían un Administrador y una Jefatura de Enfermería. La gestión de los recursos humanos se basaba en una cadena jerárquica de mandos intermedios

(jefes de servicio) y de un conjunto de empleados de enfermería y de auxiliares con excesivas responsabilidades. En general, ni el director médico, ni los jefes de servicios, ni los cuerpos de enfermería y auxiliares, contaban con unos mínimos conocimientos sobre gestión de empresas, y sin embargo manejaban una importante cantidad de recursos.

Así pues, la globalización, la innovación tecnológica y la reorganización flexible del trabajo trajo consigo el nuevo capitalismo posmoderno, transformando no solo las formas de producir, sino también las formas de sentir, actuar y relacionarse en el trabajo. Estas nuevas dinámicas han provocado un salto sociocultural, en el que se ha pasado de una sociedad de certezas a una sociedad del riesgo, de un modelo de bienestar social keynesiano basado en el pleno empleo a la oferta neoliberal de la precariedad laboral, de la carrera laboral lineal previsible y planificada a los empleos temporales discontinuos (Blanch, 2014).

Además, la vivencia del exceso de trabajo, la escasez de tiempo para terminar las tareas con una calidad aceptable, la percepción del profesional de desbordamiento permanente y de estar realizando el trabajo con mala praxis, son importantes factores de riesgo psicosocial de *tech burnout* (Fairris 2004; Hart, 2004; Thomas y Smith, 2006; Bawden y Robinson, 2009; EUROFOUND, 2012; Tarafdar, Gupta y Turel, 2013) con repercusiones en los significados del trabajo para los profesionales sanitarios (Blanch y Sahagún, 2012).

En este contexto, las organizaciones sanitarias han modificado sus estructuras, lo que ha provocado un cambio en el profesionalismo sanitario en el plano social, político, económico y tecnológico (Ochoa, 2012). Los profesionales sanitarios, y más concretamente los profesionales de la medicina, han evolucionado respondiendo a los cambios socioculturales de la sociedad intentando satisfacer las expectativas de la ciudadanía.

Así pues, a los seis periodos del desarrollo de la medicina que esquematiza Laín Entralgo (1990):

- a) Medicina pre técnica,
- b) Medicina y physis helénica,
- c) Helenidad, monoteísmo y sociedad señorial,
- d) Mecanicismo, vitalismo y empirismo,
- e) Evolucionismo, positivismo y eclecticismo,
- f) Medicina actual.

hay que añadir un séptimo periodo definido por la globalización, las reformas neoliberales, el postfordismo y la crisis del Estado del Bienestar. Este nuevo periodo se caracteriza por una medicina mercantilizada (Homedes y Ugalde, 2002, 2005; Blanch y Stecher, 2010), bajo el paraguas de los esquemas y valores de la empresa privada, que deja en segundo plano el carácter de servicio público de la medicina, dando protagonismo a los valores de la eficacia y eficiencia de la economía de la salud, enfrentados en ocasiones con los criterios y protocolos profesionales (Crespo, 2014).

2.4.5.4 Cambio del modelo sanitario en España: de ciudadanos a asegurados

España es uno de los países donde la crisis ha impactado con mayor fuerza, aumentando de manera alarmante el desempleo, a lo que el Estado ha respondido con políticas anticrisis, basadas en la reducción de presupuestos para políticas sociales, y con cambios normativos de importante calado y repercusiones futuras (Cortés-Franch y López-Valcárcel, 2014).

En plena crisis económica, se da un nuevo cambio en el Sistema Sanitario Español, excluyendo a los inmigrantes no regularizados y a las personas con rentas superiores a los 100.000 euros anuales. Esto significa que desaparece el derecho a la asistencia universal y el derecho a la atención sanitaria queda reducido a tres grupos:

- a) Las personas con recursos que pueden contratar seguros privados.
- b) Los trabajadores cubiertos por un sistema al que ha afectado la calidad como consecuencia de la crisis económica.

- c) El resto de la población, atendida por un sistema de beneficencia (Bayle, 2013).

Esto representa un cambio importante con respecto al modelo previo, sobre todo en lo que respecta a la asistencia sanitaria a personas que no tengan la nacionalidad española, a los cuales solo se les prestará asistencia sanitaria si tienen la condición de asegurados.

Los asegurados según este nuevo modelo pueden ser de dos tipos:

- a) Trabajadores afiliados a la Seguridad Social, pensionistas, desempleados con el subsidio de desempleo agotado y sin ninguna otra prestación.
- b) Personas de nacionalidad española y residentes en España, miembros de algún estado de la UE y los apátridas que tienen una autorización para residir en territorio español.

A partir de esta Ley la atención sanitaria deja de ser universal para pasar a ser reconocida solo para los asegurados (Perpiñán, 2013).

En España, un país con una tradición de bajo gasto sanitario (2.224,2 € por habitante y año en 2011 frente a 2.476,6 de promedio en Europa) (OCDE, 2015) se ven disminuidos los presupuestos en salud un 14,6 % entre 2008 y 2013. Como resultado de esta reducción, ha habido una reducción en el capítulo uno de los presupuestos, reduciendo la plantilla de profesionales sanitarios, con despidos eventuales y dejando sin cubrir las bajas por enfermedad o por jubilación. Como consecuencia de esta reducción de plantilla, ha sido necesario el cierre de camas y en consecuencia la reducción de intervenciones quirúrgicas y aumento de las listas de espera.

Según el último informe de la OCDE (2015), en España, al igual que en otros países afectados por la crisis, ha disminuido la tasa de crecimiento en gasto sanitario per cápita en comparación con el crecimiento registrado antes de la crisis económica.

En Estados Unidos, la población no asegurada bajó del 14.4% en 2013 al 11.5% en 2014; como consecuencia de la Ley de Atención de la Salud Asequible (*Affordable Care Act*). El obstáculo principal para el acceso a la atención sanitaria es el coste económico que supone a la ciudadanía, que varía desde el 10% en Francia y Reino Unido hasta más del 30% en México, Corea, Chile y Grecia, lo cual significa un crecimiento de cuatro puntos porcentuales desde 2009.

El promedio de gasto en salud por parte del ciudadano en temas de salud en los países de la OCDE, es alrededor del 20%. El porcentaje de población que manifiesta no tener alguna de sus necesidades cubiertas durante la crisis económica ha aumentado más del doble (OCDE, 2015). Sorprendentemente, según este mismo informe, el número de médicos y enfermeras ha aumentado en casi todos los países de la OCDE tanto en números absolutos como per cápita. En toda la OCDE, hay de promedio más de dos médicos especialistas por cada médico general, aunque preocupa el lento crecimiento de médicos de familia que son la puerta de entrada a la atención primaria para toda la población.

En relación al número de profesionales de enfermería per cápita en España, es más bajo que en otros países de la OCDE, motivo por el cual este Organismo alerta que la escasez de profesionales sanitarios puede limitar la calidad de la atención. En 2013, España ocupaba el sexto puesto entre los países de la OCDE con menos enfermeras per cápita (OCDE, 2015).

2.4.5.5 El Modelo Sanitario Catalán

El proceso de reformas en el Sistema Sanitario Público Español ha sido especialmente intenso. En tan sólo dieciséis años se ha producido el cambio estructural de modelo, la descentralización de la gestión sanitaria a todas las CCAA y la introducción de un mínimo de corresponsabilidad fiscal en su financiación, aplicándose en paralelo, medidas de NGP inspiradas fundamentalmente en la reforma británica (Miragaya, 2003).

Cataluña fue la primera Comunidad Autónoma a la que en 1981 le fueron transferidas las competencias en materia de gestión sanitaria, y la pionera en la introducción de mercados mixtos en España. Hasta 2002 otras seis CCAA se responsabilizan de la gestión sanitaria con una financiación que procedía de un fondo central financiado a través de los impuestos.

Es en este año, cuando se produce un cambio cualitativo de gran transcendencia, creándose el Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (en adelante SISCAT), que integra a todos los centros asistenciales en un único sistema con el objetivo de optimizar las infraestructuras existentes. Posteriormente, con la idea de hacer un sistema sanitario más integral, se incluyeron otros servicios, como internamiento, transporte sanitario o la atención a la salud mental.

El SISCAT cuenta con 71 centros hospitalarios, 369 equipos de Atención Primaria, 96 centros de internamiento socio-sanitario, 41 centros de salud mental con internamiento, 422 recursos de transporte sanitario urgente y otros servicios como rehabilitación y oxigenoterapia.

Está integrado por una empresa de titularidad y gestión pública, el Institut Català de la Salut (en adelante ICS) que incluye a los 8 grandes hospitales de Cataluña, y otras entidades como 16 consorcios sanitarios, 7 sociedades mercantiles públicas, y una fundación.

El ICS es la única empresa completamente pública, con gestión directa por parte de la administración, que controla el 77% de la actividad de Atención Primaria, pero solo el 25 % de la gestión hospitalaria (Departament de Salut, 2017).

El Servei Català de la Salut (en adelante CatSalut), creado en 1990, es el encargado de comprar los servicios hospitalarios a centros públicos o privados, al tiempo que existe la posibilidad de que asociaciones de profesionales contraten servicios de Atención Primaria, farmacia o actividades de la atención especializada (Gervás y Rubio, 2007).

Así pues, en Cataluña existe un modelo mixto similar al modelo británico inicial, es decir, dentro de la red de utilización pública, financiada con dinero público, existen centros con gestión pública y privada. Los ciudadanos disponen de la tarjeta sanitaria gracias a la cual pueden acceder a los centros del SISCAT, gestionado por el Departamento de Salud. Todos los centros y servicios sanitarios forman parte del CatSalut que planifica y gestiona los recursos sanitarios, organizado en 8 regiones sanitarias y cada una de ellas a su vez en Sectores Sanitarios (Ver figura 8).

El Sistema Sanitario Catalán se creó con la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (en adelante LOSC) en 1990. La idea era integrar en una única red de utilización pública todos los recursos sanitarios, independientemente del proveedor y de la forma de gestión.

Inicialmente, en 1986, la LOSC recogía los centros de la red hospitalaria de utilización pública (XHUP por sus siglas en catalán). Posteriormente, se constituyeron otras redes sanitarias como la socio-sanitaria y la de salud mental.

Figura 8
Regiones Sanitarias de Cataluña



Fuente: web Departamento de Salud de Cataluña.

Capítulo 3

La relación paciente-profesional

3.1 La relación paciente-profesional en el nuevo entorno sanitario

Esta nueva situación de crisis económica que ha llevado a cambios organizacionales y de gestión financiera, ha provocado una transformación en el trabajo sanitario y a la vez un cambio en las relaciones de los trabajadores con la ciudadanía, motivado principalmente por el cambio de roles de trabajadores y pacientes (Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012).

La globalización, un fenómeno que ha dado lugar a las políticas neoliberales que conocemos, está presente en la economía, pero también en la política, la educación, la ciencia, la cultura, y la sanidad (Morán-Barrios y Ruiz de Gauna Bahillo, 2010).

Los dos elementos clave de la financiación y gestión del sistema sanitario son: el profesional y el paciente. Desde el punto de vista del paciente, en la salud y enfermedad influyen diferentes factores: políticos, culturales, mediáticos, económicos. Estas influencias acaban distorsionando el concepto de salud y enfermedad, muchas veces influenciadas por los intereses de la industria farmacéutica y la biotecnológica (Morán-Barrios, 2013). En este contexto, la relación asistencial puede tener connotaciones de mercado, en las que el paciente, en tanto que en su nuevo rol de cliente, adopta una actitud más asertiva y exigente, reforzada por la información sobre sus derechos y la que le proporciona Google como paciente empoderado (Abramson, 2004; Kassirer, 2004).

En esta línea, en una sociedad cada vez más envejecida, los sistemas sanitarios están cambiando sus modelos, pasando de un enfoque centrado en los hospitales a un enfoque centrado en la prevención y en la Atención Primaria. Desde los gobiernos se están iniciando estrategias para el abordaje de los pacientes crónicos, centrando las acciones en la atención primaria. Para obtener resultados óptimos, se entiende que la formación profesional es necesaria y fundamental, pero poniendo en el centro del modelo a la persona dentro de un complejo familiar y social. En este sentido, la Declaración de Barcelona del año 2003 hace referencia expresa a este punto. (Ver figura 9).

Figura 9

Declaración de Barcelona 2003. Decálogo de demandas de los ciudadanos a los

-
1. Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes.
 2. Decisiones centradas en el paciente.
 3. Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado.
 4. Relación médico-paciente basada en el respeto y en la confianza mutua.
 5. Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales.
 6. Participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria.
 7. Democratización formal de las decisiones sanitarias.
 8. Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria.
 9. Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos.
 10. Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes

servicios de salud.

Fuente: Recuperado de Morán-Barrios, (2013).

Aunque durante mucho tiempo se consideró a la salud desde el punto de vista biomédico como lo contrario a la enfermedad, distintos sociólogos como Zygmunt Bauman definen un modelo de sociedad en el que las cosas, incluso la salud, son objetos de consumo o reciclaje y en el que nunca se sabe con seguridad hacia donde se evoluciona (Bauman, 2006). En esta línea, el concepto de salud se basa en un constructo social relacionado con la experiencia de las personas, los acontecimientos sociales, económicos y políticos. Así pues, el carácter social de la enfermedad se materializa en la relación médico-paciente, diferenciando claramente ambos roles (Lejarraga, 2004).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando define la salud (1948) lo hace atendiendo al bienestar físico, mental y social y no solo a la ausencia de enfermedad: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100). La definición no ha cambiado y continua vigente desde 1948.

Esta definición a pesar de ser criticada, contempla algunos elementos innovadores:

1. La salud deja de ser vista como lo opuesto a la enfermedad, por tanto, es vista desde una óptica optimista.
2. Se plantea como un concepto que va más allá de lo biológico para tener en cuenta el aspecto psicosocial.

A pesar de estos aspectos positivos, Gómez López (2000) considera que es una definición subjetiva, ya que sólo hace referencia al término bienestar, sin tener en cuenta aspectos como la capacidad de los seres humanos para su funcionamiento.

Otra crítica que ha recibido esta definición, también desde el campo de la sociología, tiene que ver con la importancia excesiva que se da a las profesiones sanitarias, sobre todo de la profesión médica, con lo cual queda cuestionada la capacidad de los servicios sanitarios en la prevención y curación, así como el excesivo interés de los profesionales de la salud por un modelo biomédico (González de Haro, 2006).

Así pues, con posterioridad a la definición de la OMS, han surgido otras definiciones de salud en las que se tiene en cuenta la perspectiva sociológica y la interacción de la persona con el medio (Dubos, 1959; Illich, 1976; Terris, 1987).

La salud-enfermedad y sus determinantes, han sido abordados desde el modelo tradicional de enfermedad y desde el modelo de promoción de la salud:

- 1) Modelo tradicional o unicausal: en el que la enfermedad se entiende como la confluencia de un agente patógeno, el individuo y el medio ambiente. Solo con la existencia de uno solo de los agentes se puede producir la enfermedad. Según esta teoría, el individuo y el medio ambiente están limitados para modificar el efecto del agente patógeno.
- 2) Modelo de promoción de la salud: varias causas pueden producir un mismo efecto, y los estilos de vida tienen un papel fundamental como agente causal. Se abandona de este modo el enfoque unilateral.

Pero el Informe Lalonde (1973) "*A New Perspective on the Health of Canadians*" sienta las bases de este modelo y pone de manifiesto que el proceso de salud-enfermedad depende de cuatro factores: los estilos de vida (43%), la biología humana (27%), el medio ambiente (19%) y el sistema sanitario (11%).

Por lo tanto, el proceso de salud-enfermedad es un fenómeno de carácter multifactorial con diferentes determinantes, que forman una cadena causal entre ellos (Martínez Navarro, 2000).

De esta forma, las políticas de salud se establecieron de acuerdo con el porcentaje atribuible a cada uno de los determinantes, teniendo en cuenta que los determinantes atribuibles al estilo de vida son los de mayor impacto. La evidencia muestra que el impacto de los servicios sanitarios influye escasamente en la salud de la población, por el contrario, las condiciones socio-económicas y el acceso a la educación son condiciones necesarias para un estilo de vida saludable (González de Haro, 2006).

Este cambio social en las políticas sanitarias da lugar a un nuevo modelo de paciente, más informado y con expectativas más elevadas en relación a la salud y a la sanidad. Consecuentemente necesita más información, tiene más conocimientos de temas de salud y es corresponsable de su propio cuidado, por lo cual se incrementa la conciencia social de la ciudadanía como usuarios responsables (Jovell, 2006).

De acuerdo con esta nueva sociedad, los sistemas sanitarios modernos están diseñados para satisfacer sus necesidades sociales. Teniendo en cuenta que se trata de una sociedad impaciente, que no dispone de tiempo para esperar, con frecuencia se hace un uso indebido de los servicios de urgencias, ya que se busca encontrar soluciones rápidas a sus problemas de salud.

Unido a esto, el envejecimiento progresivo de la población y el aumento de las comorbilidades, ha provocado la transición de una sociedad con enfermedades únicas y agudas, a una sociedad con pluripatología y crónicas. Todo ello en un contexto en el que se sigue sin tener en cuenta los determinantes sociales de

la salud y donde prevalecen los hospitales de tercer y cuarto nivel, con alta tecnología y atención fragmentada. A esto hay que añadir una mayor cobertura mediática de los temas relacionados con la salud, además de los cambios demográficos, epidemiológicos, económicos y educativos (Jovell, 2002).

Lo anteriormente citado ha dado lugar a que la opinión pública presione para que los servicios sanitarios sean prioritarios en la agenda política y en el Estado del Bienestar. Por otro lado, el cambio social que se ha dado en las últimas décadas ha propiciado un sistema sanitario basado en los valores sociales, intentando evitar las demandas judiciales que se han incrementado no solo en nuestro sistema sanitario, sino también en otros como EEUU (Mello, Studdert, DesRoches, Peugh, Zapert, Brennan y Sage, 2005).

Para Jovell (2006), como resultado de este cambio social, en España se da un nuevo modelo de usuario condicionado por los patrones de utilización de los servicios públicos. Son pacientes de alta complejidad, no solo por su patología, sino por el tipo de visita médica, que está cada vez más influenciada por la presión asistencial, las nuevas tecnologías, escasa preparación de los profesionales en habilidades comunicativas, mayor exigencia de los pacientes al ser pacientes “*googlelizados*” a lo que se suma la baja autoestima y el burnout de los profesionales.

Por otro lado, el paciente considera que la excelencia del servicio no solo está relacionado con cuestiones técnicas, sino también con elementos clave en la relación médico-paciente como la cortesía, informar y explicar, escuchar y atender, tratar al paciente con respeto, atender no solo al paciente, sino también a la familia, mirar a los ojos, sonreír, llamar a los pacientes por su nombre (Prakash, 2010).

3.2 Cambio de roles

El escenario expuesto hasta el momento se hace más complejo cuando la atención sanitaria califica a sus usuarios como clientes y no como pacientes.

Según Mell y Ericsson (2012), el paciente no puede ser considerado cliente por tres razones fundamentales:

- a) El paciente no elige estar en un centro sanitario. Un cliente puede decidir si acude o no a recibir un servicio, cuándo lo hace y que productos va a adquirir. Un usuario de los servicios sanitarios acude por necesidad y su capacidad de elección está restringida a las propuestas que le haga el equipo sanitario. Aún así, se está dando una relación más simétrica entre profesionales y pacientes.
- b) El sistema pide a los pacientes que tomen decisiones trascendentales en momentos de gran estrés emocional y de acuerdo con información poco adaptada a sus conocimientos.
- c) Las decisiones de los pacientes están condicionadas por su entorno social (Mell y Ericsson, 2012).

3.2.1 La alfabetización en salud

Esta nueva sociedad, con nuevos roles, ha experimentado un aumento en la alfabetización básica que no se ha visto correspondida con la alfabetización sanitaria (Baker, 2006; Sørensen et al., 2012).

La alfabetización en salud (en adelante AES), traducción del término inglés *health literacy*, es un concepto introducido en los años 70 que cada día adquiere mayor relevancia. La OMS, (1998) la define como:

“las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud” (p.10).

Según Jovell, (2006) por AES se entiende:

“la capacidad de las personas para encontrar, entender y utilizar adecuadamente, en beneficio propio o de aquellas personas que cuidan, la información relacionada con los temas de salud e implica saber acceder a la información de manera adecuada, interpretarla, juzgarla y aprovecharla para tomar decisiones bien fundamentadas sobre la propia salud y la de nuestra comunidad” (p. 87).

Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman & Rudd (2005) hacen referencia a la definición realizada por Nielsen-Bohlman, Panzer, Hamlin y Kindig (2004) como:

“la habilidad para obtener, procesar y entender información básica con respecto a la salud, necesaria para tomar decisiones para el cuidado de la misma” (p. 175).

Pese a las numerosas definiciones, no hay una consensuada ni aceptada, ni tampoco sobre sus dimensiones y las herramientas más adecuadas para medirla. (Baker, 2006; Sørensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska y Brand, 2012).

Por contra, sí está aceptado que la población con un nivel de AES más bajo es especialmente vulnerable a la enfermedad, les cuesta más reconocer los síntomas y las medidas de prevención que deben utilizar. Además, la utilización poco adecuada de los medicamentos y la dificultad para establecer una adecuada relación médico-paciente, hace que aumenten las consultas a los servicios de urgencias y haya un elevado número de hospitalizaciones y reingresos hospitalarios (Schillinger, Grumbach, Piette, Wang, Osmond, Daher y Bindman, 2002).

La población de edad avanzada con una AES limitada, es un factor indiscutible de mortalidad en esta población que además suele presentar pluripatología (Sudore, Yaffe, Satterfield, Harris, Mehta, Simonsick y Ayonayon, 2006).

En este contexto, la sociedad cada vez utiliza más el acceso a internet, muchas veces de manera indiscriminada y haciendo uso de información con escasa evidencia científica. Este acceso a internet dota a los pacientes de una información que les empodera para tomar decisiones y para, en algunas ocasiones, exigir determinadas intervenciones sanitarias que no están indicadas según el criterio clínico.

Pero el uso de internet también tiene beneficios, ya que involucrarse en el proceso de toma de decisiones está demostrado que aumenta la satisfacción y los conocimientos sobre temas de salud (Coulter, Ellins, Swain, Clarke, Heron, Rasul y Sheldon, 2006), siendo un medio de fuerte impacto para difundir educación sanitaria a la población en general, además de impulsar la interacción entre paciente, profesionales y cuidadores. La información que recibe el paciente en relación a su salud, en una proporción importante está vehiculizada por las Tecnologías de la Información y Comunicación (en adelante TIC) (Vasconcellos-Silva, Castiel, Bagrichevsky y Griep, 2010).

Sin embargo, este consumo puede generar lo que White & Horvitz (2009, 2010) denominan “*cibercondría*” que puede hacer llegar a conclusiones erróneas que lejos de ayudar en la toma de decisiones pueden llegar a “*infoxicar*” a los individuos.

3.2.2 La eSalud y la Salud 2.0

El uso de internet está demostrado que influye en la forma de comunicarnos y en la manera de adquirir conocimiento. Así, el último estudio del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE) (2015) revela que un 67,7% de la población busca información sobre temas de salud en internet.

Estamos en un periodo de transición de la sociedad industrial a la sociedad en red, propiciado por cambios económicos, organizativos y culturales que a la vez se interrelacionan con cambios en los sistemas de información y de las TIC (Castells, 2006; Lupiáñez-Villanueva, 2010).

El concepto de Web 2.0, introducido en 2004 por O'reilly, (2005) y que fue definida como las tendencias socioeconómicas y tecnológicas que darán lugar a la siguiente generación de internet, en la que habrá una participación activa de la ciudadanía y efectos en la apertura a la red, dio lugar posteriormente al concepto de Salud 2.0.

Este fue el punto de partida de la denominada revolución 2.0, término que desde entonces ha sido ampliamente utilizado en el ámbito de la salud (Díez, Sánchez y García, 2013), el cual deja atrás el modelo unidireccional ya que facilita la comunicación interactiva bidireccional. Gracias a esta facilidad para la comunicación, surgen comunidades virtuales interconectadas de pacientes, profesionales o ambas, que generan y difunden contenidos, lo cual proporciona mayor satisfacción a los usuarios, en parte debido a su inmediatez para poder disponer de información actualizada.

Tanto la Web 2.0 como la Salud 2.0 se basan en el concepto de inteligencia colectiva y colaborativa y las herramientas utilizadas son específicas como blogs, *podcasts*, wikis, que permiten estar al día en todo, también en temas de salud (Van De Belt, Engelen, Berben y Schoonhoven, 2010).

La mayoría de estos cambios en la actividad de los pacientes son positivos para la atención sanitaria y para ellos mismos, en este sentido, se abren dos nuevos campos de acción:

- a) La eSalud, un campo emergente en la intersección entre la informática médica, la salud pública y las iniciativas privadas, en relación con los servicios de salud y la información que reciben los pacientes a través de Internet y las nuevas tecnologías.
- b) La Salud 2.0, como modelo integrador e innovador sanitario, que utiliza como herramientas principales la Web y las Aplicaciones 2.0 (Silano, 2013).

Según la OMS, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2011-2012) la eSalud consiste en:

“el apoyo que la utilización costo-eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitaria, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud” (p. 2-3).

Los pacientes usan fundamentalmente la web para estar informados sobre su proceso de salud, para recibir información médica de forma continuada, resolver dudas o para compartir experiencias con otros pacientes en su misma situación clínica. Gracias a esta nueva manera de interaccionar, surge una nueva figura con interés por relacionarse con los profesionales sanitarios y que desea participar en grupos de apoyo en línea con otros pacientes, se trata del “e-paciente” (Traver y Fernández-Luque, 2011).

La evolución del acceso a internet tiene aspectos que deben ser tenidos en cuenta por la comunidad científica y por los profesionales de la salud ya que cambia el modelo de relación y los roles que existían hasta ahora:

- a) **Globalización en el acceso a Internet:** los usuarios de Internet han venido creciendo exponencialmente en los últimos años en todos los continentes y culturas, lo cual hace pensar en la globalización de este servicio.
- b) **La salud es un área de búsquedas frecuentes por Internet:** aunque los profesionales son la primera fuente de información en salud, entre un 89 % y un 91% de ciudadanos manifiestan que han conseguido información de salud a través de internet. El porcentaje baja al 38% entre las personas que no han terminado la educación secundaria. Las cifras bajan aún más cuando se evalúan aquellos que no terminaron la educación secundaria (Fox, 2011).
- c) **Acceso creciente a las redes sociales:** cada vez es más frecuente que centros sanitarios de referencia como la Clínica Mayo compartan información en las redes sociales a través de YouTube, posts, Twitter o Facebook.

- d) **Acceso creciente a los teléfonos inteligentes y a la llamada salud móvil o e-salud:** los "Smartphone" o teléfonos inteligentes son el sector con más rápido crecimiento. Permiten descargar aplicaciones específicas de salud orientadas a resolver dudas. Gracias a ellos, los pacientes pueden hacer preguntas, reclamaciones y los profesionales pueden hacer educación sanitaria y estrechar lazos de relación con los pacientes.
- e) **El acceso abierto, Crowdsourcing y Medicina Participativa:** el concepto de *crowdsourcing* tiene que ver con el poder de la gente, o el de *medicina participativa* o centrada en el paciente, gracias a la cual se resuelven problemas a los pacientes con enfermedades raras de manera colaborativa (Meskó, 2013).

Así pues, los cambios que han incorporado las TIC afectan a la ciudadanía, a los pacientes a los profesionales sanitarios pero también a las organizaciones sanitarias y a la administración, ya que facilita un nuevo modelo de relación entre paciente y profesional que permite compartir conocimiento, resolver dudas de manera inmediata y una mejor coordinación entre niveles asistenciales, además de evitar desplazamientos y visitas innecesarias a los pacientes (Van De Belt, Engelen, Berben y Schoonhoven, 2010).

Ahora el reto está en cómo facilitar la información más adecuada para cada paciente, cuáles son las fuentes de información en las que confiar y hasta qué punto los profesionales pueden influir en que la educación sanitaria y la información provenga de fuentes de calidad. La cuestión se centra en devolver al profesional uno de sus roles más importantes: educar para la salud y dar información veraz y de calidad, por lo tanto, la salud 2.0, requiere que los contenidos sean seguros y la posibilidad de interaccionar con profesionales y/o otros pacientes en la red (Rubio, Muñiz y Fernández, 2008).

Según la revisión realizada por Torrente, Escarrabill y Martí (2010), los resultados en los estudios sobre redes sociales de pacientes, destacan las consecuencias positivas: acceder a información sanitaria de forma rápida y en cualquier lugar, ofrecer y obtener consejo tanto de profesionales sanitarios como de otros

pacientes con las mismas dolencias preservando el anonimato. Ahora bien, la parte negativa es cómo verificar la calidad de la información que circula en estas redes.

En este contexto aparecen los *e-pacientes* como un recurso de salud para promocionar el autocuidado y la participación en su salud (Ferguson, 2011).

3.2.3 El e-paciente

El e-paciente es un movimiento que nace en EEUU y que evoluciona gracias a internet. Como ya se ha destacado anteriormente, uno de los intereses fundamentales para la ciudadanía en internet es la salud, por tanto, cualquier paciente con acceso a internet es un potencial *e-paciente*.

Pero internet solo es la herramienta, ya que el cambio de roles permite que los *e-pacientes* tomen sus propias decisiones una vez asesorados por el equipo asistencial. La diferencia entre el *e-paciente* y los ciudadanos que buscan información de manera indiscriminada en internet, es que los primeros buscan información de calidad. Así aparece la figura del paciente informado, en una actitud colaboradora con el profesional (Kiesler y Auerbach, 2006; Ratzan 2007). Es un paciente consciente de su enfermedad y de su situación clínica que quiere colaborar con los profesionales para cumplir, de la mejor manera posible, su tratamiento; de esta forma se convierte en paciente experto y puede ayudar a otros pacientes, contribuyendo a la mejora de los servicios sanitarios (Jovell, Navarro-Rubio, Fernández y Blancafort, 2006).

A partir de estas premisas aparecen otros dos conceptos clave: paciente empoderado y paciente experto.

3.2.4 El paciente empoderado

El término “empoderado” /” empoderamiento” comenzó a utilizarse en EEUU entre las décadas de los 70-80 en relación a los movimientos sociales por la lucha de los derechos de las mujeres, homosexuales y discapacitados. Tiene diferentes significados según el contexto social y político en el que se utilice (Chaná, 2012).

El concepto empoderamiento hace referencia a la facultad de los seres humanos para poder decidir en relación a cuestiones que afecten a sus vidas. En el plano de la salud, el concepto tiene que ver con la posibilidad que tiene el paciente, relegado tradicionalmente a un rol pasivo, a adoptar una actitud activa en todo lo que se refiere al cuidado de su salud.

Hasta la década de los 80 del siglo XX en una actitud paternalista, los profesionales sanitarios tomaban las decisiones por el paciente, sin contar con los determinantes psicosociales que le rodeaban. Empoderar al paciente implica eliminar estas actitudes paternalistas tan arraigadas por parte de los profesionales (Thesen, 2005).

3.2.5 El paciente experto

El término “*paciente experto*”, ha sido visto con inseguridad por parte de los profesionales sanitarios, en parte debido a la connotación negativa del concepto ya que puede ser interpretado erróneamente, dando lugar a exigencias por parte del paciente en relación a decisiones clínicas, sobre todo por las consultas previas a la visita médica realizadas en internet sobre temas relacionados con su enfermedad (Trillo, 2010).

Para Jovell, Rubio, Maldonado y Blancafort, (2006) el concepto de “*paciente experto*” está ampliamente aceptado, y lo definen como aquel que “*puede ayudar a otros pacientes a ejercer mejor sus derechos y contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud*” (p.234), aunque según estos mismos autores falta por ver si el profesional está preparado para asumir este nuevo tipo de relación.

Hasta hace 30 años no existía este tipo de paciente que incluso graba las consultas médicas, lo cual añade un estrés al que ya padecen los profesionales que disponen de poco más de 10 minutos para tratar problemas de salud, algunos de ellos de elevada complejidad. Este tipo de pacientes reclama respuestas inmediatas a sus demandas y no tolera la espera, por lo que la reflexión de los

clínicos antes de tomar decisiones sobre el tratamiento o pruebas a realizar, es valorada negativamente, ya que prima la productividad y la eficiencia.

En este contexto social, se valora la resolución de casos en el menor tiempo posible, lo cual tiene como consecuencia la “cosificación” de la salud, que se ha convertido en mercancía sujeta a la ley de la oferta y la demanda. En este sentido, problemas de salud que en otra época se resolvían en el domicilio, ahora son motivo de consultas a urgencias, habitualmente en centros sanitarios altamente especializados y con la impotencia por parte de los profesionales, para disuadir a la ciudadanía de este uso injustificado (Rillo, 2015).

El riesgo de este nuevo tipo de paciente es la adopción de un rol que le empodera para tomar decisiones clínicas, incluso sin estar facultado para ello, consecuencia de la información recabada de internet, que no siempre se ajusta a evidencias científicas. Por ello se hace necesario determinar cuáles son sus derechos y sus deberes y facultar a los profesionales sanitarios en habilidades comunicativas para informar y transmitir conocimiento fiable a los pacientes.

En un estudio realizado en Canadá por Tamblyn (2007) se mostró la relación entre las habilidades comunicativas y las denuncias registradas por los pacientes ante el Consejo Médico de Canadá. La conclusión del estudio es que los médicos con habilidades comunicativas en el cuartil inferior, tuvieron más denuncias por parte de los pacientes. España no es ajena a esta situación, de hecho, las demandas a los médicos se han cuadruplicado en los últimos diez años (Fernández-Berrocal, 2010).

Estos estudios y otros similares han hecho que las universidades y las instituciones sanitarias impulsen la formación en habilidades comunicativas en los profesionales sanitarios. De igual manera, a finales de los 90 comienzan a aparecer publicaciones que ponen de manifiesto la importancia de la relación médico-paciente, siendo un indicador de calidad en el sistema sanitario (Fernández-Berrocal, 2010).

Pero la humanización sanitaria no es algo nuevo en España; en el siglo XX Gregorio Marañón (1887-1960) se considera el antecedente de una manera más humana de relacionarse con el paciente (Ramírez, 1995). Lo cierto es que la relación médico-paciente ha sido asimétrica a lo largo de los años, aunque la

evolución de la ciudadanía que muestran los barómetros sanitarios realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas, permite ver a los pacientes asumiendo nuevos roles con los profesionales y en relación a los servicios que utilizan (Coulter y Magee, 2003).

La relación médico-paciente, también está teniendo importantes cambios motivados por la sostenibilidad del sistema. Estamos pasando de una medicina centrada en el sistema, a una medicina centrada en el paciente y su entorno, lo cual hace que este pueda tomar decisiones sobre su futuro (Barrionuevo y Basagoiti, 2009). En este sentido, el rol del paciente ha dejado de ser pasivo para pasar a ser corresponsable en la toma de decisiones sobre su salud y/o su enfermedad. Esta nueva realidad ha motivado que se busquen nuevas fórmulas de gestión en los sistemas sanitarios, enfocando de forma diferente la actividad diaria de los profesionales. Igualmente se está apreciando un cambio de actitud en el paciente, que ha pasado de paciente a impaciente (Frenk et al., 2015).

Por otro lado, la participación del paciente en la toma de decisiones también ha propiciado un cambio en el modelo de atención, pasando de un modelo paternalista, con control total por parte del profesional, a un modelo donde se ejerce la autonomía, en una continua negociación paciente-profesional (Fontcuberta, 2012).

3.3 Percepciones, actitudes y conductas

La relación médico-paciente forma parte de las relaciones humanas más sensibles y complejas (Cruz, Hernández, Abraham, Dueñas y Salvato, 2012). En los últimos 30 años se ha producido un cambio importante, dejando el antiguo modelo en el que el principio de beneficencia había sido considerado como un acto en el que se perdía la autonomía del paciente a favor de una actitud paternalista por parte del médico. Esta es una concepción asimétrica en la cual el profesional no solo diagnostica y trata, sino que también se hace cargo de los recursos que el paciente necesita para gestionar su propia salud (Celedón, 2016).

En la relación médico-paciente intervienen factores como la personalidad de los dos actores, los aspectos de la comunicación verbal y no verbal, las conductas dependientes de los roles que desempeñan cada uno de ellos, las interacciones emocionales (Rodríguez, 2008 y Cruz, Hernández, Abraham, Dueñas y Salvato, 2012).

En esta relación, con más frecuencia de la necesaria hay conflicto entre los valores del paciente y los del médico. Para reducir esta asimetría, se ha optado por dar más control al paciente reduciendo el poder del médico. Pero este modelo no asume el potencial desequilibrio entre los valores del paciente y los del médico, donde el paciente demanda seguridad, por lo que se intenta dibujar una relación de simetría basada en la reciprocidad (Baró y González, 2014).

Emanuel y Emanuel (1999), definieron cuatro modelos de relación médico-paciente:

- a) *Modelo deliberativo*. En el que el médico ayuda al paciente a decidir sobre cuál es la mejor opción terapéutica. Se tienen en cuenta los valores relacionados con la salud y no los del paciente.
- b) *Modelo interpretativo*. El profesional interpreta los valores del paciente en cada momento y le ayudará a tomar la decisión que más satisfaga estos valores. El tratamiento prescrito será acorde con los valores que él ha interpretado. La novedad respecto al anterior modelo es que se incorpora al paciente en el análisis del proceso.
- c) *Modelo informativo*. El profesional informa al paciente sobre las opciones terapéuticas disponibles y el paciente toma la decisión de acuerdo con sus valores.
- d) *Modelo paternalista*. El médico elige el tratamiento que considera mejor para el paciente, poniendo por delante los intereses del paciente. El paciente carece totalmente de autonomía.

Como se ha visto, la relación médico-paciente ha pasado por diferentes periodos. Mark Siegler en 1997 citado por Celedón (2016) divide en tres los periodos históricos de la relación médico-paciente:

- a) Era del paternalismo del 500 AC a 1960. El médico es el único responsable en tomar decisiones que afecten al paciente, hay por tanto una confianza absoluta en él.
- b) Era de la autonomía del paciente, a partir de 1960. A finales de esta década aparece el primer código de derechos del paciente y el Consentimiento Informado que tiene un fuerte impacto en la autonomía del paciente.
- c) Era de la burocracia. Al médico se le exige eficacia en el tratamiento y eficiencia en la gestión de recursos sanitarios (Couceiro, 2013).

A partir de este momento el médico tiene un doble rol: tratar al paciente de manera adecuada y optimizar los recursos sanitarios (Couceiro, 2012). Tan malo puede ser un extremo como otro, es decir, gestión poco eficiente o visión economicista de la salud (Celedón, 2009 y Estella, Díaz, Sendín, Camacho, Garzón, de Pedro y Alonso, 2005).

Existen datos empíricos sobre la repercusión en la atención sanitaria de la nueva relación médico-paciente:

- a) Los médicos se sienten poco valorados y ven en la tecnología una competidora en la relación médico-paciente.
- b) Los pacientes cada vez son más demandantes y exigentes, demandan consultas rápidas, efectivas y de calidad.
- c) Los pacientes dan más importancia a la comunicación con el médico que al tratamiento o las pruebas complementarias. Precisamente es a esto último a lo que más importancia da el médico.
- d) Prefieren recibir información de su enfermedad a través de su médico que a través de internet.
- e) El paciente cada vez más exige autonomía en la toma de decisiones y exige no solo información, sino participar también en la toma de decisiones (Celedón, 2016).

Capítulo 4

Riesgos psicosociales en el trabajo

4.1 Riesgos Psicosociales en el trabajo asistencial sanitario

En los últimos años ha habido cambios en el mundo laboral que han afectado a todos los trabajadores. En 2007 la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, dejó en evidencia que los riesgos psicosociales en el trabajo son consecuencia de los cambios socioeconómicos, políticos, técnicos y organizativos. Según este informe, el estrés laboral constituye uno de los riesgos psicosociales más importantes y sus consecuencias no solo repercuten en la salud de los trabajadores, sino que tienen un coste económico y social importante (Leka, Jain, Zwetsloot & Cox, 2010).

La NGP ha sido analizada por el conjunto de las ciencias sociales (Christensen y Lægreid, 2001, 2007; Dunleavy et al, 2006; Minogue, Polidano y Hulme, 1999); sin embargo, a pesar de su impacto en el entorno laboral, no ha tenido tanta repercusión en la psicología social del trabajo (Baraldi y Car, 2008; Blanch y Stecher, 2009; 2010; Oberlander, 2003; Ullrich, Polasky y Bach, 1998). Ha sido considerada como una variable independiente ambiental que se hace visible en la variable individual (persona trabajadora) y dependiendo de su forma de afrontar las demandas de su entorno laboral lo que, como se verá más adelante, puede derivar en *burnout* (Gil Monte y Marín, 2007).

4.1.2 Estrés laboral y *burnout* o desgaste profesional

En 2006, Waddell G et al. publicaron una extensa revisión en la que se evidenciaba que el trabajo tiene beneficios para la salud física y mental, además de una capacidad terapéutica para tratar los efectos adversos del desempleo.

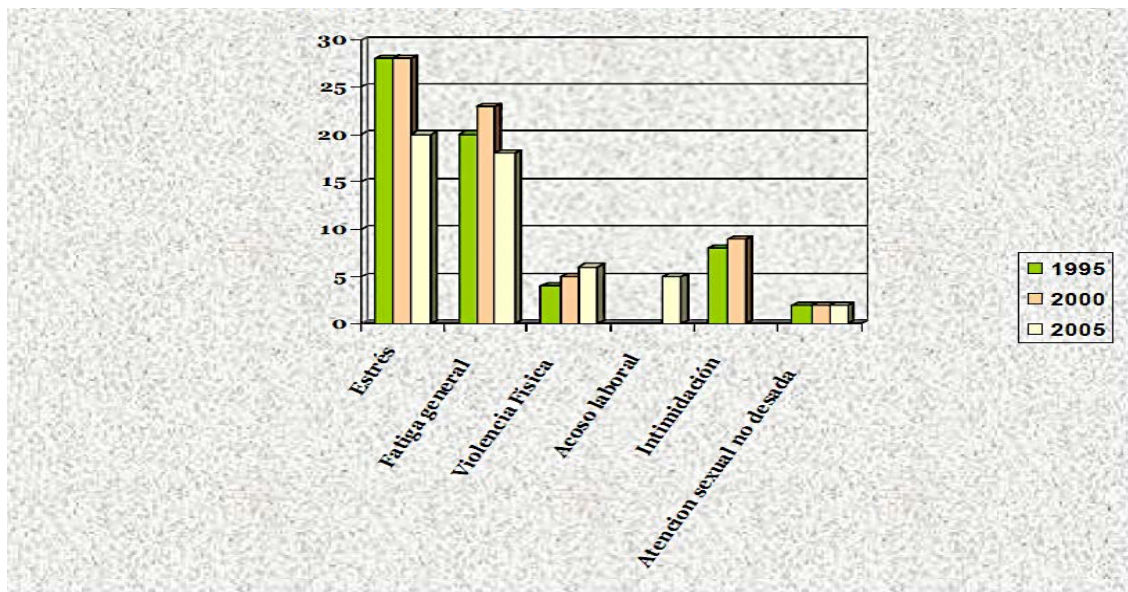
Pero también tiene efectos negativos sobre la salud, que se conocen como riesgos psicosociales e inciden directamente en el estrés laboral. Los más frecuentes son las tareas monótonas y complejas y la elevada intensidad del trabajo.

Según Eurofound, (2014) en Europa, el 25 % de los trabajadores sufren estrés relacionado con el trabajo durante toda o casi toda su jornada laboral y un porcentaje similar declara que el trabajo tiene un efecto negativo sobre su salud. Los factores organizacionales y psicosociales y su relación con la salud laboral, están teniendo un reconocimiento en los últimos años como resultado de los cambios en las organizaciones y de los procesos globalizadores. La exposición a los riesgos psicosociales cada vez es más frecuente, por lo que se hace necesario su identificación, evaluación y seguimiento, con el fin de evitar sus repercusiones sobre la salud y la seguridad laboral (EU-OSHA, 2012; Houdmont y Leka 2010; Leka y Houdmont, 2010; Näswall, Hellgren, Sverke, 2008; EU-OSHA, 2007).

La preocupación por su impacto en la salud del trabajador viene de la década de los años 70. A partir de entonces ha crecido la importancia que se le ha dado a la vez que su complejidad y la diversidad de formas para referirse a ellos. Moreno y Báez (2014) Identifican tres formas:

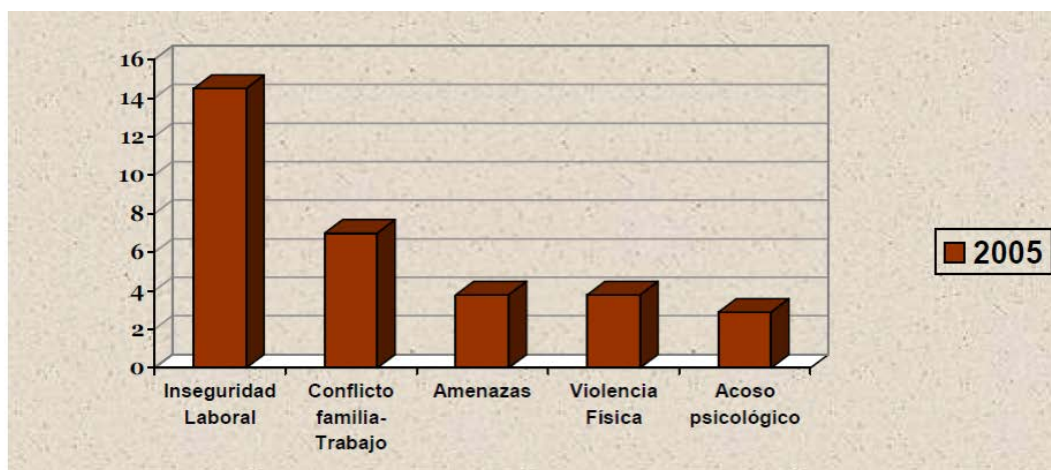
1. Factores psicosociales.
2. Factores psicosociales de riesgo o factores psicosociales de estrés.
3. Riesgos psicosociales (Ver tablas 1 y 2).

Tabla 1
Riesgos Laborales Psicosociales en Europa



Fuente: Recuperado de Moreno & Báez, (2014).

Tabla 2
Factores de Riesgo Psicosocial



Fuente: Recuperado de Moreno & Báez, (2014).

Aunque son términos muy próximos entre ellos y no se establezcan distinciones, las diferencias son importantes como se verá a continuación.

El *burnout* se da como consecuencia del estrés crónico organizacional, que acaba agotando emocionalmente al profesional, y desmotivándole de sus tareas laborales. Tiene carácter de riesgo laboral por las consecuencias laborales y en la salud del trabajador (Moreno, y Báez, 2014; Humphries, Morgan, McGowan, Montgomery y McGee, 2014).

Los estudios publicados evidencian que, independientemente de cómo se financie la atención sanitaria, los sistemas sanitarios se enfrentan a problemas de calidad, agotamiento e insatisfacción de los profesionales. Debido a la recesión económica ha habido escasez de profesionales, con informes que concluyen que muchos de ellos manifiestan su intención de dejar su trabajo en centros sanitarios, lo cual podría comportar una infradotación de personal en los sistemas sanitarios de países europeos. El riesgo a medio plazo es que la escasez de profesionales pueda prolongarse aún cuando las condiciones económicas mejoren, lo cual repercutirá en los resultados en los pacientes (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede y Sermeus, 2013).

Igualmente hay estudios que evidencian que los hospitales con un buen ambiente laboral, mejoran los resultados en relación a la satisfacción de los pacientes (Aiken, Sermeus, Van den Heede, Sloane, Busse, McKee y Tishelman, 2012).

Los profesionales más afectados con este síndrome son médicos y otros trabajadores de la salud, sobre todo por los turnos rotatorios y su involucración en los problemas de los pacientes (Sarango y Stiwar, 2017). Además, el volumen de trabajo se ha visto notablemente aumentado en los últimos años, lo cual ha sido motivo de diferentes estudios científicos (Cranney, 2001; Rundall et al., 2002; Suner-Soler, 2013).

Otros estudios han mostrado que estos factores de riesgo psicosocial pueden afectar a los pacientes, a los profesionales y, por tanto, a la calidad de los servicios sanitarios (British Medical Association, 2015; Addicott, Maguire, Honeyman y Jabbal, 2015). Así, por ejemplo, en Reino Unido el 60% de los médicos de más de 50 años manifiestan querer dejar el contacto directo con los pacientes debido al estrés laboral y a la escasa satisfacción con su trabajo (Gibson, Checkland, Coleman, Hann, McCall, Spooner & Sutton, 2015).

En España, Grau et al. (2005) realizaron un estudio entrevistando a 1000 trabajadores sanitarios hospitalarios en el que se evidenció que los médicos fueron el colectivo más afectado por el cansancio emocional y el desgaste profesional.

4.2 Violencia ocupacional como riesgo psicosocial

4.2.1 Concepto de Violencia

Etimológicamente la palabra “violencia” proviene del latín “*vis*” (fuerza, vigor, potencia) y “*latus*”, forma verbal del verbo “*ferus*” (llevar o transportar). Ajustándonos a la definición etimológica Blair, (2009) y Sémelin, Andrieu, y Gensburger, (2011) definen la violencia como el hecho de ejercer fuerza a algo o a alguien.

La OMS en el *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*, (2003) define la violencia como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (p.3).

Esta definición abarca tanto el aspecto interpersonal como la violencia hacia uno mismo, incluso los conflictos armados. Además de la violencia física, hace referencia a las amenazas e intimidaciones como forma de violencia.

Chappell y Di Martino (2006) definen la violencia en el lugar de trabajo como:

"cualquier incidente en el cual un empleado es abusado, amenazado o atacado por un miembro del público (paciente, cliente y/o compañeros de trabajo)" (p.29).

Estos autores consideran que además de factores individuales que pueden desencadenar la violencia ocupacional, también existen factores "ambientales", ya que la persona agresora y la víctima interactúan en un espacio laboral. Las condiciones sociales y culturales de este espacio pueden facilitar el contexto de violencia, sobre todo en lugares muy frecuentados por público, donde hay una organización deficiente, distribución del trabajo poco equitativa o sobrecarga de trabajo. También consideran que hay diversas situaciones de riesgo que pueden desencadenar la violencia, como el trabajar con personas en situación de estrés, el trabajar solo o el hacerlo atendiendo al público. Por otro lado, los pretextos que la persona agresora utiliza para ejercer la violencia sobre la víctima pueden ser de diferentes categorías: percepción de mala calidad del servicio recibido, percepción de trato inadecuado, percepción de vulneración de sus derechos.

La OIT (2003) define violencia en el lugar de trabajo como:

"toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma" (p.25).

Según esta definición, la violencia interna se da entre los trabajadores, mandos, mandos intermedios y la violencia externa es la que tiene lugar entre trabajadores, personal directivo y una tercera persona que se encuentra en el entorno laboral de manera legítima (cliente, paciente, usuario). Esta violencia externa se diferencia de otro tipo de violencia externa en la que la tercera persona se encuentra en el lugar de trabajo de manera ilegítima, por ejemplo, para cometer un delito (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Entre los elementos comunes a estas definiciones de violencia, figura la fuerza física o la amenaza de emplearla de forma deliberada y con intención de causar daño. También se aportan dos elementos clave en la definición de violencia: su carácter relacional, ya que mediante la violencia se pretende modificar el comportamiento de otra persona, y el ataque deliberado a la integridad física o moral de la víctima a la cual limita para actuar con libertad (Ampudia, Manrique, Pomalaya, Reynoso, García, Sotelo y Chcaltana, 2011).

La violencia es multifactorial, y por tanto se ha de diferenciar entre tipos de violencia. La violencia puede ser contra uno mismo, contra otras personas o contra objetos y cosas, y puede ser implícita o explícita (Canetti, Hall, Rapaport, y Wayne, 2013).

La víctima recibe el comportamiento violento y el victimario es la persona responsable de los hechos (Burgos y Paravic, 2003). La violencia, se suele manifestar mediante acciones como insultos, humillación, golpes, destrucción de la propiedad e incluso el asesinato. En general, trata de imponer la voluntad de alguien sobre los demás por medio de la presión o el daño físico y no solo afecta a la víctima, también perturba la estabilidad de familiares y amigos (Cantera, Cervantes y Blanch, 2008; Savenstani, 2007; Habibzadeh, Poufarzi, Mehrtak, Sadeghiyeh-Ahari, Jafari-Oori, Hajizadeh-Bastani y Azari, 2016 y Chappell y Di Martino, 2006).

La violencia y el acoso laboral atentan contra el derecho a la dignidad humana, a un trato equitativo en el lugar de trabajo, a la no discriminación y con frecuencia a la salud de la persona. Las personas que son agredidas o que sufren violencia, sienten inseguridad en su trabajo, generan mayor absentismo laboral, lo cual repercute sobre la productividad, la economía de las empresas y de la administración (Ver tabla 3).

Tabla 3

Absentismo laboral y nº de días de baja por problemas relacionados con el trabajo

Número medio de días de baja	Motivo de la baja			
	Acoso laboral	Violencia física por parte de empleados	Violencia física por parte de usuarios	Amenazas de violencia física
1-5 días	4,8	2,4	2,2	2,8
6-15 días	10,2	5,8	8,3	6,6
16-30 días	3,6	2,9	2,4	2,5
31-60 días	1,2	2,2	0,9	1,1
Más de 60 días	2,8	2	1,5	2,1

Fuente: EU-OSHA. Workplace Violence and Harassment a European Picture (2011, p. 77).

Hay encuestas que evidencian que hay un aumento de la violencia en el trabajo, algo que ha hecho reflexionar a los gobiernos sobre la necesidad de aplicar medidas preventivas. Así, por ejemplo, los países noreuropeos tienen políticas coordinadas para prevenir el acoso y la violencia. En España recientemente se ha legislado al respecto y se ha incorporado a los interlocutores sociales en la definición de políticas para hacerle frente.

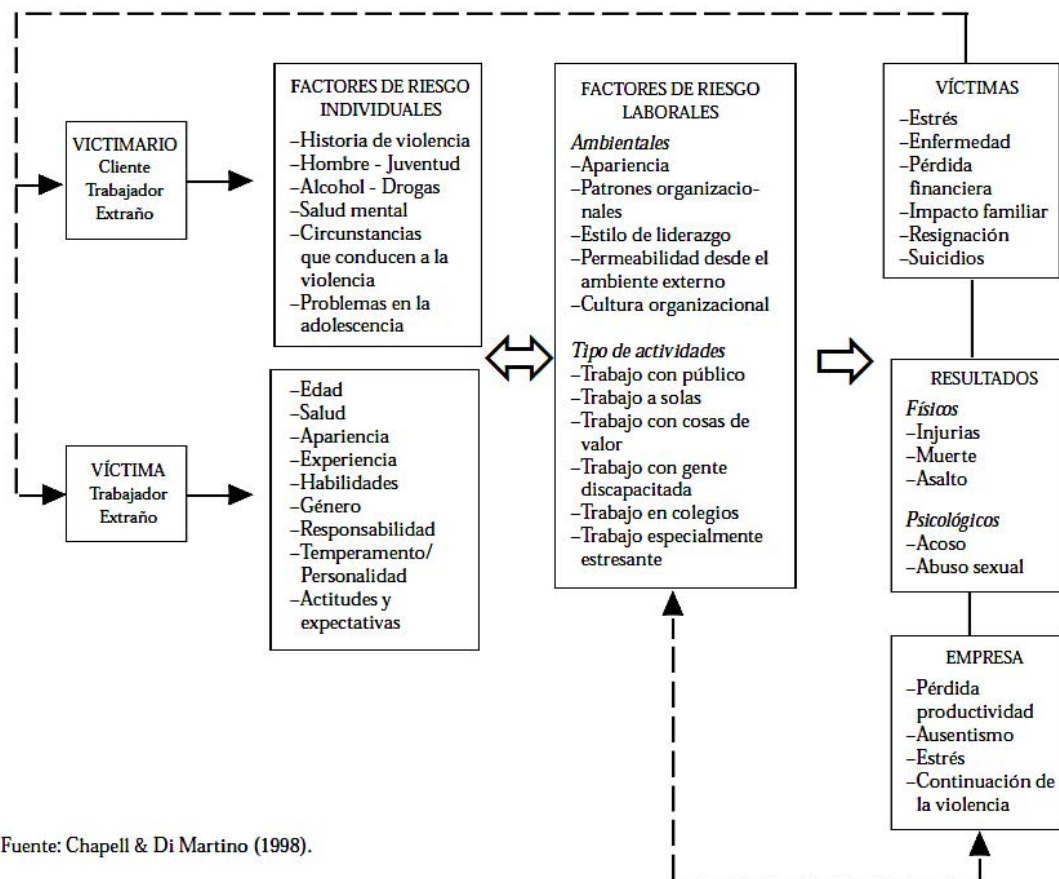
Diferentes organismos internacionales están de acuerdo en que la violencia ocupacional y el acoso en el trabajo (*work-related violence & harassment*), sobre todo en el sector servicios y más concretamente en los servicios sanitarios, es un factor de riesgo psicosocial de gran magnitud y un problema emergente en la calidad de vida y de los derechos de los trabajadores que requiere un abordaje político y una evaluación científica (Paoli, 2001; Kingma, 2001; OIT, CIE, OMS y ISP, 2002; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002; OSHA, 2004; Chappel y Di Martino, 2006; Eurofound, 1995; 2000; 2005; 2006; 2010; CIE, 2007; ILO 2008; European Social Dialogue, 2015; OSHA, 2004; 2011 EU-OSHA, 2007; 2011; WHO, 2010; Nedham, McKenna; Kingma y Oud, 2010, 2012; Lameiro, Besteiro, Cuevas, Pérez, Gómez y Del Campo (2013); Rodríguez y Paravic, 2013; Bernaldo-de-Quirós, Labrador, Piccini, Gómez y Cerdeira (2014); Nedham, Kingma, McKenna, Frank, Tuttas, Kingma y Oud, 2014; Privitera, Bowie y Bowen, 2014).

Diferentes autores han descrito factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en los actos violentos (Khanzadeh y Taher, 2014) y coinciden en señalar a esta como un fenómeno poliédrico y adquirido (Chappell y Di Martino, 1998; Buinic, Morrison & Shifter, 1999; Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo, 1999; OMS, 2002; Blair Trujillo, 2009).

En este sentido, la violencia es ejercida como una forma de poder (Blair Trujillo, 2009); ya que se utiliza para dominar y cambiar la voluntad de otra persona.

Figura 10

Violencia laboral: Un modelo interactivo



Fuente: Chapell & Di Martino (1998).

Entre los factores de riesgo para que se de violencia ocupacional, el entorno laboral es uno de los más importantes, considerando que las áreas de salud, sobre todo urgencias y áreas psiquiátricas, son las zonas donde esta se da con más frecuencia (Chappell y Di Martino, 2006; Cantera, Cervantes y Blanch, 2008) (Ver figura 10).

En relación a la violencia contra los profesionales sanitarios, la literatura científica disponible (AMA, 1995; ANA, 2002; OIT/ CIE/ OMS/ ISP, 2002; Di Martino, 2002b; Di Martino et al, 2003; OMS, 2003; Gerberich, 2004; COMB, 2004; Schopper et al, 2006; Rumsey, 2007; CIE, 2007) evidencia la relación con algunos temas clave:

- a) Es un problema emergente a nivel global.
- b) Tiene graves efectos no solo en las víctimas, también en las organizaciones, en el sistema sanitario y en la calidad de vida de las personas.
- c) Los servicios sanitarios que con mayor frecuencia registran actos violentos son los psiquiátricos, las urgencias hospitalarias y las ambulancias.
- d) Los usuarios que con más probabilidad realizan actos violentos son pacientes con patología psiquiátrica, con problemas de alcoholismo o drogadicción.
- e) La repercusión psicológica en las personas que sufren violencia es grave, pero sorprendentemente se ha minimizado.
- f) Los pretextos utilizados para ejercer la violencia principalmente están relacionados con la información, la percepción del trato recibido, el tiempo de espera, y la asistencia sanitaria recibida.
- g) Los factores de riesgo para que se den actos violentos tienen que ver con la estructura de la organización, con la dinámica socio-laboral, con el comportamiento de la organización, y con factores individuales (ver Figura 11).
- h) La prevención viene dada por la combinación de planes estratégicos para conocer mejor la problemática, conocer mejor los factores de riesgo y disponer de programas preventivos primarios y secundarios (Ver figuras 11 y 12).

Figura 11
Factores de riesgo de violencia ocupacional

- Estructura de la organización. Organización muy rígida (burocratizada o autoritaria), muy flexible (inestable, precaria, impredecible), carente de políticas y normativas coherentes, con circuitos y canales de información inoperantes o deficitarios, con contenidos informativos insuficientes, ambiguos, tardíos, etc. - Conducta organizacional. Gestión arbitraria o autoritaria, trato de favor o discriminatorio, etc. - Contexto laboral y sociocultural. Condiciones y clima de trabajo estresantes, masividad (en salas de urgencias, de consultas externas, etc.), tiempos de espera largos, valoración cultural del individualismo, de la violencia instrumental y de modelos de conducta agresiva (quien no lo exige agresivamente no es atendido adecuadamente), etc. - Factores individuales "predisponentes". <i>Perfiles de riesgo</i> (pacientes con - historial violento, psiquiátricos, alcohólicos, dependientes de otras drogas, etc.).
--

Fuente: Recuperado de Cantera, Cervantes & Blanch, (2008).

Figura 12
Elementos de prevención de violencia en el lugar de trabajo

Nivel	Propuestas
Personal	- Sensibilización - Información - Formación - Capacitación
Organizacional	- Refuerzo dispositivos seguridad - Rediseño organizacional, del espacio físico asistencial, de vías de acceso y de salida de salas de atención, cambios en la cultura y en el estilo de gestión, en la cantidad y en la calidad de la información administrada a las personas usuarias del servicio - Creación de observatorios de violencia ocupacional - Dispositivos de detección precoz, de intervención en crisis, de tratamiento paliativo y, sobre todo, de prevención primaria. - Optimización de sistemas de comunicación - Protocolos de conducta <i>antiviolencia</i>
Social	- Desarrollo y actualización de un marco legal adecuado y suficiente que funcione como factor preventivo de carácter disuasorio - Promoción de valores culturales como el civismo activo

Fuente: Recuperado de Cantera, Cervantes, & Blanch, (2008).

El informe de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (European Agency for Safety and Health at Work; EU-OSHA, 2011), "Workplace Violence and Harassment: a european picture", (*Violencia y acoso laboral: una panorámica europea*), muestra datos sobre la prevalencia de los problemas ocasionados por la violencia laboral, extraídos de estadísticas nacionales e internacionales de países europeos. Así evidencia que los síntomas físicos que con más frecuencia se informan, fueron problemas de visión y audición, fatiga, irritabilidad, ansiedad, dificultad respiratoria o trastornos cardiovasculares entre otros, lo cual suele derivar en bajas prolongadas por enfermedad.

4.2.2 Formas y dimensiones de la violencia ocupacional

La OIT (2002, 2003, 2010, 2011) ha abordado la violencia como una problemática laboral, llegando a la conclusión que determinados ambientes de trabajo pueden ser más proclives a comportamientos violentos.

Los comportamientos violentos en el entorno laboral, además de ser una amenaza importante para la salud pública pueden suponer un importante riesgo para la salud y seguridad de los trabajadores (Hedin, 2000; Galián, Llor y Ruiz 2012).

Según el modelo de Chappell y Di Martino (1998) el "ambiente" en el que se dan las interacciones personales es una variable importante a considerar, ya que puede tener unas condiciones que favorezcan el desarrollo de la violencia, como es el caso de lugares públicos, poco ventilados o muy ruidosos.

También es importante tener en cuenta el tipo de organización donde se desarrolla la actividad laboral. Una organización deficiente, con falta de equidad en la distribución del trabajo, supondrá una sobrecarga para algunos trabajadores mientras otros permanecen inactivos. De igual modo, una organización donde el poder lo detenta una sola persona, donde hay personas que trabajan de manera aislada, con desconfianza en el compañero y en actitud defensiva, son de mayor riesgo para sufrir violencia (Paravic, Valenzuela y Burgos, 2004).

La Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo y la Internacional de Servicios Públicos y el Consejo Internacional de Enfermería, (OMS, OIT, ISP y CIE, 2002), definen la violencia laboral como:

"incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud" (p. 3).

De acuerdo con la literatura, los trabajadores con mayor riesgo de actos violentos, se encuentran en el sector salud, especialmente en el área hospitalaria (Douglas y Skeem, 2005; Chapman y Styles, 2006; Benavides, Zimmermann, Campos, Carmenate, Baez, Nogareda y Pinilla, 2010).

La violencia puede ser física o psicológica, dependiendo de la forma en que se manifieste. Según la OIT y CIE (2002), la violencia física tiene que ver con el empleo de la fuerza física contra una o varias personas, que produce daños físicos, en la salud sexual o psicológicos.

Por violencia psicológica, se entiende usar el poder o las amenazas contra una o varias personas que dañen su integridad física, mental, espiritual, moral o social mediante el abuso verbal, la intimidación, o el acoso.

Todos los trabajadores están expuestos a estos tipos de violencia, pero la distribución no es la misma cuando se habla de agresión física que cuando se habla de amenazas. (Martínez-Jarreta, Gascón, Santed y Goicoechea, 2007).

El sector servicios es donde existe mayor riesgo de sufrir violencia, pues es donde los trabajadores se interrelacionan con terceras personas. Determinados sectores son los más propensos: trabajadores sanitarios, trabajadores sociales, trabajadores del transporte y almacenamiento, el sector de hotelería y la alimentación (OIT y CIE, 2002).

Dentro del sector servicios, hay estudios que concluyen que en el sector sanitario más de la mitad de los trabajadores han sufrido al menos una acción violenta (física o psicológica) en el último año (Di Martino, 2002). Aunque debido a las

diferentes metodologías empleadas en los estudios realizados, los datos sobre la incidencia son muy variables. (Ayranci, 2005 y Crilly; Chaboyer y Creedy, 2004).

Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert, y Nienhaus, (2010) concluyen que el 70,7% de los profesionales en el sector sanitario alemán habían sufrido una agresión física en el último año. Sin embargo, Saarela e Isotalus, (1999) en Finlandia, hablan de uno de cada diez trabajadores.

Los aspectos organizacionales y psicosociales son considerados de gran importancia en su relación con la salud laboral. Esto se constata en los últimos informes de EUROFOUND (2010, 2015) y EU-OSHA (2014), así como en los estudios de Näswall, Hellgren y Sverke, (2008); Houdmont y Leka (2010).

El último informe sobre la violencia y acoso en el trabajo de Eurofound (2015) manifiesta la relación entre las condiciones de trabajo y la violencia ocupacional. Además, aporta datos sobre las consecuencias que tiene para los trabajadores y las empresas, compara las políticas de los diferentes gobiernos para abordar este problema y describe tendencias en cuanto a las problemáticas tratadas.

En España la violencia en el entorno laboral está por debajo de la media de la Unión Europea (UE) (un 8% frente al 15% de la UE). Estos datos pueden estar relacionados con la heterogeneidad en la definición de violencia por parte de los diferentes países encuestados. En el último año, un 1,9% manifestó haber sufrido violencia física y un 5% amenazas. Las mujeres son más propensas a denunciar los casos de violencia, aunque los hombres están más expuestos.

Otro dato que nos muestra la encuesta es que el trabajador sanitario y el trabajador social son los que reciben mayor nivel de violencia, seguido de los trabajadores del sector del transporte, de la hostelería, administración pública y educación.

En relación a los factores predisponentes para sufrir violencia, se constata la relación entre el estrés laboral, la sobrecarga de trabajo, con sensación de incapacidad para terminarlo y el desequilibrio entre la vida laboral y el ocio.

Este informe también presenta datos relacionados con las repercusiones psicosociales que tiene para el trabajador la violencia laboral. Algunos datos: el riesgo de sufrir depresión pasa de un 9% a un 28%, más problemas de sueño y doble riesgo de sufrir estrés laboral.

Eurofound, (2015) remarca que:

“muchas víctimas de la violencia y del acoso no recurren a la justicia debido a las limitadas perspectivas de éxito. De igual modo, son escasas las reclamaciones que se presentan ante organismos gubernamentales de promoción de la igualdad debido a que dichos organismos tienen muy poco margen de maniobra en cuestiones relacionadas con el lugar de trabajo, y los demandantes pueden exponerse a posibles represalias. Por tanto, la infradeclaración es un problema que comparten casi todos los países.” (p.39).

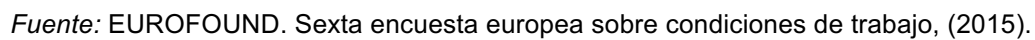
Entre sus recomendaciones finales, Eurofound, 2015 señala la importancia de

“la sensibilización”, que “continúa siendo un elemento clave para favorecer la disminución de la violencia y del acoso en el trabajo, independientemente del contexto nacional y de otras circunstancias concretas.” (p.56).

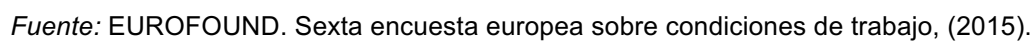
También aconseja:

“una política continua y coordinada con la participación de todas las partes interesadas” que sirva para “abordar de manera eficaz el problema a escala de la empresa” e “Inspecciones de trabajo” para controlar que dichas medidas se aplican” (p.56).

Pregunta encuesta EUROFOUND (2015): “¿Su trabajo implica tratar con clientes enfadados?” (a)



Pregunta encuesta EUROFOUND (2015): “¿Su trabajo implica el trato directo con personas tales como clientes, alumnos pacientes, etc....?” (b)



España, Portugal, Francia e Italia, son los países en donde los trabajadores reportan, en mayor porcentaje, trabajar con clientes enfadados.

Según la encuesta mencionada, España y Francia son los países que tratan en mayor medida con clientes enfadados siendo estos en mayor porcentaje alumnos o pacientes (Ver figuras 13 y 14).

El informe conjunto de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) y la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound), (2014) concluye que el 25 % de los trabajadores de la UE consideran que sufren estrés laboral durante toda o parte de su jornada laboral, además de considerar que tiene un efecto negativo para su salud. Los factores de riesgo más reportados son las tareas monótonas y complejas y la sobrecarga de trabajo.

Por otro lado, y en relación con la violencia ocupacional, han disminuido los casos, pero los que se denuncian están más relacionados con los países más afectados por la crisis. Pese a todo ello, solo 1 de cada 4 organizaciones encuestadas cuenta con protocolos para responder a los riesgos psicosociales.

Las consecuencias para la persona agredida pueden ser psicológicas y físicas (Winstanley y Whittington, 2004; Estryn-Behar, Van Der Heijden, Camerino, Fry, Le Nezet, Conway y Hasselhorn, 2008; Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert y Nienhaus, 2010), pero también económicas tanto para la empresa como para el trabajador (Ver figura 15).

Figura 15

Consecuencias de la violencia en el comportamiento y en la salud



Fuente: OMS. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia, (2014).

El absentismo laboral o la fuga de conocimiento por la marcha de trabajadores expertos y formados es una grave consecuencia para el trabajador, pero también para las organizaciones (Roche, Duffield y Catling-Paull, 2010; Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert, y Nienhaus, 2010).

En Francia, la Comisión de Asuntos Sociales, (2016) ha elaborado un informe en el que propone incluir el *burnout* en la lista de enfermedades laborales. Pese a no ser aceptado, el 27 de abril de 2016 el Ministro de Asuntos Sociales y de Salud recomendó una lista de buenas prácticas para los médicos especialistas en medicina del trabajo y los médicos generalistas, como es tener en cuenta el impacto de los espacios cerrados, los horarios irregulares, los estilos de gestión, o la formación de los directivos. También recomendó establecer un observatorio sobre las enfermedades profesionales, así como la formación de los mandos intermedios en temas de *burnout*.

4.2.3 Tipos de violencia

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA, 2011) distingue dos tipos de violencia ocupacional de acuerdo con el origen de esta:

- a) La *externa* (*third-party violence*), llevada a cabo por una tercera persona ajena a la organización (cliente, paciente, usuario) en la que la víctima está ejerciendo su trabajo cuando es maltratada.
- b) La interna, consistente en un acoso o asedio (*harassment*) de la víctima por parte de una persona o personas que suelen pertenecer a la misma organización (compañeros, jefes o subordinados).

Cooper y Swanson, (2002) a las dos categorías anteriores añade una más:

- 1. Violencia "externa" contra trabajadores por personas ajenas a la organización y que se encuentran en ella de manera ilícita.
- 2. Violencia por "clientes-pacientes" que se encuentran en la organización de manera lícita.
- 3. Violencia "interna", entre trabajadores de la organización que puede incluir el mobbing o el acoso sexual.

En este sentido, autores como Hoel, Sparks y Cooper (2001), nombran un cuarto grupo de violencia a consecuencia de los problemas económicos y sociales que provocan una intensificación del ritmo laboral, con inseguridad laboral, situaciones de ansiedad y comportamientos de alto riesgo.

4.2.3.1 Violencia ocupacional Interna

Acoso laboral / Mobbing

Una revisión bibliográfica evidencia la gran variedad de criterios y categorizaciones de las formas de violencia en el trabajo. Encontramos clasificaciones que van desde la diferenciación entre la violencia física y la verbal o psicológica hasta una extensa lista de clasificaciones relacionadas con la

agresión y la violencia ocupacional. El *Bureau of Labor Statistics Census of Occupational Injuries* de Estados Unidos, utiliza además la nomenclatura *homicide* y dentro de ella la subdivisión “*fatal/ non fatal injuries*” (Blanch y Cervantes, 2015).

Además, cada vez más estudios diferencian entre niveles de severidad del maltrato (AMA, 1995; Chappell y Di Martino, 1998; 2006; Paoli, 2000; ANA, 2002; NIOSH, 2002; Di Martino, 2002; 2003; Di Martino, Hoel y Cooper, 2003; Einarsen, Hoel, Zapf y Cooper, 2003; Gerberich, Church, McGovern, Hansen, Nachreiner, Geisser, Ryan, Mongin y Watt, 2004; COMB, 2004; OSHA, 2004; Winstanley y Whittington, 2004; Farrell, Bobrowski y Bobrowski, 2006; Ryan Maguire, 2006; WHO, 2006; 2008; Agerwold, 2007; Rumsey, Foley, Harrigan y Dakin, 2007; European Social Dialogue, 2007; Cervantes, Cantera y Blanch, 2007; Cantera, Cervantes y Blanch, 2008; Blanch, Cantera y Cervantes, 2010; Blanch, Cervantes y Cantera, 2010; Cervantes, Blanch & Hermoso, 2010; Blanch y Cervantes, 2012; Salin, 2003a; 2003b; 2008; 2009; 2010; Salin y Hoel, 2011; Eurofound, 1995; 2000; 2005; 2006; 2010; EU-OSHA, 2007; 2011. Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2012; Lameiro et al, 2013; Bernaldo-de-Quirós et al, 2014; Cervantes y Blanch, 2014; Nedham et al, 2014).

De acuerdo con estos estudios, las diferentes formas de violencia y de acoso laboral tienen que ver con incidentes aislados o en serie, de carácter físico, verbal o económico, mediante la cual una persona es atacada mientras está ejerciendo su profesión, resultando afectada su salud y dignidad personal (Blanch y Cervantes, 2012).

Los antecedentes del *mobbing* pueden ser variados, desde elementos organizacionales (Moreno, Rodríguez, Garrosa, y Morante, 2005) a elementos de la propia actividad laboral. Así pues, se pueden considerar como causas de *mobbing* el abuso de poder, conflictos no resueltos, problemas en la comunicación vertical y horizontal, problemas en las relaciones interpersonales (Boada, de Diego, Agulló, y Mañas, 2005) y, por tanto, identificar estas fuentes ayudaría a la intervención de cara a la reducción de su incidencia.

La *Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo* (EU-OSHA, 2011) reconoce que la gravedad de esta problemática va acompañada de la falta de

claridad respecto al concepto, ya que no hay una definición clara de *violencia en el trabajo* (*work-related violence*) o de *Violencia Ocupacional* (*Occupational or Workplace Violence*), ni de sus múltiples modalidades (Blanch y Cervantes, 2015).

Entre los términos y expresiones más utilizados en la literatura, destacan *mobbing* (Leymann, 1996; Zapf, Knorz, y Kulla, 1996); *bullying* (Einarsen y Skogstad, 1996; Rayner, 1997; Vartia, 1996), *harassment* (Björkqvist, Österman, y Hjelt-Bäck, 1994); *victimisation* (Einarsen y Raknes, 1997), terror psicológico (Leymann, 1990), *emotional abuse* (Keashly, 1997), *scapegoating* (Thylefors, 1987) y *petty tyranny* (Ashforth, 1994). Aunque con algunos matices, todos ellos se refieren al maltrato que se ejerce de forma sistemática sobre una persona determinada, utilizando comportamientos hostiles.

El *mobbing* no es un fenómeno ocasional, sino que es un proceso que se va produciendo de manera gradual, pasando por diferentes etapas de conductas hostiles que a menudo pueden pasar desapercibidas. La evolución de este tipo de violencia puede llevar a fases más críticas, donde incluso se ven implicados compañeros de la víctima, haciéndola responsable a esta de la situación. (Einarsen, Hoel, Zapf, y Cooper, 2003; Larsson, 2010; Leymann y Gustafsson, 2014; Kölbach y Zapf, 2015; Einarsen, Skogstad, Rørvik, Lande y Nielsen, 2016; Mulder, Bos, Pouwelse y Van Dam, 2017; Nielsen, Glasø y Einarsen, 2017).

Las consecuencias del *mobbing* se dan a nivel individual y organizacional. A nivel individual las víctimas presentan síntomas psicossomáticos (López-Cabarcos, Vázquez-Rodríguez y Montes-Piñeiro, 2010; Matthiesen y Einarsen, 2007; Einarsen y Nielsen, 2015) y trastornos físicos que en numerosas ocasiones precisan una baja laboral (Olmedo & González, 2006; Niedl, 2008; Picakciefe, Acar, Colak y Kilic, 2017).

A nivel organizacional, se ha evidenciado relación entre el acoso psicológico y el absentismo laboral, la rotación de personal en las organizaciones e incluso el abandono de la profesión. (Leymann, 2013; Rayner y Cooper 2006; Zapf, Escartín, Einarsen, Hoel y Vartia, 2011). Las importantes consecuencias de este tipo de violencia han hecho que se la considere como uno de los factores más importantes de estrés psicosocial en el trabajo (Niedl, 2008).

Acoso Sexual

El acoso sexual es una forma de violencia laboral, y en concreto, una forma de acoso laboral, aunque se circunscribe a contextos singulares y con consecuencias específicas que dificultan su relación con el acoso laboral y con la violencia ocupacional (INSHT, 2011; Moreno y Báez, 2014).

Fue en EEUU donde comenzó a plantearse el acoso sexual desde el punto de vista legal. Conceptualmente, el acoso sexual está asumido por los diferentes organismos internacionales como una forma más de violencia contra la mujer (Malik, Malik, Qureshi y Atta, 2014).

Hay una serie de características que identifican el acoso sexual:

- a) Conducta sexual que desagrada u ofende a la víctima.
- b) El hostigamiento y persecución en el trabajo, intimidatorio para la víctima.

El acoso sexual en el trabajo es una acción reiterada de carácter sexual que se lleva a cabo en el lugar del trabajo. Está dirigida hacia una persona que rechaza esa conducta y a la que le resulta intimidatoria, hostil y que además afecta negativamente a su calidad de vida laboral y a su trabajo (Blanch y Cervantes, 2012).

Hay autores que lo relacionan con manifestaciones de poder, en este sentido, el concepto de poder desde la perspectiva masculina es diferente al que se tiene desde la perspectiva femenina (González, 2007), entendiendo el acoso sexual como una forma de discriminación por razón de género. Aunque los hombres también pueden ser víctimas de este tipo de violencia, la mujer lo sufre en proporciones superiores, por tanto, el problema también tiene relación con roles sociales y económicos de las mujeres (Organización Internacional del Trabajo, Oficina para la Igualdad de Género, 2010).

Los estudios ponen de manifiesto que las mujeres más propensas a sufrir acoso sexual son jóvenes, inmigrantes, económicamente dependientes y sin pareja

estable. Los hombres que sufren acoso sexual suelen pertenecer a minorías étnicas, jóvenes y homosexuales (OIT, 2011).

La finalidad del acoso laboral y del acoso sexual es distinto. Mientras que el acoso sexual pretende la obtención de beneficios sexuales por parte de quien acosa, el acoso laboral pretende que el trabajador deje su trabajo. En algunos casos, no acceder a la petición de favores sexuales puede acabar en acoso laboral (Martínez, 2016).

4.2.3.2 Violencia ocupacional externa en el sector sanitario

En un mundo cambiante, afectado por la crisis económica, los hospitales también han caído en una creciente comercialización, como consecuencia de lo cual ha sido necesario disminuir el gasto sanitario lo cual ha obstaculizado la relación entre el médico y los pacientes (Kumar, Verma, Das, Pardeshi, Kishore y Padmanandan, 2016).

Pacientes cada vez más concienciados de sus derechos, el aumento de disponibilidad de información a través de las TIC y el fácil acceso a las denuncias judiciales, han hecho que las condiciones laborales de los profesionales sanitarios hayan empeorado. En esta situación, los usuarios dan por sentado que los trabajadores de la salud forman parte de los cambios organizativos y de gestión en las instituciones sanitarias, dando lugar a enfrentamientos muchas veces violentos (Warren, 2010).

Otras razones son la falta de comunicación adecuada entre médicos y pacientes, una baja ratio de médicos y pacientes, y las expectativas poco realistas de los pacientes en relación a lo que los médicos pueden hacer (Randev, 2017).

En general, los hallazgos en diferentes estudios empíricos sugieren que las instituciones de salud no siempre son lugares de trabajo saludables y pueden ser cada vez más estresantes y peligrosas (Duncan et al., 2016).

La violencia en los hospitales se ajusta a la definición de violencia en el lugar de

trabajo, que Warren (2010) define como el abuso, amenazas o agresiones del personal cuando está realizando sus tareas laborales, incluido el desplazamiento al trabajo o desde el trabajo.

Así pues, la violencia en el lugar de trabajo cada vez es más considerado como una problemática, en este sentido, un informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2014) ha estudiado la problemática de las agresiones a profesionales de la salud desde tres puntos de vista:

1. Causas, evolución y dimensiones del problema.
2. Análisis de las medidas adoptadas y su eficacia.
3. Recomendaciones y propuestas de solución.

Según el mencionado informe, las agresiones han ido aumentando hasta el año 2011, a partir del cual han sufrido un leve descenso. La mayoría de ellas son amenazas, coacciones, insultos, vejaciones, e intentos de agresión física, aunque las agresiones físicas se dan en una proporción muy inferior. Los grupos de profesionales que con más frecuencia son agredidos, son en su mayoría profesionales de la medicina del sexo femenino. Igualmente se detecta que hay un nivel de denuncia bastante bajo.

Como se ha visto, la violencia en el trabajo es generalizada, pero hay ciertos grupos que se consideran grupos con mayor riesgo debido a la actividad que desempeñan. Así, en diferentes países europeos, las profesiones sanitarias sufren el mayor número de agresiones (24% del total de las agresiones) (Gascón, Martínez-Jarreta, González-Andrade, Santed, Casalod y Rueda, 2009).

Aunque la bibliografía es variada, entre el 35-80% de los profesionales sanitarios han sufrido alguna agresión física. En cuanto a los profesionales de enfermería entre un 62-82% han sufrido violencia verbal (Powley 2013).

La violencia hacia estos profesionales repercute de manera importante en la prestación de servicios sanitarios, dando lugar a una disminución en la calidad de la asistencia y en ocasiones al abandono de la profesión. Además, tiene

repercusiones a nivel económico para la población en general, ya que los profesionales de la salud, en especial los de la Atención Primaria, tienen una plantilla muy ajustada, por lo que, si estos abandonan su profesión por miedo a la violencia, repercutirá directamente en la atención y en los servicios prestados a la ciudadanía (OIT, CIE, OIT, OMS e ISP, 2002).

En relación a la violencia psicológica, el grupo de mayor riesgo son las enfermeras y matronas. La mayoría de las víctimas trabajan en hospitales públicos en los que se dan contratos que reflejan inequidades salariales (Deeb, 2003; OIT, CIE, OMS, e ISP, 2002).

Los agresores identificados en la bibliografía consultada son en su mayoría pacientes y familiares atendidos en el centro sanitario (Phillips, 2016). Los motivos que alegan para esta agresión son de diferentes características: tiempos de espera, desacuerdo con los tratamientos, mala relación médico-paciente, pacientes con conductas disruptivas, mala comunicación con los profesionales sanitarios y mal funcionamiento organizativo del centro entre otros (Palacios, Loureiro dos Santos, Barros do Val, Medina, De Abreu, Soares Cardoso y Bragança Pereira, 2003; Prats, Luna, Melamud, y Flichtentrei, 2011).

En estas situaciones, con frecuencia el profesional de la medicina es la figura visible de la organización sanitaria y el que, en consecuencia, recibe la mayor parte de las quejas, muchas veces en forma de agresiones, sobre todo cuando los pacientes o familiares consideran que se les está dando un trato injusto. Los profesionales de Atención Primaria, de urgencias o de centros psiquiátricos, son los que tienen mayor riesgo de sufrir actos violentos (Braga, Prats, Luna, Melamud y Flichtentrei, 2011). Aunque en menor número, hay otros profesionales que trabajan en entornos sanitarios que también son víctimas de actos violentos, como son los trabajadores sociales que han recibido un 15% de agresiones físicas y un 36% agresiones verbales (Powley, 2013).

Infra notificación

En España, Sindicatos Profesionales Sanitarios, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM, 2007) y asociaciones como la Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios (ANSICH, 2011) han puesto en marcha protocolos para la declaración y prevención de la violencia externa, aunque todavía existe un hándicap, y es la infra notificación de estos actos violentos.

Los estudios internacionales confirman que solo 1/5 parte de los acosos violentos en los centros sanitarios son formalmente registrados, las bases de datos de muchos países europeos están incompletas por la falta de notificaciones de los actos violentos por parte de los profesionales sanitarios (EUROFOUND, 2015). Según Farrell y Cubit, (2005), una de las razones tiene relación con la falta de tiempo disponible para rellenar los complicados formularios de declaraciones de violencia.

En general, los motivos para no denunciar la violencia son multicausales, como se ha dicho anteriormente, puede tener relación con la dificultad y el tiempo necesario para rellenar los formularios de notificación, pero además debemos tener en cuenta otros factores, como son el miedo de los profesionales con contratos temporales a disgustar a su mando inmediato y en consecuencia perder su puesto de trabajo, o porque la cultura profesional sanitaria considera la violencia como parte inherente a su propio trabajo. La subnotificación es pues un importante obstáculo en el abordaje de esta problemática, ya que solo el 30% de las enfermeras notifican hechos violentos, bajando el porcentaje al 26% en el caso de los médicos. Pero esto tan solo es la parte visible del problema, según Gillespie (2010).

Otra cuestión que influye en la subnotificación es que los profesionales consideran que el acto violento no es intencionado. Esto demuestra la visión poco clara sobre lo que es y lo que no es violencia. Según Gillespie (2010) el acto violento siempre debe ser considerado como tal, sea o no intencionado, incluso propone que se interactúe con todos los profesionales y familiares como potenciales personas violentas para así aumentar la seguridad de los profesionales.

Es necesario, por tanto, denunciar cualquier acto violento, sea o no intencional, ya que ello ayuda a los profesionales a identificar pacientes potencialmente violentos y, por tanto, poder tomar precauciones cuando se vuelve a interactuar con ellos (Gillespie, Gates, Miller, y Howard, 2010).

Otro elemento por el que se desconoce la magnitud de este problema es la falta de un censo oficial de todos los profesionales agredidos. El Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) (2004), sólo recibe los casos más graves del personal facultativo y la Sociedad Catalana de Salud Laboral (en adelante SCSL) coordina desde 2006 un registro de violencia ocupacional que ha recogido 6.958 conductas violentas en la última década.

Hay evidencia empírica también en este estudio, que los años en los que la crisis ha sido más dura, se han notificado los actos más violentos. Según el presidente de la SCSL, Jordi Carles Schlaghecke: *“No es un problema de la relación médico-paciente, sino de desánimo y salud mental de quien sufre la crisis económica”* (Mouzo, 2016).

Otro motivo añadido a la falta de información real en relación a las agresiones sufridas en el entorno sanitario es el hecho de que la participación en el mencionado registro es voluntaria, por lo que no notifican el mismo número de centros cada año. Aun así, entre 2011 y 2012 se registraron el mayor número de agresiones en números absolutos (833 y 854 casos respectivamente). En 2015, participaron unos 64 centros sanitarios catalanes de la red pública (31.201 trabajadores) y se notificaron 786 agresiones.

Según Genís Cervantes, director del proyecto de investigación que impulsó el mencionado registro: *“alrededor del 2,5% de los profesionales han sufrido algún tipo de agresión”*. (Mouzo, 2016).

Detección temprana y prevención

Tradicionalmente, la prevención se ha centrado en la prevención terciaria, tratando de forma individual los síntomas causados en la víctima, dejando la prevención primaria en segundo término.

Igualmente, los estudios realizados son, en su mayoría, descriptivos, utilizando metodología cuantitativa, en los que se recoge información respecto al número de casos mediante encuestas, o cualitativa con entrevistas semiestructuradas, grupos focales, estudios de caso o análisis de contenido de documentos proporcionados por organizaciones públicas o privadas. La información obtenida con estas técnicas suele centrarse en casos de violencia física, dejando en segundo lugar otras formas de violencia, lo cual representa un sesgo importante para la construcción de modelos predictivos sobre los que fundamentar programas de prevención. Además, las encuestas de auto informe suelen tener un bajo nivel de respuesta y están sobrerrepresentadas por personas que de una manera u otra han tenido relación con este tipo de violencia (Blanch y Cervantes, 2015).

Por otro lado, las empresas que tienen protocolos para la declaración de incidentes violentos, además de ser complicados de implementar, no permiten la detección temprana ni las situaciones de riesgo tal como aconsejan las guías de actuación en la gestión de riesgos de violencia en el entorno laboral (NTP 891; NTP 892, INSHT, 2011).

Si tenemos en cuenta los principales métodos de los que disponemos para evaluar los riesgos psicosociales en el ámbito laboral (Método AIP de la Generalitat de Catalunya, 2010) e ISTAS (INSHT, 1997) podemos comprobar que no hay una definición clara de la “sobrecarga de trabajo” por parte del personal sanitario, un aspecto que ya se ha visto que puede influir en situaciones de violencia (OIT y CIE 2002; Roche, Diers, Duffield, y Catling-Paull, 2010; Kling, Yassi, SmailesLovato, y Koehoorn, 2009).

También disponemos de instrumentos específicos para valorar las conductas hostiles como el cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo LIPT-60 (González, Rodríguez-Abuin, 2005) el NAQ (Einarsen, Hoel, Notelaers, 2009) que mide la exposición, la intimidación y el acoso en el trabajo, o el IVAPT-PANDO (Aranda, Franco, Pando, Preciado, Salazar, 2006), pero todas ellas se centran en la valoración de violencias internas, relacionadas con el acoso entre compañeros (Violencia Interna), no en la violencia de los pacientes o usuarios (Violencia Externa).

El aumento exponencial de los casos de violencia al personal que trabaja en organizaciones (sanitarias y no sanitarias) ha promovido que el Síndic de Greuges de Catalunya presente un informe al Parlament sobre esta cuestión, abriendo una actuación de oficio (A/O 03415/07) para conocer la situación real y la efectividad de la aplicación del protocolo, que el Instituto Catalán de la Salud elaboró para proteger a los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario (Informe del Síndico al Parlamento, 2007).

Según este informe, las causas que pueden favorecer la violencia externa a los profesionales de la salud son de varios tipos:

- a) Organización deficiente con masificación y saturación de los centros.
- b) Insuficientes recursos humanos y materiales.
- c) Excesiva burocratización de los servicios.
- d) Largos tiempos de espera.
- e) Imposibilidad de ser atendidos de manera inmediata.
- f) Peregrinaje del paciente de un centro a otro o de un servicio a otro.
- g) Información insuficiente en determinadas situaciones.

En estas situaciones, los usuarios tienen la percepción de sentirse mal atendidos, manifestando su insatisfacción de forma violenta. En 2015, en la Reforma del Código Penal, fueron introducidas las agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud como delito de atentado contra la autoridad. Más concretamente, se trata de una enmienda al artículo 550 relativa al delito de atentado a docentes o sanitarios que son agredidos mientras realizan las actividades laborales que les son propias.

Violencia verbal escrita

Como se ha visto hasta el momento en la bibliografía consultada, se encuentran referencias a la violencia ocupacional externa física y verbal expresada mediante encuestas, entrevistas o documentos de denuncias policiales. En este estudio se aporta una visión complementaria a las manifestaciones violentas recogidas a través de formularios de reclamaciones presentadas por pacientes, familiares y/o acompañantes, en los que se expresa la violencia verbal de forma escrita.

A diferencia de otras formas de expresión de violencia externa, las reclamaciones están escritas con el tiempo suficiente desde que se ha recibido el supuesto mal servicio. En este sentido, es importante resaltar que esta violencia no es impulsiva, sino que el usuario ha tenido el tiempo suficiente para reflexionar y dejar por escrito las amenazas, insultos o coacciones.

PARTE II

Estudio empírico

Capítulo 5

Justificación y objetivos

5.1 Justificación de la investigación

De la información epidemiológica actualmente disponible sobre violencia ocupacional contra profesionales de la salud, emana cierta evidencia acumulada que Blanch & Cervantes (2012, 2015) resumen en los siguientes puntos:

1. Esta violencia constituye un problema complejo, polifacético, grave y emergente a escala global, que presenta una notable variabilidad entre países, entre sectores profesionales, entre departamentos, entre servicios y entre perfiles de agentes agresores.
2. Tiene graves efectos en las víctimas, en las organizaciones, en el sistema sanitario y en la calidad de vida de la población.
3. Los mayores niveles de riesgo de ocurrencia de incidentes violentos se concentran en servicios psiquiátricos, en urgencias hospitalarias y en ambulancias.
4. La mayor probabilidad de conducta violenta contra profesionales sanitarios proviene de pacientes con patología psiquiátrica o con problemas derivados del abuso de alcohol o de otras drogas.
5. Los pretextos más frecuentemente invocados como pseudo legitimación de una violencia siempre injustificable, giran en torno a la cantidad, calidad, puntualidad o coherencia de la información dada, a la frustración de expectativas en cuanto a tiempo de espera o a prescripciones y tratamiento recibidos y también a la denegación de determinados servicios o prestaciones.
6. La relevancia de esta problemática está determinada tanto por sus costes directos sobre las personas trabajadoras victimizadas, como por los indirectos sobre las personas usuarias de los servicios del centro, y sobre el mismo sistema sanitario en general.
7. La sobre atención a la violencia física, más espectacular e inmediatamente visible, ha comportado una cierta minimización tradicional de la dimensión psicológica de la violencia ocupacional, cuyo impacto no parece hoy menos grave; por lo que urge investigarla con mayor interés.
8. Los factores de riesgo de ocurrencia de incidentes violentos tienen que ver con la estructura y el comportamiento de la organización, con la dinámica

del contexto socio laboral y también con factores individuales predisponentes.

9. La fase inicial del afrontamiento del problema, centrada en medidas tácticas (sistemas de alarma, personal de seguridad, cursos de defensa personal, etc.) debe abrir paso a políticas de carácter estratégico basadas en un mejor conocimiento de los factores de riesgo y en programas preventivos fundamentados en este conocimiento.

5.2 Objetivo

Una vez establecido un marco conceptual de referencia a partir de la revisión de literatura sobre violencia ocupacional en general y especialmente de la referida al ámbito sanitario, el objetivo empírico de esta investigación es el de explorar, identificar y describir expresiones de violencia contenidas en textos escritos de las hojas de reclamación de un hospital general.

Capítulo 6

Método

A continuación, se explica el método utilizado para la presente investigación, las técnicas de análisis utilizadas y el procedimiento con el que se han establecido los resultados, las características de la población estudiada, así como los instrumentos aplicados.

6.1 Diseño

El diseño de esta investigación ha sido de carácter mixto: para ello se han incluido elementos de análisis cuantitativo, descriptivo y transversal y elementos centrales de análisis cualitativo (Ver figura 16) de contenido, de tipo exploratorio y descriptivo, ya que tal como exponen Del Canto y Silva Silva, (2013, p. 26):

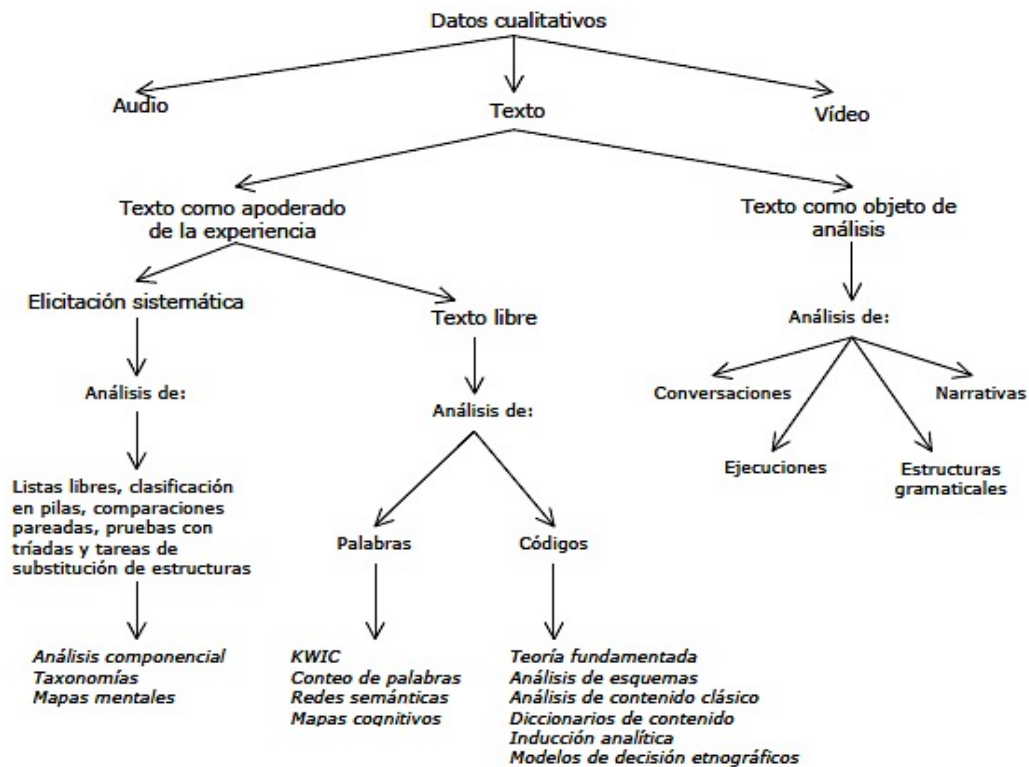
“en el campo de las ciencias sociales donde la realidad es cambiante e incierta, producto del contexto complejo en la cual se encuentra inmersa, surge el enfoque mixto (cuali-cuantitativo) como vía para que el investigador pueda acercarse a su objeto de estudio y obtener el conocimiento requerido de la realidad social según sus necesidades y expectativas; este enfoque tiene su sustento filosófico y metodológico en el pragmatismo, el cual se basa en utilizar el método más apropiado para un estudio en específico” (p.26).

Por un lado, el estudio cualitativo se realizó a partir del análisis del contenido temático de los textos de reclamaciones y alegaciones de los profesionales reclamados en un hospital general catalán entre el 01/01/2011 y el 01/06/2017.

Esto supuso revisar el contenido de las 9.001 reclamaciones presentadas en el centro en ese periodo de tiempo. El objetivo era disponer de una muestra representativa de 201 reclamaciones en las que se hubiera manifestado violencia de manera explícita o implícita.

Por el otro, el estudio cuantitativo que permitió un tratamiento descriptivo y transversal de los datos, mediante estadística descriptiva de expresiones verbales de violencia y su cruce con variables demográficas de agresores y agredidos

Figura 16
Tipología de las Técnicas de análisis cualitativo



Nota: Recuperado de Ryan & Bernard (2003) p. 260.

Los resultados se han organizado mediante el análisis de contenido, contribuyendo de esta forma a que posteriores investigaciones puedan ser realizadas a partir de esta experiencia. Según Piñuel Raigada, (2002, p.2), el análisis de contenido (AC) es:

“un conjunto de procedimientos interpretativos de mensajes, textos o discursos, basado en técnicas de medida cuantitativas o cualitativas, que tienen como objetivo elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones de producción o empleo posterior de dichos mensajes, textos o discursos”

6.2 Corpus de la investigación

Conformado por el conjunto de reclamaciones presentadas en un hospital general de Cataluña durante el periodo comprendido entre el 01/01/2012 y el 01/06/2017. Fueron analizados los expedientes completos de cada reclamación, que contienen la siguiente documentación:

- a) Reclamación del paciente/usuario.
- b) Carta de acuse de recibo por parte de la Institución al reclamante.
- c) Carta en la que se pide la versión de los hechos/alegaciones al profesional reclamado.
- d) Respuesta/alegación del profesional reclamado.
- e) Carta institucional de respuesta a la persona reclamante.

El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2016 y junio de 2017, periodo durante el cual se analizó toda la información contenida en los expedientes físicos además de las notas manuscritas por profesionales de la Unidad de Atención a la Ciudadanía (en adelante UAC) tras las conversaciones telefónicas o personales mantenidas con reclamantes y reclamados.

Además del formulario oficial de la reclamación, se analizaron otros textos que integran el expediente, como correos electrónicos remitidos por los reclamantes y los reclamados, hojas de papel estándar presentados en la UAC del centro e informes del responsable jerárquico.

También se analizaron otros formularios de reclamación, que no pudieron ser tramitados de manera estandarizada por no cumplir alguno de los requisitos que la Institución marca en los procedimientos de gestión de reclamaciones. Estos textos fueron incluidos en el material de estudio porque, aunque no fueron tramitados oficialmente, se consideró que su contenido era relevante para la investigación. Además, se analizaron textos en forma de queja o reclamación que no llegaron a la UAC directamente ni de manera oficial, sino que fueron captados en las redes sociales como Twitter o Facebook y en los cuales también había manifestaciones violentas.

6.3 Criterios de inclusión

Los casos seleccionados siguieron los siguientes criterios de inclusión:

- a) Documentos donde se manifestaban expresiones de violencia verbal del reclamante hacia el profesional.
- b) Alegaciones de los profesionales después de haber recibido la reclamación con expresiones violentas.
- c) Alegaciones de los profesionales después de haber recibido la reclamación sin expresiones violentas, pero en las que estos clarifican que han sido objeto de violencia.
- d) Informes de los superiores jerárquicos donde se clarifican cuestiones en relación a la queja del usuario, muchas veces informando que ha habido una situación de violencia y completando las alegaciones del profesional.
- e) Notas manuscritas por los profesionales de la UAC en los contactos mantenidos con los reclamantes o las personas reclamadas, clarificando alguna de las cuestiones manifestadas en el formulario de la reclamación.
- f) Documentos extraídos de las redes sociales donde había manifestaciones violentas hacia profesionales del centro.

Durante el periodo estudiado, se registraron 9.001 reclamaciones con sus correspondientes expedientes. Éstas, después de ser analizadas y eliminando aquellas que no tenían interacciones directas con los usuarios, quedaron en 7.972 expedientes.

Tras la lectura de todos los documentos que los conformaban, se seleccionaron 201 expedientes, donde se evidenciaron un total de 378 expresiones de violencia verbal expresadas de forma escrita. En este sentido, destaca que cada expediente de reclamación puede llevar contenidas diferentes expresiones de violencia.

6.3.1 Población de estudio

La población de estudio fue:

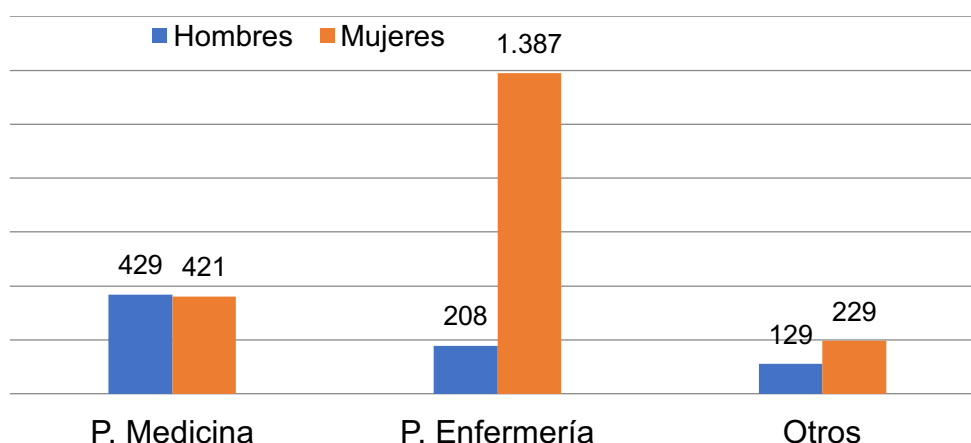
- a) Las personas reclamantes: pacientes, familiares y/o acompañantes.
- b) Las personas objeto de reclamación, que en su gran mayoría se circunscribió a profesionales de la medicina y profesionales de la enfermería.
- c) Otros colectivos no asistenciales objeto de reclamación (personal subalterno, personal administrativo, personal de cocina, personal de seguridad).

6.3.2 Datos demográficos

Como dato demográfico, durante el periodo estudiado, en el hospital trabajaron un promedio de 421 profesionales de la medicina mujeres y 429 hombres. En cuanto a profesionales de la enfermería, fueron 1387 mujeres y 208 hombres. (Ver gráfica 1).

Gráfica 1

Promedio de plantilla durante el periodo estudiado



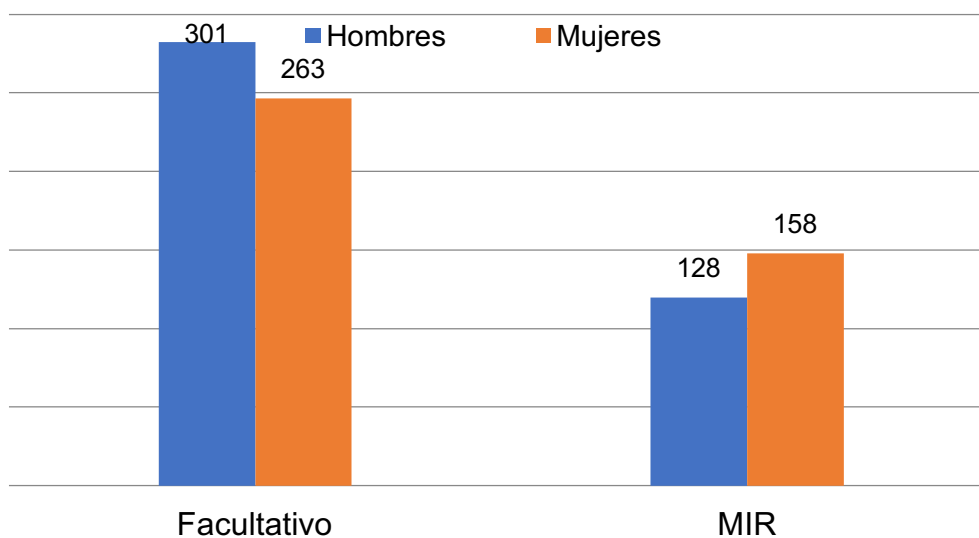
Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Los profesionales de la medicina se dividen a su vez en profesionales facultativos y profesionales en periodo de formación (MIR), distribuidos de la siguiente manera:

- a) Un promedio de 128 hombres MIR y 158 mujeres MIR.
- b) Un promedio de 301 facultativos hombres y 263 facultativos mujeres. (Ver grafica 2)

Gráfica 2

Promedio de plantilla profesionales medicina durante el periodo estudiado



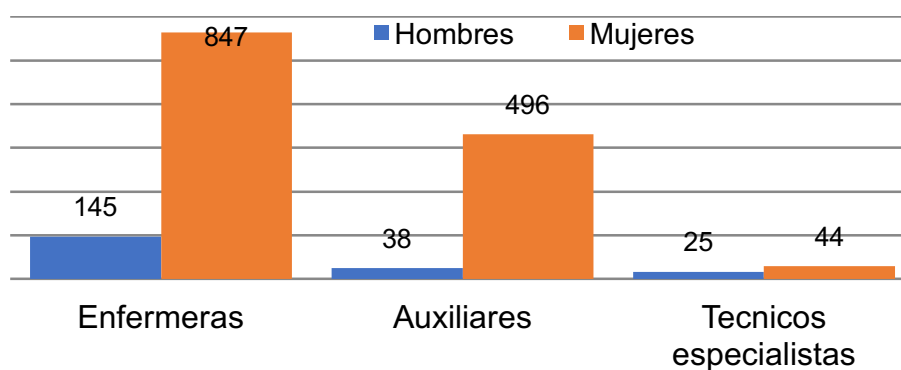
Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Los profesionales de enfermería se distribuyen de la siguiente forma:

- a) Enfermeras: 847 mujeres y 145 hombres.
- b) Auxiliares de enfermería: 496 mujeres y 38 hombres.
- c) Técnicos especialistas: 44 mujeres y 25 hombres. (Ver gráfica 3)

Gráfica 3

Promedio de plantilla profesionales enfermería durante el periodo estudiado



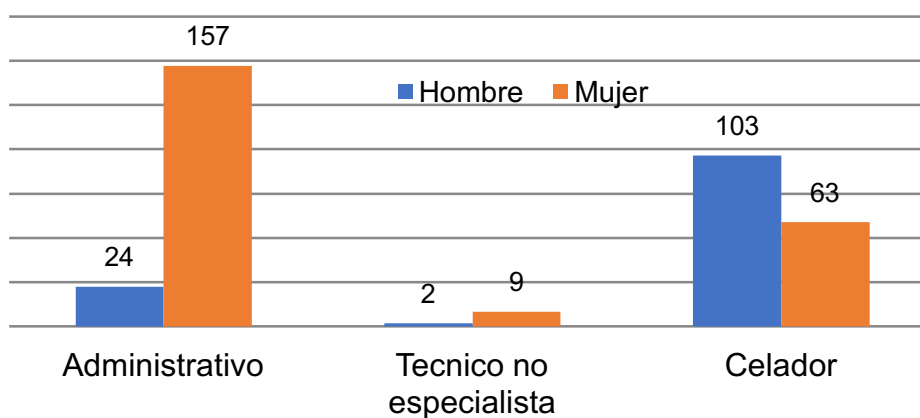
Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

El colectivo “otros” lo integran:

- a) Administrativos: 157 mujeres y 24 hombres.
- b) Técnicos no sanitarios: 9 mujeres y 2 hombres.
- c) Celadores: 63 mujeres y 103 hombres. (ver gráfica 4)

Gráfica 4

Promedio de plantilla “otros” profesionales durante el periodo estudiado

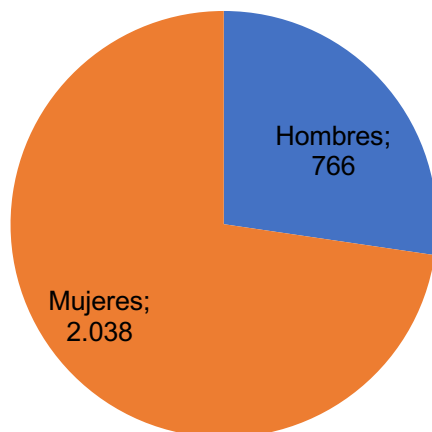


Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Durante el periodo estudiado la plantilla de la población de estudio tuvo un promedio de 2.039 mujeres y 766 hombres = 2.805 profesionales (Ver gráfica 5).

Gráfica 5

Promedio de plantilla población de estudio durante el periodo estudiado según sexo/genero



Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

6.4 Recogida de información

El procedimiento de recogida de información fue de la siguiente forma:

Se identificaron y seleccionaron los expedientes de reclamación susceptibles de ser estudiados por estar comprendidos en el periodo previamente establecido. Una vez identificados y seleccionados los casos objeto de estudio, se implementó una matriz Excel de carácter confidencial y uso científico, en la que se fueron introduciendo diferentes variables para ser completadas con el análisis de cada expediente de reclamación. En todos los casos introducidos, se conservó el anonimato de las personas y la confidencialidad de la información que estos contenían.

A medida que fue avanzando la investigación y aumentando el número de casos estudiados, emergieron nuevas variables que fueron introducidas posteriormente en la matriz. La definición de meta categorías, categorías y subcategorías y la información que cada una de estas variables recogían, fue susceptible de varios cambios durante el avance de la investigación.

Se estableció la matriz definitiva con categorías y códigos *top down*, que orientó la doble tarea del qué buscar en los textos y del cómo hacerlo. Para ello se analizó el contenido central de los textos, y la información que era significativa y la que no lo era para, a partir de aquí, reconocer patrones y transformar esos patrones en categorías significativas y temas (Patton, 2002).

Una vez identificadas todas las variables, se descartaron los casos negativos, es decir, los que no se ajustaban a la definición de Violencia Ocupacional Externa y se redujo el corpus a una matriz que inicialmente tenía 18 categorías. Posteriormente fue sometida a un nuevo proceso de revisión, agrupando en unidades superiores o meta categorías quedando 15 variables, con la finalidad de obtener resultados más clarificadores.

6.4.1 Variables introducidas y estudiadas

Teniendo en cuenta la literatura revisada (Blanch y Cervantes, 2012; 2015), en la matriz final se introdujeron las siguientes variables con las que finalmente se realizó la investigación, que aparecen en la tabla 4.

La variable “*tipo de violencia*” y “*tipo de agresor*” se utilizó atendiendo a la definición extraída de la bibliografía consultada. Según diferentes autores (Blanch y Cervantes, 2012, 2015; Vidal-Martí y Pérez-Testor, 2015), esta clasificación obedece a la naturaleza y al modo en que se manifiesta el incidente. Así se distinguieron tres tipos de violencia ocupacional externa:

- a) *Verbal* o uso de la palabra para ofender, insultar, injuriar, difamar, desacreditar, ridiculizar, ultrajar, amenazar, intimidar o atemorizar la persona agredida.
- b) *Física* o contacto corporal en forma de empujón, patada, bofetada, puñetazo, arañazo, mordisco, estirón de pelo, escupitajo o bien de ataque con algún objeto contundente o cortante, con arma blanca o de fuego, o con cualquier otro tipo de objeto o sustancia capaz de causar daño o lesiones a la persona agredida.
- c) *Simbólica* o ataque sutil en forma de invasión del espacio personal, de intrusión en lugares no autorizados, de realización de gestos intimidatorios, de ostentación de armas, de mensajes telefónicos o electrónicos vía redes sociales, de escritos en papel o de grafitis.

Tabla 4
Variables introducidas en la matriz Excel

Variables	Categoría	Explicación
Número de caso		Coincide con el código de la reclamación
Año		Del 2012 al 1er semestre de 2017.
Meta categorías	Agresión contra la persona	Incluyó las categorías: amenazar, intimidar, violentar y presionar.
	Agresión contra la imagen personal	Incluyó las categorías: desacreditar, descalificar e insultar
Tipo de violencia. Cervantes, Blanch & Hermoso, (2010).	Verbal	Uso de la palabra para ofender, insultar, injuriar, difamar, desacreditar...
	física	Contacto corporal en forma de empujón, patada, bofetada, puñetazo...
	simbólica	Ataques en forma de invasión del espacio personal, de intrusión en lugares no autorizados.
Documento		Reclamación, Alegación, Redes sociales, Informe jerárquico, notas del personal de la UAC.
Estamento afectado		P. medicina, P. enfermería, otros.
Quien manifiesta		Profesional, Paciente, Familiar, Superior jerárquico
Lugar		Urgencias, Hospitalización, Consultas, otros
Pretexto utilizado		Asistencia, Trato, Otros
Tipo de agresor. Blanch & Cervantes, (2012, 2015)	Estratega	Pretende obtener un fin personal (baja médica, receta, atención inmediata, una prueba diagnóstica etc.).
	Frustrado	Persona que no ha visto satisfechas sus expectativas.
	Agitado	Persona en estado con limitado autocontrol en su comportamiento.
Consecuencias		Sí/No
Encadenamiento		Sí/No
Contexto		Situación en que se ha dado la violencia
Sexo/género agresor y víctima		Hombre/Mujer

Nota: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Asimismo, y también de acuerdo con los autores ya mencionados, se identificaron tres tipos de estados psicológicos dominantes en la persona agresora (Blanch & Cervantes, 2012, 2015):

- a) *Estratega*: aquella que adopta un comportamiento de violencia instrumental como medio para obtener un fin personal (baja médica, receta, atención inmediata, una prueba diagnóstica etc.).
- b) *Agitada*: aquella que se encuentra en un estado o circunstancias con limitado autocontrol en su comportamiento, característico de determinadas patologías, como trastorno psiquiátrico, drogadicción, alcoholismo o determinados estados de ánimo.
- c) *Frustrada*: aquella que se encuentra bloqueada cognitiva y emocionalmente al no ver satisfechas sus expectativas.

Se identificaron numerosas referencias cruzadas entre los temas que fueron emergiendo, permitiendo vincular varios conceptos y opiniones de los reclamantes y compararlos con los datos aportados en las alegaciones de los profesionales.

Las categorías han permitido organizar los textos para encontrar, extraer y agrupar los segmentos relacionados con la pregunta de investigación. Cada categoría va unida a un segmento de texto de diferente tamaño, que pueden ser frases o párrafos completos, transcritos de manera literal en un formato legible, que ejemplarizan la categoría asignada, esto ha permitido realizar conexiones entre las diferentes partes de la información.

Igualmente, se introdujeron variables sociodemográficas de la población reclamante y de la población reclamada con el fin de obtener una caracterización de las personas agredidas y agresoras. Sin embargo, a la hora de generar unidades de significado, se realizó un análisis de contenido temático de las citas aisladas de los casos objeto de estudio.

Para minimizar los sesgos imputables a un único investigador, en el proceso de categorización y análisis se realizó una triangulación de jueces, siendo cuatro investigadores los que de forma independiente analizaron el corpus. Esta

triangulación permitió afinar la codificación y generar la matriz de meta categorías y categorías definitivas, confiriendo mayor objetividad al proceso analítico.

6.5 Aspectos éticos de la investigación

La utilización del conocimiento generado por la ciencia requiere de conductas éticas por parte del investigador, asumiendo que la conducta no ética carece de valor en la investigación científica.

Según Ávila (2002), *“la investigación cualitativa indaga en el ser humano, por tanto, se genera conocimiento y a la vez se trabaja con la complejidad, ambigüedad, flexibilidad, singularidad, pluralidad, lo contradictorio y lo afectivo, como condiciones de su subjetividad y de su carácter social”* (p. 97).

Para evitar daños a las personas a las que se hace referencia en los textos estudiados, en esta investigación se ha velado por su integridad, autonomía y dignidad, para lo cual se han cumplido con la confidencialidad de la información y el anonimato de las personas a las que se hace referencia en los textos.

En la fase de diseño, el proyecto de investigación fue remitido al Comité Ético de Investigación (CEI) del centro hospitalario donde se realizó el trabajo de campo. Este comité valoró su idoneidad y dio su aprobación, después de solicitar algunas correcciones menores de la propuesta inicial.

Durante la recogida de información y en todos los lugares donde se llevó a cabo esta, se aplicó la normativa internacional relativa a confidencialidad de datos y salvaguarda del anonimato de las personas implicadas, así como de los servicios y de la misma institución. En este sentido, como garantía de la confidencialidad de los datos se trabajó con los códigos numéricos que el hospital había asignado a cada reclamación (ej.: R769564). Finalmente, se formalizó un compromiso de devolución de resultados al centro y de uso responsable de la información generada.

Capítulo 7

Resultados

A partir del marco teórico se ha construido el apartado empírico de acuerdo con los resultados obtenidos tras el análisis de los textos estudiados.

En este capítulo se expondrán los resultados de la parte empírica realizada con metodología cuanti-cualitativa.

Los resultados se presentan en dos bloques, el primero con resultados cuantitativos y el segundo con datos cualitativos extraídos a partir del análisis del contenido de los textos que han conformado el estudio. En el apartado de discusión se interpretan e interrelacionan los resultados.

7.1 Análisis cuantitativo.

Se seleccionaron 9001 expedientes de reclamación tramitados desde la UAC del centro sanitario donde se realizó el estudio entre los años 2012 y primer semestre 2017. De estos se descartaron los que no evidenciaban interrelaciones entre usuarios y profesionales, quedando finalmente $n=7972$ expedientes incluidos en el estudio.

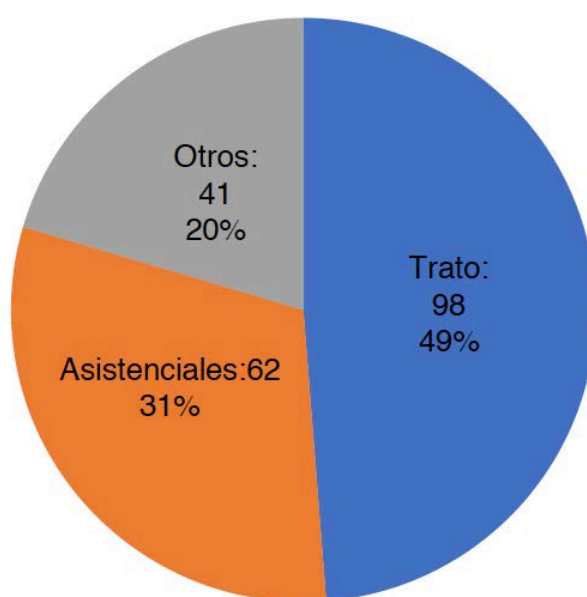
De los expedientes estudiados y analizada la documentación que contenían, $n=201$ fueron seleccionados por informar de violencia, ya fuera por parte del paciente/usuario, por parte de la persona violentada o bien a través del informe realizado por el responsable jerárquico de la víctima.

Todos los expedientes contienen la reclamación (en papel estándar, en correo electrónico, o captada a través de las redes sociales). Las reclamaciones en las que el reclamante se queja por un trato inadecuado, además contienen el informe del superior jerárquico.

De los 201 expedientes estudiados, en alguno de ellos se encontraron más de una manifestación, siendo de varios tipos y de diferentes meta categorías y categorías. Así, los 201 expedientes revisados incluyeron 382 expresiones de violencia o referencias a actos violentos.

En relación al número global de reclamaciones violentas (n=201), el 49% de ellas estaban relacionadas con la percepción del trato (n=98), seguidas por las asistenciales que representaron el 31% de las reclamaciones estudiadas (n= 62) (Ver gráfica 6)

Gráfica 6
Reclamaciones con violencia según pretexto



Fuente. Elaboración propia a partir de datos de la investigación.

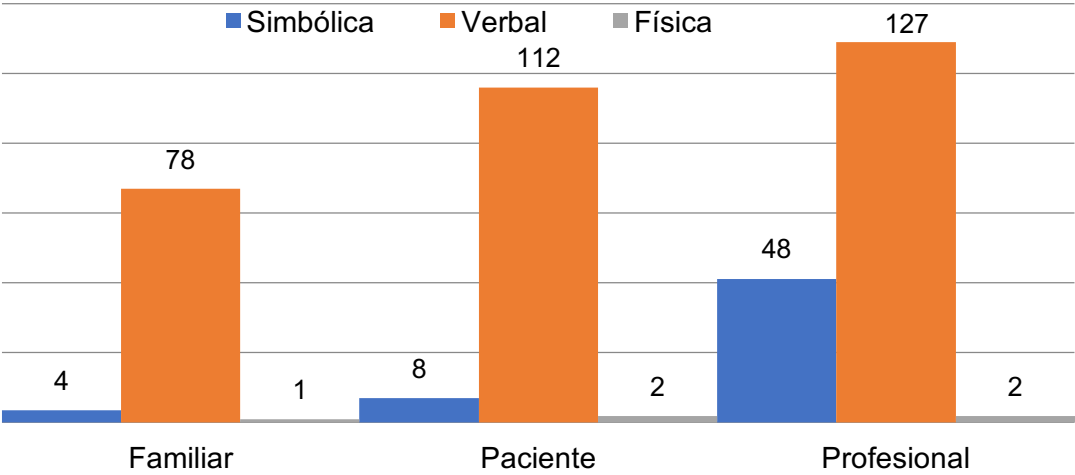
Los resultados también se exponen en relación a las manifestaciones de violencia estudiadas en el conjunto de los expedientes de reclamación (n= 382).

De las 382 expresiones de violencia o referencias a actos violentos: 317 fueron de naturaleza “verbal” (182 / dirigidas a mujeres y 135 a hombres), 60 simbólicas (36 dirigidas a mujeres y 24 a hombres) y 5 físicas (1 dirigidas a una mujer y 4 a hombres).

Las expresiones de violencia contenidas en los expedientes de reclamación fueron manifestadas directamente por pacientes (en 122 expedientes de

reclamación), por familiares o acompañantes (en 83 reclamaciones) y/o declarada por profesionales (en 177 alegaciones) (Ver gráfica 7).

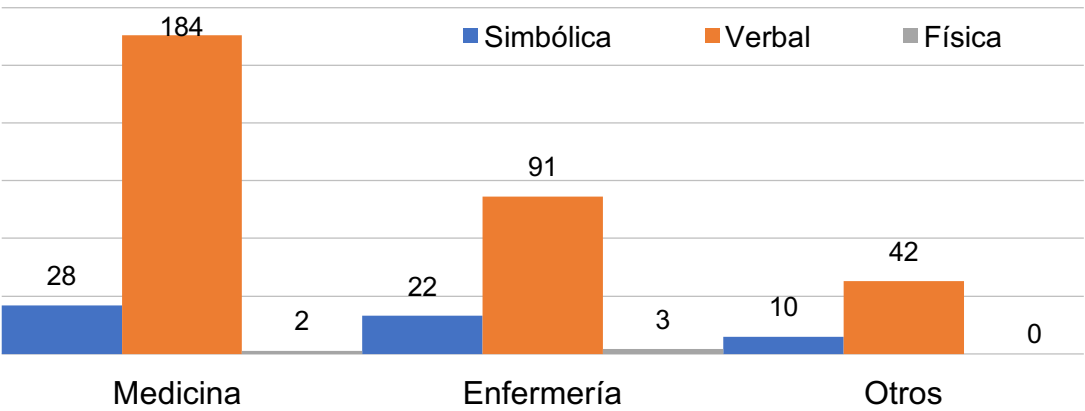
Grafica 7
Tipo de violencia según quien manifiesta



Fuente. Elaboración propia a partir de datos de la investigación.

Por estamentos, los profesionales de la medicina fueron objeto de agresión en 214 manifestaciones escritas de violencia, mientras que los profesionales de enfermería lo fueron en 116 (Ver gráfica 8).

Gráfica 8
Tipo de violencia según estamento agredido

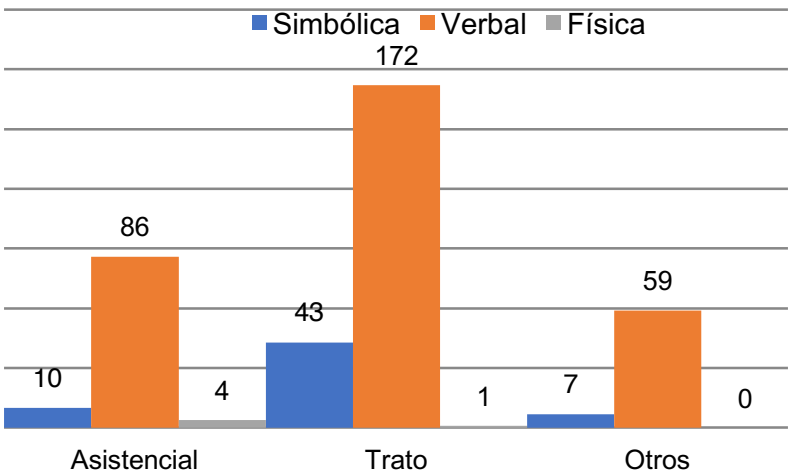


Fuente. Elaboración propia a partir de datos de la investigación

El pretexto utilizado con mayor frecuencia en la reclamación violenta fue la percepción por la parte reclamante de haber recibido un trato inadecuado (216 manifestaciones; 45 % del total), seguida del desacuerdo con el resultado de la asistencia (100 manifestaciones violentas) (Ver gráfica 9)

Gráfica 9

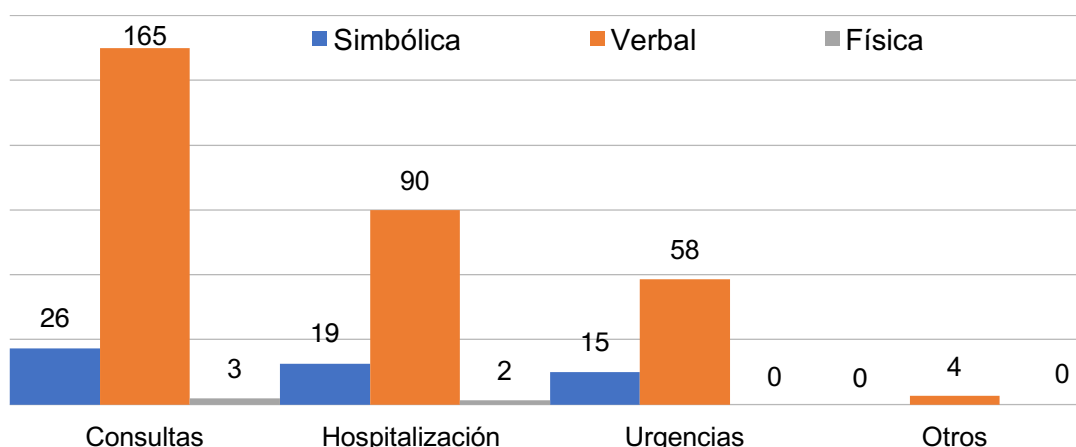
Tipo de violencia según pretexto



Fuente. Elaboración propia a partir de datos de la investigación

En cuanto a los lugares donde se produjo la circunstancia que motivó la reclamación, las consultas ambulatorias y las habitaciones de hospitalización fueron los más utilizados (194 y 111 manifestaciones violentas respectivamente); urgencias es el tercer lugar donde se manifiesta la violencia (Ver gráfica 10).

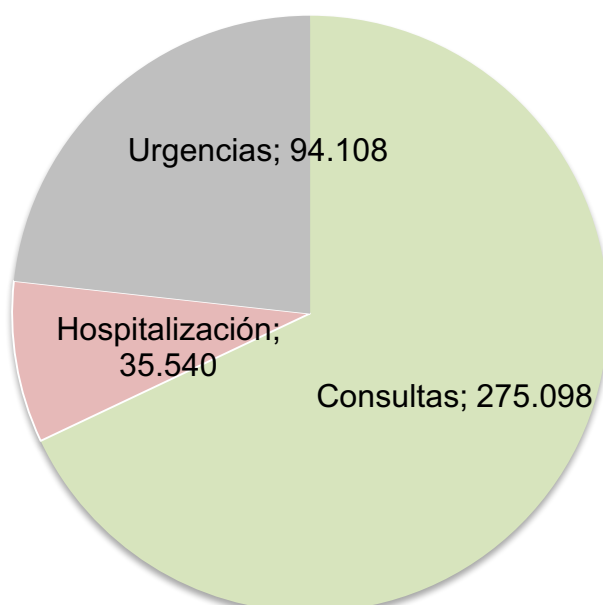
Gráfica 10
Tipo de violencia según ubicación



Fuente. Elaboración propia a partir de datos de la investigación.

Según consta en las memorias del hospital general, escenario de la investigación, entre el primero de enero de 2012 y el primer semestre de 2017, se realizaron en torno a 275.000 visitas médicas en consultas ambulatorias y se hospitalizaron aproximadamente 35.000 pacientes (Gráfica 11).

Gráfica 11
Actividad Hospitalaria realizada durante el período estudiado



Fuente. Elaboración propia a partir de datos de la investigación.

A continuación, se muestran las tablas en las que se cruzan tipo de agresor, pretexto invocado y meta categorías con las diferentes variables estudiadas.

En cuanto al “*tipo de agresor*” relacionado con el estamento agredido, el agresor frustrado es el que más agresiones manifiesta (n=238), siendo los profesionales de la medicina (n=118) y las mujeres (n=147) los más afectados (Ver tabla 5).

Tabla 5
Estamento de la víctima según sexo-género y tipo de agresor

	<i>Médico Hombre</i>	<i>Médico Mujer</i>	<i>Enfermera Hombre</i>	<i>Enfermera Mujer</i>	<i>Otros Hombre</i>	<i>Otros Mujer</i>
Frustrado	58	60	16	65	17	22
Estratega	46	42	12	23	9	4
Agitado	5	3	0	0	0	0

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

En cuanto al pretexto que invocan los agresores para ejercer violencia sobre sus víctimas, el mayor número de ocasiones tiene relación con la percepción del trato recibido (n= 217), siendo el agresor frustrado el que lo manifiesta en más ocasiones (n= 137) (Ver tabla 6).

Tabla 6
Tipo de agresor y pretexto utilizado según sexo-género

	<i>Asistencial Hombre</i>	<i>Asistencial Mujer</i>	<i>Trato Hombre</i>	<i>Trato Mujer</i>	<i>Otros Hombre</i>	<i>Otros Mujer</i>
Frustrado	30	37	46	91	15	19
Estratega	18	14	34	39	15	16
Agitado	1	0	4	3	0	0

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Considerando el estado emocional de las personas agresoras y el tipo de violencia ejercida, la mayoría estaban en una situación de “frustración”, subyacente a 238 manifestaciones violentas, que motivaron 195 expresiones verbales, 40 simbólicas y 3 físicas. Asimismo, se produjeron 136 manifestaciones violentas de carácter “estratégico” (relacionadas con 114 expresiones verbales, 20 simbólicas

y 2 físicas). Los agresores en situación psicológica de “agitación” manifestaron violencia en un número inferior: 8 ocasiones, todas ellas de carácter verbal (Ver tabla 7).

Tabla 7

Tipo de violencia por sexo-género según tipo de agresor

	<i>Verbal Hombre</i>	<i>Verbal Mujer</i>	<i>Simbólica Hombre</i>	<i>Simbólica Mujer</i>	<i>Física Hombre</i>	<i>Física Mujer</i>
Frustrado	75	120	14	26	2	1
Estratega	55	59	10	10	2	0
Agitado	5	3	0	0	0	0

Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación

Las categorías de violencia más frecuentes fueron el descrédito y la descalificación (n=105), seguidas por las amenazas (n=79) y los gritos, coacciones, invasión del espacio personal, empujones y zarandeos (n=76).

Durante el periodo estudiado, en el año 2014 se registraron el mayor número de reclamaciones (n=1766), coincidiendo con este dato, hubo mayor número de reclamaciones de carácter violento (n=91); de las cuales 75 estuvieron relacionadas con incidentes de carácter verbal, 14 de naturaleza simbólica y 2 fueron manifestaciones físicas. En 2015, se tramitaron 1.527 reclamaciones dándose 76 manifestaciones violentas (60 verbales y 16 simbólicas).

Entre los 201 expedientes considerados, se dieron dos casos de reincidencia en los que dos personas reclamaron de forma reiterada de manera violenta. En los dos casos fueron personas del sexo femenino y lo hicieron contra mujeres profesionales de la medicina por la percepción de un trato inadecuado.

Al cruzar el pretexto utilizado con el tipo de violencia, se evidenció que la violencia verbal fue la más utilizada ante cualquier pretexto (317 ocasiones), siendo la percepción del trato recibido el que mayor número de manifestaciones violentas propició (n= 217) (Ver tabla 8).

Tabla 8

Tipo de violencia por sexo-género según pretexto invocado

	<i>Verbal Hombre</i>	<i>Verbal Mujer</i>	<i>Simbólica Hombre</i>	<i>Simbólica Mujer</i>	<i>Física Hombre</i>	<i>Física Mujer</i>
Asistencial	41	45	5	5	3	1
Trato	65	108	18	25	1	0
Otros	29	29	1	6	0	0

Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación

Considerando el sexo/género de las víctimas y el de los agresores, destaca que las mujeres manifiestan violencia con más frecuencia (n=118 reclamaciones violentas) y lo hacen más contra personas de su mismo género (n=98 reclamaciones violentas de mujeres contra mujeres) (Ver tabla 9)

Tabla 9

Agresor según sexo-género y víctima según sexo-género.

	<i>Víctima Hombre</i>	<i>Víctima Mujer</i>
Agresor hombre	60	23
Agresor mujer	20	98

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación

Las personas que manifiestan violencia como consecuencia de frustración (agresor frustrado) lo hacen con más frecuencia en las consultas ambulatorias, seguido por las habitaciones de hospitalización. En tercer lugar, lo hacen en urgencias (Ver tabla 10).

Tabla 10

Tipo de agresor y lugar de la agresión.

	<i>Consulta Hombre</i>	<i>Consulta Mujer</i>	<i>Habitación Hombre</i>	<i>Habita- ción Mujer</i>	<i>Urgencias Hombre</i>	<i>Urgencias Mujer</i>	<i>Otros Hombre</i>	<i>Otros Mujer</i>
Frustrado	46	63	19	58	23	25	3	1
Estratega	40	42	19	10	8	17	0	0
Agitado	2	1	3	2	0	0	0	0

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

En las consultas ambulatorias y con motivo de la percepción por el trato recibido fue el lugar donde con más frecuencia se ejerció la violencia (n=116), seguido de las habitaciones de hospitalización (n= 61) (Ver tabla 11).

Tabla 11

Pretexto y lugar de la agresión.

	<i>Consulta Hombre</i>	<i>Consulta Mujer</i>	<i>Habita- ción Hombre</i>	<i>Habita- ción Mujer</i>	<i>Urgencias Hombre</i>	<i>Urgencias Mujer</i>	<i>Otros Hombre</i>	<i>Otros Mujer</i>
Asistencial	23	22	15	15	10	14	1	0
Trato	44	72	19	42	21	19	0	0
Otros	21	12	7	13	0	9	2	1

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

La percepción del trato recibido vuelve a ser el pretexto más utilizado si lo cruzamos con el estamento profesional, siendo los profesionales de la medicina hombres los que han sufrido violencia con más frecuencia por este motivo. Hombres y mujeres profesionales de la medicina suman un total de 107 manifestaciones violentas (Ver tabla 12).

Tabla 12

Pretexto y estamento de la víctima.

	<i>Médico</i>	<i>Médico</i>	<i>Enfermera</i>	<i>Enfermera</i>	<i>Otros</i>	<i>Otros</i>
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
Asistencial	42	36	4	8	3	7
Trato	50	57	20	66	14	10
Otros	17	12	4	14	9	9

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

La meta categoría “*agresión contra la persona*” es la más frecuente (n=234) tanto en la violencia verbal, simbólica como física, sobre todo cuando es ejercida de forma verbal por una mujer (Ver tabla 13).

Tabla 13

Meta categoría y tipo de violencia.

	<i>Verbal</i>	<i>Verbal</i>	<i>Simbólica</i>	<i>Simbólica</i>	<i>Física</i>	<i>Física</i>
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
Agresión Persona	72	102	22	33	4	1
Agresión Imagen	59	80	2	3	0	0

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Así mismo, por meta categorías, la “*agresión contra la persona*” fue la que recibió más manifestaciones violentas n= 241 (Ver tabla 14), siendo muy equilibrado entre los profesionales de la medicina de ambos sexos.

Tabla 14

Estamento de la víctima por sexo-género según meta categoría de la agresión.

	<i>Medicina Hombre</i>	<i>Medicina Mujer</i>	<i>Enfermería Hombre</i>	<i>Enfermería Mujer</i>	<i>Otros Hombre</i>	<i>Otros Mujer</i>
Agresión contra persona	67	66	18	57	17	16
Agresión contra imagen personal	42	42	10	31	9	10

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación

Los profesionales de la medicina son los que mas “agresiones contra la persona” recibieron, y el lugar en el que más se dieron fueron las consultas ambulatorias (n=117) (Ver tabla 15).

Tabla 15

Meta categoría y lugar de la agresión.

	<i>Consulta Hombre</i>	<i>Consulta Mujer</i>	<i>Habitación Hombre</i>	<i>Habitación Mujer</i>	<i>Urgencias Hombre</i>	<i>Urgencias Mujer</i>	<i>Otros Hombre</i>	<i>Otros Mujer</i>
Agresión persona	54	63	26	45	19	27	3	1
Agresión imagen	34	43	15	25	12	15	0	0

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Cuando los usuarios tienen la percepción de un trato inadecuado, ejercen más violencia “*contra la persona*” que “*contra la imagen personal*” (n=127) (Ver tabla 16).

Tabla 16

Meta categoría y pretexto utilizado.

	<i>Asistencial Hombre</i>	<i>Asistencial Mujer</i>	<i>Trato Hombre</i>	<i>Trato Mujer</i>	<i>Otros Hombre</i>	<i>Otros Mujer</i>
Agresión persona	32	34	52	75	18	27
Agresión imagen	17	17	32	58	12	8

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

7.2 Análisis cualitativo

Para presentar los resultados cualitativos, se seleccionaron expresiones literales recogidas de las hojas de reclamación escritas por las personas reclamantes, o bien de las alegaciones de los profesionales y sus superiores jerárquicos. A continuación, se exponen organizadas de acuerdo con las dos grandes meta categorías.

En la meta categoría “*agresión contra la persona*” (Ver tabla 17), destacan frases extraídas de los documentos analizados y que expresan amenazas, como, por ejemplo, “...voy a comenzar a barrer supervisoras de arriba abajo empezando por ti”, junto con otras frases obtenidas de las alegaciones de profesionales aludidos, en las que expresan conciencia de intimidación, como, por ejemplo, “...el fill va reaccionar posant la seva mà davant la meva cara de forma exagerada i violenta” (*el hijo reaccionó poniendo su mano ante mi cara de forma exagerada y violenta*).

Tabla 17

Citas correspondientes a la meta categoría “Agresión contra la persona”

Meta categoría	Categoría	Citas
Agresión contra la persona	Amenazar	“...voy a comenzar a barrer supervisoras de arriba abajo empezando por ti” “...si me vuelves a poner la mano delante te parto la cara” “...interrumpió mi trabajo para amenazarme” “...diu que demà vindrà i es farà escoltar, encara que després se l'hagi d'emportar la policia pres” (“...dice que mañana vendrá y se hará escuchar, aunque después se le tenga que llevar la policía preso”) “... en aquel momento (la enfermera), sufre un zarandeo en el brazo derecho que le causó un hematoma”
	Violentar	“...li contesta de forma inapropiada i la fa plorar” (“...le contesta de forma inapropiada y la hace llorar”) “...culpando a voz en grito a la Dra.” “...entro en mi box cerrando la puerta, hecho que no respetan abriéndola y entrando para seguir encarándome” “...su marido comienza a apuntarme y hablarme a menos de 30 cm. de distancia” “...colpejant el taulell i cridant” (“...golpeando el mostrador y gritando”) “...el fill va reaccionar posant la seva ma davant la meva cara de forma exagerada i violenta” (“...el hijo reaccionó poniendo su mano ante mi cara de forma exagerada y violenta”) “...la Dra. ante esta situación decidió huir al interior de la Unidad y cerrar la puerta”
	Intimidar	“...van venir a demanar explicacions amb els anims força alterats” (“...vinieron a pedir explicaciones con los ánimos bastante alterados”) “...su acompañante nombra a mi familia”
	Presionar	“...exigiéndome incumplir el acuerdo entre la unidad de coagulación y la de genética molecular...” “...exige un seguimiento más asiduo” “...la sra. es va dirigir a elles cridant i exigint que immediatament es personés el metge” (<i>la sra. se dirigió a ellas gritando y exigiendo que inmediatamente se personara el médico</i>) “...llegó dando gritos. Increpa al médico diciéndole por qué no le pone en la lista de visita”

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

En la meta categoría “*agresión contra la imagen personal*” (ver tabla 18) se han encontrado manifestaciones sobre todo en contra de las enfermeras como “...sois mujeres y por eso tenéis que hacer lo que yo diga” o insultos como “...me cago en tu puta madre”.

Tabla 18

Citas correspondientes a la meta categoría “Agresión contra la imagen personal”

Meta categoría	Categoría	Citas
Agresión contra la imagen personal	Descalificar	“...es el mundo happy-happy de personajillos disfrazados con bata” “...sois mujeres y por eso tenéis que hacer lo que yo diga” (a las enfermeras) “...me has arrancado los huesos, bestia, animal” (reiteradamente y con gritos) “...iros a fregar suelos” (a las enfermeras) “...este personaje es un impresentable total” “...no quiero que mi salud ocular sea tratada por una especialista de la categoría de esa inepta”
	Desacreditar	“...profesionales, por llamarlos de alguna manera...” “...el motivo de mi queja es la ineptitud del médico que ha de dar las pautas del Cintrón®” “...quiero dejar constancia que su compañero cuestionaba mi criterio médico de manera agresiva” “...ni crisis ni recortes, esto es desidia, holgazanería, irresponsabilidad profesional y una falta de vocación” “...no está cualificado para ser trabajador de un centro de sanidad, sino portero de una discoteca”
	Insultar	“...me dice que me vaya a la mierda” “...només vaig rebre insults i agressivitat (...) vaig premer l'alarma sense que ningú vingués” (“...sólo recibí insultos y agresividad (...) pulsé la alarma sin que nadie viniera”) “...me dice que soy un sinvergüenza” “...insults com “puta”” (“...insultos como “puta””) “...me cago en tu puta madre” “...es una incompetente”

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

En la confrontación de diálogos extraídos de un mismo expediente de reclamación, las manifestaciones del agresor son más escuetas en relación al momento de violencia. Las de los profesionales son más extensas, aportando datos sobre los diálogos y sobre las acciones violentas (Ver tabla 19).

Tabla 19
Confrontación de diálogos agresor-víctima (a)

<i>Quien expone</i>	<i>Frase literal</i>
Profesional	“...con tono desafiante y amenazante me recrimina mis preguntas y me insulta”
	“...se va dando un portazo”
	“...quedando poco para ponerme la mano encima”
Paciente	“...es una incompetente”

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación

Las manifestaciones de los agresores, con frecuencia tienen relación con la competencia profesional de la víctima, siendo este un dato que no suele formar parte de los comentarios hechos por los profesionales en sus alegaciones (Ver tablas 20 y 21).

Tabla 20
Confrontación de diálogos agresor-víctima (b)

<i>Quien expone</i>	<i>Frase literal</i>
Profesional	“... se presentó con actitud desafiante en mi despacho e interrumpió y me increpó”
Paciente	“...se regalan títulos a cualquiera”

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación.

Tabla 21
Confrontación de diálogos agresor-víctima (c)

<i>Quien expone</i>	<i>Frase literal</i>
Profesional	“...va irrompre a la consulta” “ <i>Irrumpió en la consulta</i> ”
Paciente	“...profesionales, por llamarlos de alguna manera”

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación

En algunos expedientes de reclamación, constan también las manifestaciones realizadas por el responsable jerárquico, que añaden y complementan la información de los profesionales agredidos (Ver tabla 22).

Tabla 22

Confrontación de diálogos agresor-víctima-responsable jerárquico

<i>Quien expone</i>	<i>Frase literal</i>
Profesional	“...la familia estant en desacord amb la decisió presa, es va mostrar agresiva, insultant i amenaçant" "...solicitant el nom del metge amb la voluntat de denunciar-lo” “...<i>la familia, estando en desacuerdo con la decisión tomada, se mostró agresiva, insultante y amenazante</i>” “...solicitando el nombre del médico con la voluntad de denunciarlo”
Familiar	“...se produce una discusión entre Antonio y la doctora “... la Dra. mostró en todo momento nula sensibilidad hacia los sentimientos de las personas allí presentes, impasible y fría” "...en ningún momento hubo violencia Física, más allá de insultos y otras palabras"
Responsable jerárquico	"...culpando a voz en grito a la Dra. “ “...la Dra. ante esta situación decidió huir al interior de la Unidad y cerrar la puerta" "...a los pocos minutos apareció el vigilante de seguridad”

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la investigación

Capítulo 8

Discusión

La violencia ocupacional externa, en la literatura consultada, (AMA, 1995; Chappell y Di Martino, 1998; 2006; Paoli, 2000; ANA, 2002; NIOSH, 2002; Di Martino, 2002; 2003; Di Martino, Hoel y Cooper, 2003; Einarsen, Hoel, Zapf y Cooper, 2003; Gerberich, Church, McGovern, Hansen, Nachreiner, Geisser, Ryan, Mongin y Watt, 2004; COMB, 2004; OSHA, 2004; Winstanley y Whittington, 2004; Farell, Bobrowski y Bobrowski, 2006; Ryan Maguire, 2006; WHO, 2006; 2008; Agerwold, 2007; Rumsey, Foley, Harrigan y Dakin, 2007; European Social Dialogue, 2007; Cervantes, Cantera y Blanch, 2007; Cantera, Cervantes y Blanch, 2008; Blanch, Cantera y Cervantes, 2010; Blanch, Cervantes y Cantera, 2010; Cervantes, Blanch & Hermoso, 2010; Blanch y Cervantes, 2012; Salin, 2003a; 2003b; 2008; 2009; 2010; Salin y Hoel, 2011; Eurofound, 1995; 2000; 2005; 2006; 2010; EU-OSHA, 2007; 2011. Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2012; Lameiro et al, 2013; Bernaldo-de-Quirós et al, 2014; Cervantes y Blanch, 2014; Nedham et al, 2014), toma los datos de encuestas o entrevistas personalizadas.

Los resultados del presente estudio, ponen de manifiesto una nueva fuente de información para calibrar las repercusiones y el impacto de la violencia ocupacional ejercida por usuarios en el sistema de salud hacia los profesionales y las organizaciones en general.

Asimismo, los resultados muestran que los expedientes de reclamaciones presentadas por pacientes, familiares y acompañantes, así como las alegaciones hechas por los profesionales implicados y los informes de los superiores jerárquicos, son una importante fuente de información de la violencia ocupacional, ya que la persona agresora manifiesta por escrito el acto violento. Además, nos permite disponer de información facilitada por un tercer agente: el superior jerárquico, lo cual permite completar el mapa de la agresión.

Otro elemento a considerar es que las reclamaciones aportan información de gran valor para la Dirección-Gerencia en relación con las agresiones que sufren los profesionales del centro, y de las cuales no siempre tiene constancia, ya que no han sido notificados a la Unidad de Riesgos Laborales.

A diferencia de los sistemas de información que hasta el momento se consideraban para evaluar este tipo de violencia, los expedientes de reclamación tienen elementos que hasta el momento no se habían considerado:

- a) La violencia queda manifestada por escrito.
- b) Se realiza en un espacio temporal posterior al acto violento, lo cual pone de manifiesto que la violencia verbal manifestada por escrito no se da de manera impulsiva, ya que requiere un tiempo para la valoración de los hechos y las manifestaciones que se dejan por escrito.
- c) El expediente de la reclamación posibilita visualizar la violencia desde tres perspectivas diferentes: el agresor, la víctima y una tercera persona que no ha intervenido en la situación de violencia y que narra también su versión de los hechos, lo cual proporciona una riqueza en la información que posteriormente será analizada en los textos escritos.

Así pues, el formulario de reclamación puede ser considerado como una herramienta susceptible de ser utilizada por el usuario en la práctica de la violencia hacia los profesionales sanitarios.

De acuerdo con la literatura revisada (OIT, CIE, 2002; Blanch y Cervantes, 2012), los datos que aporta la investigación confirman que la violencia verbal se manifiesta de diversas formas: insultos, las amenazas, la coacción o intimidación, lo cual da idea de la dimensión del problema, cada vez de mayor envergadura, que se repite con más frecuencia y que tiene repercusiones no solo a nivel personal sino también organizacional, económico y social (Roche, Duffield y Catling-Paull, 2010; Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert, y Nienhaus, 2010).

Esto queda reforzado con el informe elaborado por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo que dibuja la situación del problema en el ámbito de la Unión Europea (EU-OSHA, 2011).

En esta misma línea, las estadísticas nacionales e internacionales de países de la UE arrojan resultados de diferentes estudios científicos relacionando los agentes precursores de la violencia, los pretextos que habitualmente se invocan y

las repercusiones que tiene para el propio trabajador y para la empresa (ANA, 2014; Blanch y Cervantes, 2012; 2015; Cantera, Cervantes y Blanch, 2008; Cervantes, Blanch y Hermoso, 2010; Chappell y Di Martino, 2006; EU-OSHA, 2014, Nedham et al., 2010; 2012; 2016).

Los resultados de este estudio evidencian que la violencia manifestada a través de formularios de reclamación tiene su origen con mayor frecuencia en las consultas ambulatorias y en las habitaciones de hospitalización, quedando las urgencias en tercer lugar. Estos resultados coinciden con países geográfica y socialmente cercanos al nuestro como Portugal, donde los niveles de violencia en los centros de salud son superiores a los los centros hospitalarios, a diferencia de otros informes, (Carles Vidal-Martí y Carles Pérez-Testor, 2015; Blanch y Cervantes, 2008), en los que se constató que las urgencias fueron los lugares donde más violencia se produjo.

De igual forma, al igual que en otros estudios, las agresiones verbales superan a otros tipos de violencia (Biscaia, Conceição, Ago, Craveiro, Flores y Santos, 2003; Cantera, Cervantes, & Blanch, 2008) siendo la amenaza verbal referida a informar a la prensa o a denunciar en los tribunales la utilizada con mayor frecuencia. En este sentido, la reclamación es utilizada por el agresor con doble intencionalidad: por un lado, dejar de manifiesto la violencia y por el otro coaccionar al profesional mediante la amenaza de una reclamación que sobrepase los límites de la propia institución sanitaria, para poder lograr satisfacer sus objetivos.

A diferencia de otras investigaciones (Blanch & Cervantes 2008; Blanch, Cantera & Cervantes 2010; Blanch & Cervantes, 2012; Phillips, 2016), en esta se han podido analizar las narraciones de los profesionales agredidos, siendo además los textos que se encuentran en mayor porcentaje (46%), seguido por las manifestaciones de pacientes (31%) y familiares (21%). Si no se tiene en consideración las manifestaciones realizadas por la víctima (narraciones de los profesionales), coincidiendo con otros estudios (Cantera, Cervantes y Blanch, 2008, 2010,201) la mayoría de agentes agresores fueron pacientes, seguido de familiares y acompañantes.

El reclamante frustrado que percibió haber recibido un trato inadecuado, fue el que con más frecuencia utilizó la violencia. Respecto a los estamentos afectados, destacan los profesionales de la medicina como los más frecuentemente agredidos, a pesar de no ser la plantilla más numerosa del centro.

La plantilla de médicos mujeres, es prácticamente igual a la de médicos hombres, sin embargo, las primeras fueron objeto de mayor número de agresiones. En esta línea, las enfermeras, aun siendo la plantilla más numerosa del centro, han aparecido en segundo lugar, lo cual deja de manifiesto que el objetivo de las agresiones son principalmente profesionales de la medicina mujeres, ya que el mayor número de agresiones se ha dado contra estas sin ser una plantilla superior al resto de estamentos.

En la línea de otros estudios mencionados en el marco teórico, (Palacios, Loureiro dos Santos, Barros do Val, Medina, De Abreu, Soares Cardoso y Bragança Pereira, 2003; Prats, Luna, Melamud, y Flichtentrei, 2011), el 49% de la violencia manifestada en reclamaciones está relacionada con la percepción del trato de los usuarios y su relación con los profesionales.

Las reclamaciones violentas quejándose de un trato inadecuado por parte de algún profesional inducen a una nueva reflexión sobre las condiciones de trabajo de los profesionales: elevado ratio de pacientes por profesional, presión asistencial, medios de atención insuficientes, nuevo rol de paciente-cliente, nuevas relaciones entre pacientes empoderados e “informados” y profesionales presionados, constituyen un conjunto de factores que afectan negativamente la calidad asistencial y la de la vida laboral en el centro, constituyendo factores de riesgo psicosocial (Grau et al., 2005; Näswall, Hellgren y Sverke, 2008; Houdmont & Leka, 2010; Eurofound, 2010, 2014, 2015; EU-OSHA, 2014; Gibson, Checkland, Coleman, Hann, McCall, Spooner & Sutton, 2015; Sarango y Stiwar, 2017). En este sentido, establecer la prevalencia del *burnout* debe formar parte de la metodología utilizada para prevenir la violencia, así como incluirlo en la lista de enfermedades profesionales y por tanto compensadas por el sistema.

Según la literatura consultada, (OIT; CIE; OMS; IPS, 2002; Deeb, 2003), los profesionales de la enfermería son los que tienen mayor riesgo de sufrir violencia, pese a ello, en este estudio se ha evidenciado que son el segundo grupo en número de agresiones, sobre todo cuando el pretexto invocado es la percepción del trato recibido, por detrás de los profesionales de la medicina, pese a ser un número mayor.

Los profesionales de la medicina sufren más violencia cuando se invoca al trato recibido que cuando el pretexto es el desacuerdo con la asistencia, cosa que confirma que los pacientes y usuarios valoran más un trato adecuado que la asistencia técnica (Prakash, 2010). De igual forma, en relación con los profesionales de la enfermería los resultados muestran que las reclamaciones violentas por desacuerdo con el trato, son superiores a las manifestadas por la asistencia.

En este sentido, cuando los pacientes manifiestan su insatisfacción en relación con algún aspecto de la atención sanitaria, lo mejor es abordar la queja directamente, respondiendo con calma y respeto hacia el paciente insatisfecho. A menudo, una conversación ayuda a resolver y aclarar problemas e inquietudes de los pacientes que, de no ser así, pueden hacer evolucionar el conflicto. Para los pacientes es importante estar informados sobre cualquier cambio o pasos a dar en el tratamiento de su problema de salud. Es importante que estas conversaciones queden documentadas en la Historia Clínica del paciente.

En ambos colectivos el agresor era una persona que estaba frustrada con el resultado de su interrelación con los profesionales. La frustración es pues el origen de la mayor parte de las reclamaciones violentas de pacientes y familiares. En este sentido, dar malas noticias requiere de una preparación previa en habilidades comunicativas por parte de los profesionales, sobre todo cuando se trata de temas relacionados con la salud. Si a ello se le añade que recibir malas noticias o no ver satisfechas las expectativas en relación a una enfermedad genera frustración en

pacientes y sus familias, resulta previsible la canalización de la misma a través de una reclamación agresiva.

En relación con las dos grandes meta categorías: *“agresión contra la persona”* y *“agresión contra la imagen personal”*, los reclamantes se mostraron más proclives a agresiones contra la persona que contra su imagen personal; sin embargo, en el caso del estamento médico, desprestigiar su imagen profesional fue una forma de agresión que se repitió de forma reiterada, poniendo en entredicho su profesionalidad o con comentarios humillantes para la víctima.

Los lugares en los que más frecuentemente se da la violencia son las consultas ambulatorias y las habitaciones de hospitalización, quedando en tercer lugar las urgencias, pese a ser el lugar donde más presión asistencial existe, donde se trabaja con más estrés y donde los pacientes viven más horas de tensa incertidumbre. El hecho de ser en las consultas ambulatorias donde, en números absolutos, se dieron más agresiones, y que éstas se dirigieron a profesionales de la medicina, resulta comprensible teniendo en cuenta que este fue precisamente el lugar donde se llevó a cabo más actividad médica (27.5000 visitas en el periodo de tiempo estudiado).

Las mujeres del estamento médico en las consultas ambulatorias recibieron el mayor número de *“agresiones contra la persona”*, en forma sobre todo de amenazas e intimidaciones. Algunas de las expresiones de violencia tuvieron implicaciones de género, por las que se trató de humillar a las profesionales de la medicina por su condición de mujeres, desprestigiando su profesionalidad con expresiones degradantes como las de que deberían estar *“fregando suelos”* o con insultos como el de *“puta”*.

En su conjunto, en esta investigación la mayoría de casos (83%) tienen carácter verbal; si bien es necesario señalar que en ocasiones anteceden, acompañan o suceden otras formas de violencia, como la simbólica o incluso la física. Estos datos son concordantes con los aportados por el conjunto de la literatura científica consultada y referenciada como en Cantera, Blanch & Cervantes (2008), donde 80% violencia fue verbal y en algunas ocasiones se acompañó de violencia física.

En cuanto al sexo/género de la persona agredida en las reclamaciones analizadas, las agresiones se repartieron entre hombres y mujeres, correspondiendo en un 57% al sexo femenino; en un centro donde la proporción de hombres y mujeres está equilibrada en el sector de la medicina, siendo, por el contrario, una clara mayoría femenina en el estamento de enfermería.

En relación al sexo del agresor, las mujeres son las que más agreden, (n=108) frente a las realizadas por hombres (n=83), lo que representa un 53% y un 41% respectivamente. Las mujeres agreden en mayor número a otra mujer (n=98) y los hombres a hombres (n=60). Estos datos difieren de los datos aportados por otros estudios (Cantera, Cervantes y Blanch, 2008) en que el 75% de las agresiones notificadas fueron contra personal femenino, pero un 64% de las personas agresoras en este caso eran hombres.

En esta investigación, coincidiendo con lo reportado en otros estudios (Gascón, Martínez-Jarreta, González-Andrade, Santed, Casalod y Rueda, 2009), solo una pequeña parte de los incidentes (el 1,5%) fueron notificados a la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales.

Específicamente, solo en 2 de los 201 casos estudiados, tuvo lugar tal notificación. La notificación como acción percibe evidencias dispares en la literatura, mientras que autores como (Rippon, 2000) establecen que el 80% son notificadas, otros como Gates (2006) hablan del 65%, y los registros sindicales la cifran en un 50% (Mayhew y Chappell, 2003). Lo cual deja de manifiesto el desconocimiento de las cifras reales y como consecuencia la dificultad para implementar acciones preventivas y disuasorias por parte de los gobiernos y las Instituciones Sanitarias.

Una posible explicación está en la percepción que tienen los profesionales expuestos a las agresiones que tratar con usuarios nerviosos y agresivos es un hecho inherente a su propio trabajo y no lo asocian con un factor de riesgo laboral. Igualmente, la ciudadanía en general considera que la violencia, por parte de agentes estresados por situaciones límites en las que la salud constituye un elemento central, forma parte del trabajo de los profesionales sanitarios, creencia compartida incluso por líderes del sistema judicial (CIE, 1998).

Conseguir que el número de registros de agresiones sea paralelo a la realidad, reforzará el hecho de que los gestores sanitarios den respuesta a las causas que los originan con políticas de prevención y protocolos que minimicen el impacto en los trabajadores. Por otro lado, los colegas de la víctima pueden ejercer presión disuasoria para evitar el registro de las agresiones por el temor a las consecuencias que esto puede ocasionar (Rippon, 2000).

En lo relativo al número de reincidencias (con 1,5%), a pesar de presentarse como estadísticamente no significativo, cualitativamente pone de manifiesto que se ejerce violencia de manera reiterada de forma escrita, al igual que ha quedado evidenciado en otros estudios (Cantera, Cervantes y Blanch, 2008).

Otro elemento a tener en cuenta en la violencia contra los profesionales es la percepción del usuario como receptor de violencia, lo cual motiva la reclamación. En este sentido, el hecho de que sus necesidades básicas no queden satisfechas o bien la omisión de acciones asistenciales, es considerada como una violencia hacia ellos (Burgos y Paravic, 2003), lo cual está en la línea del cambio de roles que se está dando en las últimas décadas en el sector de la salud, en que se da impulso a la figura del “paciente experto” (Jovell, Rubio, Maldonado y Blancafort, 2006; Trillo, 2010; Rillo, 2015), figura que queda desvirtuada de su sentido original con pretensiones por parte de estos de decidir cuáles son los actos asistenciales necesarios.

Como puntos fuertes del estudio, destaca la forma novedosa de recoger información relacionada con la violencia ocupacional, ya que los formularios de reclamaciones hasta el momento no habían sido estudiados como potencial herramienta de violencia. Como fuente de información, aparecen como un registro más con el que las instituciones sanitarias pueden objetivar la violencia y cruzar datos con otros repositorios. Además, revisando los expedientes de reclamación, se pudo analizar la violencia desde dos perspectivas: la de la instancia agresora y la de la agredida.

En algunos casos fue posible tener una tercera versión de los hechos, algo que solo es posible cuando la reclamación está formulada por desacuerdo con el trato del profesional hacia el paciente. Esto pone de manifiesto un desequilibrio en la relación profesional-paciente, constatándose una discriminación positiva hacia este último, ya que en reclamaciones en las que ha habido un previsible mal trato del paciente hacia el profesional, no está contemplado que el expediente de la reclamación contenga este informe.

Entre sus puntos débiles figura la naturaleza transversal del estudio, en el que se pone de manifiesto la violencia como una foto plana que no permite evaluar las consecuencias posteriores para la persona agredida en el plano profesional y en el emocional, salvo en algunas ocasiones en que lo deja de manifiesto en sus alegaciones. Bajo este supuesto, la consecuencia que con más frecuencia se ha evidenciado en esta investigación, ha sido el cambio de médico en la atención clínica del paciente agresor, solicitado por la víctima o bien sugerido por el responsable jerárquico, lo cual implica la sobrecarga de trabajo para otros profesionales y la sobrecarga emocional de atender a un paciente del que previamente se conoce que ha agredido a un colega.

Igualmente, no todas las quejas y reclamaciones contienen los datos demográficos del agresor, lo cual es una limitación a la hora de triangular datos con otras fuentes de información. Desconocer la edad, sus estudios o si ha agredido en otros servicios, centros o a otros profesionales, constituye una limitación importante para completar el mapa de la violencia ocupacional, por ello, se hace necesario triangular datos con otras fuentes de información que puedan

complementarlos, como el repositorio de la Unidad de Riesgos Laborales del Centro.

Otra limitación, al no ser la reclamación en sí misma una notificación de agresión, es la falta de datos de la víctima como son el tipo de contrato, los años de antigüedad en la Institución o su edad.

En esta línea, el aplicativo informático de gestión de reclamaciones puede aportar datos de gran valor, detectando reincidencias y agresiones que no han sido notificadas. Esta información puede ser reportada periódicamente a los más altos responsables del Centro para que tengan la información necesaria que les permita tomar medidas en relación a estos casos y a los que puedan surgir en condiciones similares.

Las reclamaciones son una valiosa fuente de información, no solo para la mejora de la calidad del servicio en las organizaciones sanitarias, sino también, como se ha evidenciado en este estudio, para la mejora de la calidad de la vida laboral de sus profesionales, ya que complementan los datos recogidos en otros repositorios relacionados con la violencia ocupacional.

Agenda para futuras investigaciones

Este estudio tiene aplicaciones futuras con propuestas de intervención-prevención de violencia ocupacional, como es incentivar desde las unidades de atención al paciente la notificación de una agresión a la Unidad de Riesgos Laborales y las denuncias policiales cuando un profesional es agredido.

Así pues, en la agenda para futuras investigaciones, este trabajo nos plantea nuevas preguntas para triangular con otras fuentes de información de agresiones a profesionales, como el aplicativo que utiliza la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales del Centro. La comparación de sus archivos con los expedientes de reclamación tramitados en la UAC nos permitirá obtener información demográfica de la víctima y comprobar si el agresor ha sido reincidente en otros lugares del centro o con otros profesionales sin que se haya tramitado una reclamación.

Del mismo modo, las reclamaciones pueden informar de agresiones que no han sido notificadas por el trabajador a la Unidad de Riesgos Laborales

El estudio del *burnout* como factor de riesgo de la violencia laboral hacia los profesionales sanitarios, es una cuestión susceptible de ser abordada en futuras investigaciones e ir más allá con un seguimiento individualizado de la incidencia del *burnout* profesional en la calidad de las relaciones paciente-médico y paciente-enfermera. En esta investigación se han constatado las complejas condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, propiciatorias de *burnout* y los efectos que derivan del mismo en el plano de las relaciones interpersonales.

También será necesario evidenciar en qué medida afecta al aspecto emocional y, como efecto colateral, al aspecto físico, los comentarios humillantes dejados por escrito en relación a la profesionalidad de la víctima. De igual forma podrá estudiarse de qué forma estos comentarios humillantes pueden ser elementos precursores del *burnout*.

En cuanto al elevado porcentaje de agresiones manifestadas en formularios de reclamación no notificadas ni registradas, se podrá investigar cuales son las causas y si estas están en la misma línea de la escasa notificación de agresiones que no se han manifestado mediante reclamaciones.

Para completar las motivaciones por las cuales los profesionales no denuncian las agresiones manifestadas a través de una reclamación, es recomendable que futuros estudios analicen si la reclamación en sí misma es considerada por el profesional como una agresión.

Tal como manifiesta la OMS (2014), la violencia interpersonal (en el marco de la cual se inscribe la ocupacional) es un factor de riesgo para la salud y para la sociedad. Es responsabilidad de los gobiernos y de las administraciones públicas el predecirla y prevenirla. En esta línea, estudios como el presente aportan argumentos para emprender acciones en el plano micro, meso y macro.

Autores como Mayorca, Lucena, Cortés y Lucerna (2013), describen medidas en los centros de carácter micro para contener la violencia como:

- a) Habilitar en las urgencias consultas adecuadas que permitan el tránsito del personal sanitario por vías distintas a la de los usuarios.
- b) Mejorar el entorno físico con niveles de iluminación adecuados.
- c) Colocar sistemas de vigilancia por cámaras de televisión en los espacios comunes que no atenten contra el derecho a la intimidad de las personas.
- d) Sistemas de aviso al personal de seguridad que puedan ser activados de forma discreta y recibidos por una central de vigilancia.
- e) Estacionamientos para el personal sanitario con acceso diferente para los usuarios.

En el plano meso:

- a) Crear mecanismos de información a los pacientes para recordarles que el profesional sanitario es autoridad pública. Con esta acción se consigue un doble objetivo: se informa a los pacientes y usuarios de cuáles son sus deberes en sus relaciones con los profesionales de la salud y se refuerza al profesional como autoridad pública.
- b) Ocuparse de la reintegración al trabajo tras una baja laboral después de haber sufrido una agresión.
- c) Utilizar la ausencia por enfermedad, tras haber sufrido violencia como un indicador preventivo.
- d) Implicar a los cargos directivos en la prevención de la Violencia Ocupacional Externa como factor clave de la prevención.
- e) Constituir comisiones institucionales que traten la violencia ocupacional en los centros sanitarios.
- f) Combatir la infra notificación, impulsando y apoyando a las víctimas para que realicen las denuncias, facilitándoles los trámites burocráticos.
- g) Crear un sistema de registro hospitalario para la notificación de agresiones incluido en el sistema informático del centro.
- h) Dar asesoría y soporte jurídico a la víctima.
- i) Implementar un sistema de comunicación desde la Dirección del Centro con el agresor y con el profesional que ha generado y ha sido víctima respectivamente de una agresión.

- j) Aplicar políticas de recursos humanos de los centros sanitarios mediante las cuales, cuando se constate que un usuario ha agredido a un profesional, se pongan en práctica acciones concretas, como enviar cartas personalizadas firmadas por el máximo responsable del centro haciendo un apercibimiento de las consecuencias de su conducta.

Entre las principales recomendaciones macro que se desprenden de estas reflexiones destacan las siguientes:

- a) Disponer de un único registro de datos a nivel estatal y de comunidades autónomas que pueda dar idea del alcance real del problema; así como elaborar planes de acción basados en la información proporcionada por estas bases de datos.
- b) Integrar la prevención primaria y secundaria de la violencia en todas las políticas del gobierno.
- c) Reforzar los mecanismos de coordinación entre las diferentes administraciones públicas.
- d) Elaborar programas de prevención basados en datos probados con evidencia científica.
- e) Garantizar el apoyo a las víctimas, basado en datos contrastados.
- f) Apoyar e impulsar estudios sobre violencia ocupacional y evaluar resultados.
- g) Aplicar la legislación vigente, revisándola y actualizándola siempre que sea necesario.
- h) Impulsar la creación de leyes y políticas de acuerdo con los diferentes tipos de violencia.
- i) Dotar a las instituciones públicas de los mecanismos necesarios para prevenir la violencia.
- j) Crear el observatorio nacional para la prevención de la Violencia Ocupacional Externa.

- k) Asegurar controles periódicos por parte de las inspecciones de trabajo para atender la aplicación de las iniciativas en relación a la prevención de la violencia laboral.
- k) Establecer políticas públicas que respalden a los profesionales para que cuando una persona ha cometido un acto violento, se valore si ha de continuar siendo atendida en el mismo centro o, por el contrario, su historial clínico y su atención sanitaria ha de ser trasladada a otra organización que no sea la suya de referencia.

De la investigación realizada derivan ciertas implicaciones teóricas y prácticas. Por el lado teórico, la violencia está vinculada con determinantes sociales como la gobernanza, las normas culturales y sociales, las diferencias de género, las desigualdades económicas y sociales, los cambios sociales y oportunidades educativas. Todos estos factores son un caldo de cultivo para la violencia, por lo que la prevención ha de comenzar por amortiguar tales riesgos.

Por el práctico, de la información generada se desprenden algunas reflexiones y recomendaciones. Existe una reciente ley, la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal en su artículo 550 que regula el delito de atentando contra la autoridad, con el objetivo de prevenir la violencia externa hacia los trabajadores considerados autoridad pública, aunque la realidad nos deja de manifiesto que su aplicación en la práctica es poco efectiva. La complejidad de su aplicación se muestra como una barrera para la prevención.

Por ello es conveniente reforzar la aplicación de la legislación vigente para conseguir avances en la prevención de la violencia. Esto incluye fortalecer los recursos institucionales para garantizar que la legislación proteja a las personas trabajadoras y se pueda pedir cuentas a las que realicen actos violentos.

Capítulo 9

Conclusiones

El objetivo general de esta tesis fue el de identificar, describir y definir formas de violencia ocupacional verbal manifestadas por escrito en formularios de reclamación por usuarios del sistema sanitario público y dirigidos hacia la institución o hacia los propios profesionales.

En la primera parte, se cumplió el objetivo específico teórico de establecer un marco conceptual de referencia a partir de la revisión de literatura sobre violencia ocupacional en general y especialmente de la referida al ámbito sanitario.

Asimismo, en la segunda parte, se cumplió el objetivo específico empírico de explorar, identificar y describir expresiones de violencia contenidas en textos escritos de las hojas de reclamación de un hospital general.

La primera conclusión es la de que las reclamaciones de un hospital general constituyen un ámbito específico de manifestación de violencia ocupacional externa dirigida por pacientes, familiares o acompañantes hacia profesionales que les atienden en el ejercicio de sus funciones y en el marco de la organización sanitaria donde prestan su servicio. Esta expresión de violencia es de carácter obviamente verbal, pudiendo adoptar diversas formas, que se extienden desde el insulto hasta la amenaza, pasando por la agresión a la imagen profesional. Los pretextos o motivos invocados para justificar la agresión verbal remiten a múltiples circunstancias, que abarcan desde la frustración por los resultados obtenidos del servicio hasta el trato recibido por el personal. Algunos de estos motivos tienen que ver con las condiciones de trabajo de los profesionales en el propio centro de trabajo, que pueden ser consideradas circunstancias de riesgo de violencia ocupacional. Estos datos son concordantes con lo recogido en la revisión de literatura a la que aportan matices conceptuales precisamente por la metodología específica que se siguió en este trabajo.

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación a partir del análisis de contenido de las reclamaciones, amplía el abanico de formas de recogida de información empírica sobre violencia ocupacional externa, habitualmente estudiada mediante encuestas, entrevistas, estudios de caso y documentación diversa que incluye desde archivos de agencias de seguros de accidentes de trabajo hasta sentencias judiciales. En este sentido, las reclamaciones tramitadas

desde la UAC son un elemento a tener en cuenta para ampliar información de los repositorios que ya manejan las Instituciones sanitarias. Esto permitirá evaluar con mayor precisión y discernir elementos que con una única metodología no parecen ser suficientes.

En España, como en otros países de la UE, se realizan encuestas periódicas en las que se incluyen factores psicosociales como factores de riesgo laboral. Las reclamaciones que reciben los profesionales han evidenciado ser un factor de riesgo psicosocial por el contenido de las mismas y por sus consecuencias personales, laborales y organizacionales.

Las “motivaciones” invocadas para la agresión en ningún caso son justificables. En los centros además existen formas de canalizar la insatisfacción con el servicio recibido sin necesidad de recurrir a la violencia. Pero tales reclamaciones violentas pueden también indicar circunstancias del servicio que acaso puedan ser consideradas de cara a la prevención de riesgos psicosociales de violencia ocupacional externa.

Algunas de estas circunstancias tienen que ver con la propia naturaleza del servicio sanitario y del trabajo emocional, que las convierte por sí mismas en circunstancias de riesgo; ya que no todos los pacientes y familiares están entrenados al control cognitivo de sus emociones en circunstancias en las que está en juego la salud o la vida de familiares. Así, la angustia y el estrés que viven pacientes y familiares cuando hay un problema de salud, la impaciencia cuando los tiempos de espera se alargan, o el no aceptar el criterio clínico en el que se basa una decisión médica, son algunos de los motivos que invocan las personas agresoras al ejercer violencia sobre los profesionales.

La otra vertiente de la agresión es la referida a las víctimas: a menudo, las personas profesionales agredidas se sienten indefensas y desprotegidas cuando reciben una agresión por medio de una reclamación; ya que a la agresión percibida del mismo hecho de recibir la reclamación, se añade la agresión verbal recibida por escrito.

Otro factor a tener en cuenta es la percepción que tienen los pacientes y sus familiares sobre el trato recibido por los profesionales, que en ocasiones es percibido también como una agresión. En este sentido, la falta de empatía o la falta de habilidades comunicativas pueden provocar conflictos que acaban siendo el origen de un gran número de agresiones.

Después de analizados los expedientes de reclamación, se concluye que el paciente del sexo-género mujer y frustrado por no haber satisfecho sus expectativas, es el que en la mayoría de los casos protagoniza los actos violentos. Igualmente, y en relación con el sexo-género, las mujeres tienen como objetivo de su violencia a mujeres y los hombres a otros hombres.

La víctima de la violencia por medio de las reclamaciones mayoritariamente es un profesional de la medicina mujer, que está realizando su labor profesional en las consultas ambulatorias. Pese a la feminización de la profesión médica, en el centro investigado, la plantilla de hombres es prácticamente igual a la de mujeres. Ello abre la pregunta de cómo explicar el mayor porcentaje de agresiones dirigidas hacia las mujeres profesionales. Aquí la variable “relaciones de género” no parece resultar especialmente útil; ya que la mayor parte de las agresiones sufridas por mujeres provienen precisamente de otras mujeres pacientes o familiares.

Los profesionales de la enfermería son el segundo grupo de profesionales que más agresiones recibió, aunque en números absolutos es la plantilla más grande del centro.

El tipo de violencia más utilizada en los incidentes referidos en la reclamación fue la verbal, seguida de la violencia simbólica, y en un porcentaje muy pequeño, por la violencia física. La persona agresora ejerció la violencia “contra la persona” en mayor proporción que “contra la imagen personal”, con insultos, amenazas y coacciones.

Las fuentes de información de las que se dispone para estudiar la violencia laboral, son registros implementados de manera irregular. Del mismo modo, se constata que las agresiones como amenazas, coacciones o gritos, fueron notificados en un porcentaje muy bajo por los profesionales, lo cual dificulta su estudio y la

aplicación de medidas correctoras para abordarlas. Todo ello induce a pensar en la necesidad no solo de la recogida de datos, sino también de la de que estos sean valorados y trabajados por comisiones que se formen a tal efecto en los centros.

Un punto fuerte de esta investigación, en la que se pudo manejar información del conjunto de los expedientes de reclamación, es la triangulación que se pudo hacer de las partes implicadas en la reclamación, que permite una visión más global y compensada de los incidentes que motivaron la reclamación. Lo que da un mapa más completo de las circunstancias y del proceso, proporcionando así una mejor base para el diseño de políticas, programas y acciones preventivas. A ese respecto, las organizaciones sanitarias están en condiciones de reconocer que en las unidades de atención al paciente existe un recurso y una fuente de información importante en torno a la violencia ocupacional externa. Y ahí radica una de las principales implicaciones teóricas y prácticas de esta investigación.

Referencias

- Abramson, J. (2004). *Overdosed America: The broken promise of American medicine*. New York: Harper Perennial.
- Addicott R, Maguire D, Honeyman M. & Jabbal J (2015). Workforce planning in the NHS. London: The King's Fund. Disponible en: www.kingsfund.org.uk/publications/workforce-planning-nhs (accessed on 14
- Agerwold, M. (2007). Bullying at Work: A discussion of definitions and prevalence, based on an empirical study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48 (2), 161-172. DOI:[10.1111/j.1467-9450.2007.00585.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00585.x)
- Aguilar, L. F. (2010). El futuro de la gestión pública y la gobernanza después de la crisis. *Frontera Norte*, 22(43), 187-213.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M. & Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, e1717. DOI: [10.1136/bmj.e1717](https://doi.org/10.1136/bmj.e1717)
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & RN4CAST Consortium. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153.
- Alameddine, M., Baumann A., Laporte, A. & Deber, R. (2012). A narrative review on the effect of economic downturns on the nursing labour market: implications for policy and planning. *Human Resources in Health*. 20,10-23. DOI: [10.1186/1478-4491-10-23](https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-23)
- AMA (American Medical Association) (1995). *Violence in the medical workplace: prevention strategies*. Chicago, IL: American Medical Association
- Ampudia, L., Manrique, O., Pomalaya, R., Reynoso, E., García, D., Sotelo, L. & Chcultana, H. (2011). Intimidación entre iguales (bullying): Empatía e inadaptación social en participantes de bullying. *Revista de investigación en Psicología*, 14(2), 15-28.

- ANA (American Nurses Association). (2002). *Preventing workplace violence*. Washington DC: American Nurses Association. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/osh/violence.pdf>
- ANSICH (Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios). (2011). *Manual de prevención ante las agresiones al personal sanitario*. Barcelona: Alternativa Group. Disponible en: <https://myslide.es/documents/manual-de-prevencion-ante-las-agresiones-al-personal-sanitario.html>
- Ansoleaga, E., Toro, J. P., Godoy, L., Stecher, A. & Blanch, J., (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*, 139, 1185–1191. DOI: [10.4067/S0034-98872011000900011](https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000900011)
- Antunes, R., & Alves, G. (2004). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação & Sociedade*, 25(87). DOI:10.1590/S0101-73302004000200003
- Arellano, D. (2004). *Más allá de la reinención del gobierno: fundamentos de la nueva gestión pública y presupuestos por resultados en América Latina*. México: Cide.
- Arellano, D., & Cabrero, E. (2005). La Nueva Gestión Pública y su Teoría de la Organización: ¿Son argumentos antiliberales? Justicia y equidad en el debate organizacional público. *Gestión y política pública*, 14(3), 599-618.
- Ashforth, B. (1994). Petty tyranny in organizations. *Human relations*, 47(7), 755-778.
- Australia's Leading, M. D. O. Why do patients complain?. Sydney (AU): Avant Mutual Medical Defence Organization. Disponible en: <http://www.avant.org.au/uploadedFiles/Content/Resources/Member/Risk-200912-Dealing-With-Patient-Complaints.pdf>
- Ávila, M. G. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de educación*, 29, 85-104.
- Ayranci, U. (2005). Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *The Journal of emergency medicine*, 28(3),

361-365. DOI:[10.1016/j.jemermed.2004.11.018](https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2004.11.018)

- Bacigalupe, A, Martin, U., Font, R., González-Rábago, Y. & Bergantiños, N. (2016). Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 47-51. DOI:[10.1016/j.gaceta.2015.10.003](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.10.003)
- Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 878-883. DOI:[10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x)
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. DOI:[10.1108/02683940710733115](https://doi.org/10.1108/02683940710733115)
- Barattini, M. (2009). El trabajo precario en la era de la globalización: ¿Es posible la organización?. *Polis*, 8(24), 17-37. DOI:[10.4067/S0718-65682009000300002](https://doi.org/10.4067/S0718-65682009000300002)
- Barbado, J., Aizpiri, J., Cañones, J., Fernández, A., Rodríguez, J., De la Serna de Pedro, I., & Solla, J. (2005). Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente. *Revista Habilidades en Salud Mental*, 36-31.
- Baró, A. & González, A. (2014). La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable The doctor-patient relationship: complexity of an indispensable link. *MediCiego*, 20(1).
- Barrionuevo, S. & Basagoiti, I. (2009). Salud 2.0: una oportunidad para la información directa al paciente. *Revistaesalud.com*, 5(19), 1-5.
- Bauman, Z. (2006). *Vida líquida*. Barcelona: Paidós
- Bawden, D., & Robinson, L. (2009). The dark side of information: overload, anxiety and other paradoxes and pathologies. *Journal of information science*, 35(2), 180-191. DOI:[10.1177/0165551508095781](https://doi.org/10.1177/0165551508095781)
- Bayle, M. S. (2013). Comienza la contrarreforma sanitaria. *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales*, (27), 175-188.
- Bayle, M. & Ruiz, S. (2014). Movilizaciones sociales y profesionales en España frente a la contrarreforma sanitaria. *Saúde em Debate*, 38(103), 886-899.

DOI:[10.5935/0103-1104.20140078](https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140078)

- Beck, U. (2006). *La Sociedad del Riesgo: Hacia una nueva Modernidad*. (J. Navarro, D. Jimenez & MR Borrás, Trad. del original en alemán Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne).
- Belenes, R. (2003). Un balance personal de 25 años de gestión moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 17, 150-6. DOI:[10.1016/S0213-9111\(03\)71713-0](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(03)71713-0)
- Benavides, F. G., Zimmermann, M., Campos, J., Carmenate, L., Baez, I., Nogareda, C., ... & Pinilla, J. (2010). Conjunto mínimo básico de ítems para el diseño de cuestionarios sobre condiciones de trabajo y salud. *Arch Prev Riesgos Labor*, 13(1), 13-22.
- Bernal, E., Campillo, C., González, B., Meneu, R., Puig-Junoy, J., Repullo, J. R., & Urbanos, R. (2011). La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. *Documento de debate de la Asociación de Economía de la Salud*. Disponible en: <http://www.aes.es>
- Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., Piccini, A. T., Gómez, M. M., & Cerdeira, J. C. (2014). Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clínica y Salud*, 25(1), 11–18. DOI: [10.1016/S1130-5274\(14\)70023-4](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70023-4)
- Benavides, F. G., Zimmermann, M., Campos, J., Carmenate, L., Baez, I., Nogareda, C., ... & Pinilla, J. (2010). Conjunto mínimo básico de ítems para el diseño de cuestionarios sobre condiciones de trabajo y salud. *Arch Prev Riesgos Labor*, 13(1), 13-22.
- Beveridge, W. (1987). *Las bases de la seguridad social*. Fondo de cultura económica.
- Bieler, A., Lindberg, I. & Pillay, D. (2008). *Labour and the challenges of globalization: what prospects for transnational solidarity?* Pluto Press. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt18fs4tb>
- Biscaia, A., Conceição, A. C., AGO, E., AGO, E., Craveiro, I., Flores, I., & Santos, E. O. (2003). *Workplace Violence in the Health Sector Portuguese Case*

Studies. ILO/ICN/WHO/PSI.

- Bjorkqvist, K., Osterman, K., & Lagerspetz, K. M. (1994). Sex differences in covert aggression among adults. *Aggressive behavior*, 20(1), 27-33.
- Blair, E. (2009). Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. *Política y cultura*, 32, 9-33.
- Blanch, J. M. Cantera, L. & Cervantes, G. (2010). Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios. In A. M. Mendes (Coord.). *Violência no Trabalho* (155- 171). São Paulo: Mackenzie.
- Blanch, J. M. & Cervantes, G. (2012). Violencia ocupacional externa como factor de riesgo psicosocial emergente en el nuevo orden hospitalario. En Ansoleaga, E.; Artaza, O. y Suárez, J. (Eds.). *Personas que cuidan Personas: Dimensión Humana y Trabajo en Salud* (197-210). Santiago de Chile: OPS/OMS - Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.
- Blanch, J. M., Crespo, F. J. & Sahagún, M. A. (2012). Sobrecarga de trabajo, tiempo asistencial y bienestar psicosocial en la medicina mercantilizada. En E. Ansoleaga, O. Artaza y J. Suárez (Eds.), *Personas que cuidan Personas: Dimensión Humana y Trabajo en Salud* (176-182). Santiago de Chile: OPS/OMS.
- Blanch, J. M. (2014). Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 40-47. Doi: [10.1080/15379418](https://doi.org/10.1080/15379418).
- Blanch, J. M., & Cervantes, G. (2015). Personas que cuidan personas: profesionales de la salud como víctimas de la violencia externa. A *Psicologia e os desafios do mundo contemporâneo* (175-200). Salvador de Bahia: EDUFBA.
- Blanch, J. M., Cervantes, G. & Cantera, L. (2010). Occupational violence against Catalan healthcare professionals notified via Internet. En I. Nedham; K. McKenna; M. Kingma & N. Oud (Eds). *Violence in the Health Sector. From awareness to sustainable action* (198-203). Amsterdam: KavanahBlanch.

- Blanch, J. M., Ochoa, P. J., & Sahagún, M. A. (2012). Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. En Ansoleaga, E.; Artaza, O. & Suárez, J.(Eds.). *Personas que cuidan Personas: Dimensión Humana y Trabajo en Salud* (165-175). Santiago de Chile: OPS/OMS-Organización Panamericana de la Salud.
- Blanch, J. M. & Stecher, A. (2009). La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. En T. Wittke y P. Melogno (Comps.). *Psicología y organización del Trabajo*. (191-209). Montevideo: Psicolibros.
- Blanch J. M. & Stecher, A. (2010). Organizaciones excelentes como factores de riesgo psicosocial. La modernización de los sistemas de salud desde la perspectiva del personal sanitario. Un estudio iberoamericano. En M. A. Carrillo (Coord.). *Psicología y Trabajo: Experiencias de investigación en Iberoamérica* (88-104). México: U. A. Querétaro.
- Boada, J., de Diego, R., Agulló, E., & Mañas, M. (2005). El absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. *Psicothema*, 17(2), 212-218.
- Bobbio, N. (1985). La crisis de la democracia y la lección de los clásicos. En Bobbio, N, Pontara, G. y Veca, S. *Crisis de la democracia* (pp. 5-25). Barcelona: Editorial Ariel S.A. DOI:[10.1111/j.1467-8500.1996.tb01228.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8500.1996.tb01228.x)
- Boston, J. (1996). The use of contracting in the public sector—Recent New Zealand experience. *Australian Journal of Public Administration*, 55(3), 105-110.
- Bourdieu, P. (2000). ¿Cómo se hace una clase social? Sobre la existencia teórica y práctica de los grupos. *Poder, derecho y clases sociales*, 101-129. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Braga, F., Prats, M., Luna, D., Melamud, A., & Flichtentrei, D. (2011). Agresiones contra médicos. Intramed.
- British Medical Association. (2015). *National survey of GPs: the future of general practice 2015*. London: BMA.
- Buchan J., O'May F. & Dussault G. (2013). Nursing workforce policy and the economic crisis: a global overview. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3),

298-307. DOI: [10.1111/jnu.12028](https://doi.org/10.1111/jnu.12028).

Buchanan, J. M. (1954). Social choice, democracy, and free markets. *Journal of Political Economy*, 62(2), 114-123. DOI:[10.1086/257496](https://doi.org/10.1086/257496)

Buchelli, G. A., & Ospina, A. G. (2010). La nueva gestión pública (NGP). *Líneas para el Debate*, 43, 21-37.

Buinic, M., Morrison, A., & Shifter, M. (1999). La violencia en América Latina y el Caribe: Un marco de referencia para la acción. Disponible en: http://www.iadb.org/sds/publication/publication_515_s.htm

Burgos, M., & Paravic, T. (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. *Ciencia y enfermería*, 9(1), 9-14. DOI:[10.4067/S0717-95532003000100002](https://doi.org/10.4067/S0717-95532003000100002)

Burgos, M y Paravic, T. (2003). Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Red. Ciencia y Enf.* 9(1), 9-14.

Cabasés, J. M., & Oliva, J. (2011). El gobierno de la sanidad frente a la crisis económica. Notas sobre economía de la salud y sostenibilidad del sistema sanitario. *Cuadernos de información económica*, 225, 57-62.

Cabiedes, L., & Guillén, A. (2001). Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe. *Social Science & Medicine*, 52(8), 1205-1217. DOI:[10.1016/S0277-9536\(00\)00240-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00240-9)

Canetti, D., Hall, BJ, Rapaport, C., & Wayne, C. (2013). Exposición a la violencia política y al extremismo político. *Psicólogo Europeo*.

Cantera, L. M., Cervantes, G., & Blanch, J. M. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 49-58.

Carazo, C. (2002). El acoso psicológico en el trabajo: un problema de salud laboral. *Diario Médico*, 7 de febrero 2002.

Castellanos, J. M., & Reyes, R. G. (2016). CAPÍTULO 17 PRECARIEDAD SANITARIA Y DEFICIT DE PROFESIONALES. *Investigación educativa y salud transcultural en contextos multiculturales*, (Vol. 54). Universidad Almería.

Castells, M. (2000). *La era de la información: economía, sociedad y cultura. v. 1:*

- La sociedad red* Information age: economy, society and culture. v. 1: *The rise of the network society* (No. 303.48 C348 2000). Blackwell Publishers.
- Castells, M. (2006). Informacionalismo, redes y sociedad red: una propuesta teórica. *La sociedad red: una visión global*. Madrid: Alianza.
- Castells, M. (2009). *Comunicació i poder* (Vol. 14). Editorial UOC.
- CCOHS (Canadian Centre for Occupational Health and Safety). (2012). *Violence in the Workplace*. Disponible en: <http://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/violence.html>
- Chaná, P. (2012). El "empoderamiento": una nueva dimensión en la relación médico-paciente. *Revista médica de Chile*, 140(3), 404-405. DOI:[10.4067/S0034-98872012000300020](https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000300020)
- Chapman, R., & Styles, I. (2006). An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. *Accident and emergency nursing*, 14(4), 245-249. DOI:[10.1016/j.aen.2006.08.004](https://doi.org/10.1016/j.aen.2006.08.004)
- Chappell, D. & Di Martino, V. (1998). *Violence at Work*. Geneva: International Labour Office.
- Chappell, D. & Di Martino, V. (2006). *Violence at Work*. Geneva: International Labour Office.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2013). *New Public Management*. Aldershot: Ashgate.
- Christensen, T., Lægreid, P., & Rykkja, L. (2013). After a terrorist attack: Challenges for political and administrative leadership in Norway. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 21(3), 167-177. DOI:[10.1111/1468-5973.12019](https://doi.org/10.1111/1468-5973.12019)
- Celedón, C. (2009). Ética de la medicina gestionada. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 69(1), 37-40. DOI:[10.4067/S0718-48162009000100007](https://doi.org/10.4067/S0718-48162009000100007)
- Celedón, C. (2016). Relación médico paciente. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 76(1), 51-54. DOI:[10.4067/S0718-48162016000100007](https://doi.org/10.4067/S0718-48162016000100007)

- Cervantes, G, Blanch, J. M. & Hermoso, D. (2010). Violencia contra profesionales sanitarios notificada por Internet en Catalunya (2006-2009). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 11(1), 14-19.
- Cervantes, G. & Blanch, J. M. (2014). Third Party Violence Risk Factors. An open Website to its evaluation and prevention (316). En I. Nedham; M. Kingma; K. McKenna; O. Frank; C. Tuttas; S. Kingma & N. Oud (Eds). *Violence in the Health Sector. Towards safety, security, and wellbeing for all* (316). Amsterdam: Kavanah.
- Cervantes, G., Cantera, L. y Blanch, J. M. (2007). Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo. Incidentes violentos notificados por Internet en Catalunya: resultados de un estudio piloto. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 11(1), 14-19.
- Cohen, G. (2001). Si eres igualitarista ¿cómo es que eres tan rico?, Barcelona, Paidós; Taylor, M. (1987), *The Possibility of Cooperation*, Cambridge, Cambridge University Press.; Sandel, M. (1982), *Liberalism and the Limits of Justice*, Cambridge, Cambridge University Press; Walzer, M. (1993), *Las esferas de la justicia*, México, FCE.).
- CIE. (Consejo Internacional de Enfermería) (1998). Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra. Suiza.
- CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) (2007). *Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- CESM (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos). (2007). Documento Marco para la prevención de la violencia hacia los facultativos. Madrid: *Confederación Estatal de Sindicatos Médicos*. Disponible en: <http://www.smacor.com/doc-marco.pdf>
- CESRM (Consejo Económico y Social de la Región de Murcia) (2012). Financiación y Eficiencia del Sistema Sanitario Público de la Región de Murcia. Murcia: CESRM.
- Christensen, T., & Laegreid, P. (2001). New Public Management: The effects of contractualism and devolution on political control. *Public Management*

Review, 3(1), 73-94.

- Christensen, T., & Lægreid, P. (2007). The whole-of-government approach to public sector reform. *Public administration review*, 67(6), 1059-1066.
- COMB (Colegio Oficial de Médicos de Barcelona). (2004). *La violència en el lloc de treball. L' experiència dels metges de Barcelona*. Barcelona: Col.legi Oficial de Metges de Barcelona.
- Cooper, C. L., & Swanson, N. (2002). Workplace violence in the health sector. *State of the art*. Geneva: *Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos*.
- Cortès-Franch, I., & López-Valcárcel, B. G. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 1-6. DOI:[10.1016/j.gaceta.2014.03.011](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.011)
- Couceiro, A. (2012). La relación clínica: historia, modelos, instrumentos y retos. *Bioética clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo. 145-59.
- Couceiro, A. (2013). Lectura clínica de una sentencia judicial: el derecho a la vida y su aplicación en la toma de decisiones clínicas. *Revista chilena de pediatría*, 84(2), 205-217. DOI:[10.4067/S0370-41062013000200012](https://doi.org/10.4067/S0370-41062013000200012)
- Coulter, A., & Magee, H. (2003). *The European patient of the future*. UK: McGraw-Hill Education.
- Coulter, A., Ellins, J., Swain, D, Clarke, A., Heron, P., Rasul, F., ... & Sheldon, H. (2006). Assessing the quality of information to support people in making decisions about their health and healthcare. *Pickier Institute Europe, Oxford*. Disponible en: [www. pickereurope.org/Filestore/Downloads/Health-information-quality-web-version-FINAL. pdf](http://www.pickiereurope.org/Filestore/Downloads/Health-information-quality-web-version-FINAL.pdf).
- Coulter A., Parsons S. & Askham J. (2008). Policy brief: Where are the patients in decision-making about their own care?. *WHO 2008 and WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies* 2008. Denmark: World Health Organization.
- Cranney, M., Warren, E., Barton, S., Gardner, K., & Walley, T. (2001). Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Family*

Practice, 18(4), 359-363. DOI:[10.1093/fampra/18.4.359](https://doi.org/10.1093/fampra/18.4.359)

- Crespo, J. (2014). El bienestar laboral de los profesionales de la medicina: una comparativa iberoamericana. *Revista del Centro de Estudios de Sociología del Trabajo (CESOT)*, 6, 39-71.
- Crespo, B., Escalona, L., & Valencia, A. (2014). *Rasgos de violencia físico psicosocial en la atención a usuarios en Unidad de Emergencia Adulto en el Hospital Militar "Dr. Calos Arvelo" 2013* (Doctoral dissertation).
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12(2), 67-73. DOI:[10.1016/j.aen.2003.11.003](https://doi.org/10.1016/j.aen.2003.11.003)
- Cruz, J., Hernández, P., Abraham, E., Dueñas, N., & Salvato, A. (2012). Importancia del método clínico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 422-437. DOI:[10.1590/S0864-34662012000300009](https://doi.org/10.1590/S0864-34662012000300009)
- Chapman, R., & Styles, I. (2006). An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. *Accident and emergency nursing*, 14(4), 245-249.
- Declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes. (2003). Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070806132617.pdf>
- Deeb, M. (2003). Workplace violence in the health sector—Lebanon country case study. *ILO/ICN/WHO/PSI Joint program on workplace violence in the health sector*, Geneva. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/violence-ccs.pdf> Google Scholar
- De Falguera, J., & Salas, O. (2002). *La Contabilidad de Gestión en los centros sanitarios*. Universitat Pompeu Fabra.
- De Haro, G. (2006). *La Salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas: un marco de referencia para los cuidados de enfermería: lección inaugural curso académico 2006-2007*. Universidad de Huelva. Servicio de Publicaciones.
- Del Canto, E., & Silva Silva, A. (2013). Metodología cuantitativa: Abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 3(141).

- Departament de Salut. (2017). *Modelo Sanitario Catalán*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/model_sanitari_catala/historia_del_model/
- De Rivera G., & Abuín, R. Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. El LIPT-60 Leymann Inventory of Psychological Terrorization Modificado.
- Díaz de León, C. (2013). Nueva Gestión Pública y Gobernanza: Desafíos en su Implementación New Public Management and Governance: Challenges in Implementation. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 8(1), 177-194.
- Díez, J. M. C., Sánchez, X. M. M., & García, A. S. (2013). Innovaciones en salud y tecnologías: las cosas claras. *Revista Enfermería CyL*, 4(1), 28-32.
- Di Martino, V. (2002). Workplace Violence in the Health Sector - Country Case Studies. Synthesis Report; Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health.
- Di Martino V. (2002). Workplace violence in the health sector – country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study). Synthesis report. Ginebra (SWZ): OIT/OMS/CIE/ISP.
- Di Martino, V. (2003). Workplace violence in the health sector: relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva: International Labour Office, International Council of Nurses. *World Health Organization and Public Services International. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*.
- Di Martino, V., Hoel, H. & Cooper, C. L. (2003). Preventing violence and harassment in the workplace. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 347.
- Downs, A., & Rand Corporation. (1967). *Inside bureaucracy* (p. 264). Boston: Little,

Brown.

Dubos, R. J. (1959). *Mirage of Health Utopias, Progress, and Biological Change*.

Duncan, S. M., Hyndamn, K., Estabrooks, C. A., Hesketh, K., Humphrey, C. K., Wong, J. S., ... & Giovannetti, P. (2016). Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 32(4).

Duxbury, L., Lyons, S., & Higgins, C. (2008). Too Much to do, and Not Enough Time: An Examination of Role Overload. In Korabic, K; Lero, D. & Whitehead, D. (Eds.). *Handbook of Work-Family Integration* (125-140). San Diego: Academic Press.

EFN-European Federation of Nurses Associations (2012a). At what cost? The economic crisis, population and health – The nurses' view. Brussels: European Federation of Nurses Associations; 2012. Disponible en: www.efnweb.be/wp-content/uploads/2011/09/EFN-SG-speech-at-EPH-Annual-Conference-23-03-2012-FINAL.pdf

EFN-European Federation of Nurses Associations (2012b). *Caring in Crisis. The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing. A Comparative Overview of 34 European Countries*. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/DOI/10.1111/jan.12031/pdf>

Einarsen, S., & Skogstad, A. (1996). Bullying at work: Epidemiological findings in public and private organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 185-201.

Einarsen, S., & Raknes, B. I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and victims*, 12(3), 247.

Einarsen, S., Hoel, H., & Cooper, C. (Eds.). (2003). *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*. CRC Press. DOI:10.4324/9780203278734

Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23(1), 24-44. DOI:[10.1080/02678370902815673](https://doi.org/10.1080/02678370902815673)

- Einarsen, S., & Nielsen, M. B. (2015). Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(2), 131-142. DOI:[10.1007/s00420-014-0944-7](https://doi.org/10.1007/s00420-014-0944-7)
- Einarsen, S., Skogstad, A., Rørvik, E., Lande, Å. B., & Nielsen, M. B. (2016). Climate for conflict management, exposure to workplace bullying and work engagement: a moderated mediation analysis. *The International Journal of Human Resource Management*, 1-22. DOI:[10.1080/09585192.2016.1164216](https://doi.org/10.1080/09585192.2016.1164216)
- Eliassen, K. A., & Sitter, N. (2008). *Understanding public management*. London: Sage.
- Emanuel, E., & Emanuel, L. (1999). *Cuatro modelos de la relación médico-paciente. Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*, 23(2), 190-199. DOI:[10.1093/heapro/dan014](https://doi.org/10.1093/heapro/dan014)
- Estella, F., Díaz, J., Sendín, J., Camacho, A., Garzón, P., de Pedro, I.,...& Alonso, J. (2005). Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente. *Medicina general*, 70, 31-36.
- Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., & Hasselhorn, H. M. (2008). Violence risks in nursing—results from the European ‘NEXT’ Study. *Occupational medicine*, 58(2), 107-114. DOI:[10.1093/occmed/kqm142](https://doi.org/10.1093/occmed/kqm142)
- EU-OSHA (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxemburgo: European agency for Safety and Health at Work. Publications Office of the European Union. Disponible en: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118/view>
- EU-OSHA (2011). *Workplace Violence and Harassment: a European Picture*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work. Publications Office of the European Union. Disponible en:

https://osha.europa.eu/en/tools-and_publications/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC

EU-OSHA (2014a). *La estimación del coste del estrés y los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo*. Revisión bibliográfica. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. DOI: [10.2802/20493](https://doi.org/10.2802/20493)

EU-OSHA (2014b). *Guía de la campaña: Gestión del estrés y de los riesgos psicosociales en el trabajo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/empleo/webiapr/larpsico/sites/es.empleo.webiapr.larpsico/files/recursos/documentacion_normativa/ESTRÉS.pdf

EU-OSHA (2014c). Una buena SSTes un buen negocio. Disponible en: https://osha.europa.eu/es/topics/good-osh-is-good-for-business/index_html

EU-OSHA (2015). *Entreprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)*. Executive summary: Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener-ii-first-findings.pdf/view>

Eurofound (1995, 2000, 2005, 2010). *European Working Conditions Surveys 1995, 2000, 2005, 2010*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/>.

Eurofound. *European Working Conditions Surveys, (2005, 2010)*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/>.

Eurofound (2006). *Violence, Bullying and Harassment in the Workplace*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Disponible en: http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0406TR01/TN0406TR01_4.htm

Eurofound (2012). *Fifth European Working Conditions Survey: Overview report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurofound (2015) *Violence and harassment in European workplaces: Extent, impacts and policies* («La violencia y el acoso en el lugar de trabajo en Europa: alcance, repercusiones y políticas»). Disponible en: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_comparative_analytical_report/field_ef_documents/ef1473en.pdf

Eurofound (2016). *Sixth European Working Conditions Survey: Overview report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurofound y EU-OSHA (2014). Riesgos psicosociales en Europa: Prevalencia y estrategias de prevención. Disponible en: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2014/eu-member-states/working-conditions/psychosocial-risks-in-europe-prevalence-and-strategies-for-prevention>

EU-OSHA y Eurofound (2014). Informe conjunto sobre los riesgos psicosociales en el trabajo. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention/view>

European Social Dialogue (2007). Framework Agreement on Harassment and Violence at Work. Disponible en: http://ec.europa.eu/employment_social/news/2007/apr/harassment_violence_at_work_en.pdf

European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities

European Social Dialogue (2015). Study on the implementation of the autonomous framework. Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7922&furtherPubs=yes>

Eurostat (2017). Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals.

Disponible en: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare personnel statistics nursing and caring professionals](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_nursing_and_caring_professionals)

- Fairris, D., & Pedace, R. (2004). The impact of minimum wages on job training: an empirical exploration with establishment data. *Southern Economic Journal*, 566-583. DOI:[10.2307/4135331](https://doi.org/10.2307/4135331)
- Falgueras Martínez-Alarcón, (2002). La contabilidad de gestión en los centros sanitarios. Barcelona. Departament d'economia i empresa. Tesis doctoral. Universitat Pompeu Fabra. 480 p.
- Faller, M.S., Gates, M.G., Georges, J.M. & Connely, C.D. (2011). Work-related burnout, job satisfaction, intent to leave, and nurse-assessed quality of care among travel nurses. *Journal of Nursing Administration*, 41(2), 71–7. DOI:[10.1097/NNA.0b013e3182059492](https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182059492)
- Farrell, G.A., Bobrowski, C. & Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6),778–787. DOI:[10.1111/j.1365-2648.2006.03956.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03956.x)
- Farrell, G., & Cubit, K. (2005). Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health nursing*, 14(1), 44-53. DOI:[10.1111/j.1440-0979.2005.00354.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00354.x)
- Ferguson T. (2011) Cómo nos pueden ayudar a mejorar la salud. E-pacientes. Disponible en: <http://epatients.net/u/2011/11/Libro-blanco-de-los-ePacientes.pdf>.
- Fernández-Berrocal, P. (2010). Inteligencia emocional para médicos del siglo XXI. *El Médico*, 1112, 22-5.
- Fernández, A. M. (2007). *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Fernández, A. F. F., & Mosquero, M. M. V. (2012). Análisis de la evolución histórica de la Sanidad y la gestión sanitaria en España. *Encuentros multidisciplinares*, 14(41), 2-8.
- Fontcuberta, J. (2012). La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil

asignatura. *Atención Primaria*, 44(7), 385-386.

DOI:[10.1016/j.aprim.2012.05.010](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.010)

Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*, 50(3), 3-20. DOI:[10.2307/3540551](https://doi.org/10.2307/3540551)

Foucault, M. (2009). La 'gubernamentalidad'. Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida. Trad, y Comps. Gabriel Giorgi y Fermín Rodríguez.

Fox, S. (2011). *The social life of health information*. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project.

Fox, S. (2011). Profiles of health information seekers. *Pew Internet and American Life Project, Pew Research Internet Project*. Washington, DC, USA.

Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 10(1), 51. DOI:[10.1186/1472-6963-10-51](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-51)

Freire, P. (2001). *Pedagogía de la indignación*. Madrid: Ediciones Morata.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... & Kistnasamy, B. (2015). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educación Médica*, 16(1), 9-16. DOI:[10.1016/j.edumed.2015.04.011](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.011)

Galián Muñoz, I., Llor Esteban, B., & Ruiz Hernández, J. A. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Revista Española de Salud Pública*, 86(3), 279-291. DOI:[10.1590/S1135-57272012000300007](https://doi.org/10.1590/S1135-57272012000300007)

Garrido-Pinzón, J., Blanch J. M., Uribe-Rodríguez, A. F., Flórez, J., & Pedrozo, M. C. (2011). El capitalismo Organizacional como factor de riesgo psicosocial: Efectos psicológicos colaterales de las nuevas condiciones de trabajo en hospitales y universidades de naturaleza pública. Resultados Santander, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, (28).

Gascón, S., Martínez-Jarreta, B., González-Andrade, J. F., Santed, M. Á.,

- Casalod, Y., & Rueda, M. Á. (2009). Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15(1), 29-35. DOI:[10.1179/oeh.2009.15.1.29](https://doi.org/10.1179/oeh.2009.15.1.29)
- Gates, D. M., Ross, C. S., & McQueen, L. (2006). Violence against emergency department workers. *The Journal of emergency medicine*, 31(3), 331-337.
- Generalitat de Catalunya (2010). Método AIP Manual del Método PSQ CAT21 COPSOQ (Versión 1.5) para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en las empresas de menos de 25 trabajadores y trabajadoras. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Trabajo. Dirección General de Relaciones Laborales. Disponible en: [http://empresa.gencat.cat/web/.content/03 - centre de documentacio/documents/01 - publicacions/06 - seguretat i salut laboral/metode psqcat 21 copsoq versio 1 5/materials versio curta/arxius/manual v corta psq cat-21 copsoq v1 5 cast rev cc .pdf](http://empresa.gencat.cat/web/.content/03_-_centre_de_documentacio/documents/01_-_publicacions/06_-_seguretat_i_salut_laboral/metode_psqcat_21_copsoq_versio_1_5/materials_versio_curta/arxius/manual_v_corta_psq_cat-21_copsoq_v1_5_cast_rev_cc_.pdf)
- Gerard, M. (2016). Conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out). Assemblée Nationale, n° 4487. Disponible en <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4487.asp>
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N.M., Geisser, M.S., Ryan, A.D., Mongin, S.J. & Watt, G.D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*. 61, 495-503. DOI:[10.1136/oem.2003.007294](https://doi.org/10.1136/oem.2003.007294)
- Gérvás Camacho, J. J., Ortún Rubio, V., Palomo Cobos, L., & Ripoll, M. Á. (2007). Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Revista Española de Salud Pública*. 2007; 81 (6): 589-96.
- Gibson, J., Checkland, K., Coleman, A., Hann, M., McCall, R., Spooner, S., & Sutton, M. (2015). *Eighth national GP worklife survey*. University of Manchester.

- Gillespie, G. L., Gates, D. M., Miller, M., & Howard, P. K. (2010). Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabilitation Nursing*, 35(5), 177-184.
- DOI:[10.1002/j.2048-7940.2010.tb00045.x](https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00045.x)
- Gil-Monte, P. R. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Informació psicológica*, (91-92), 4-11.
- González, B. (2005). *Evaluación de los sistemas de costes en el sector hospitalario público galego*. Doctoral dissertation. Tesis doctoral. Universidad de Vigo.
- González de Rivera, J. L., & Rodríguez-Abuin, M. (2005). *Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. El LIPT-60*. Madrid: Editorial EOS.
- González, D. (2007). El acoso psicológico en el lugar de trabajo: una aproximación desde la psicología forense. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 7, 41-62.
- González de Haro, M. D. (2006). La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas: un marco de referencia para los cuidados de enfermería: lección inaugural curso académico 2006-2007.
- González Leiras, N. (2017). Situación del Sistema Sanitario Público en España: análisis comparada con otros modelos occidentales. Recuperado de: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/2166>
- Granero, A. (2017). *Calidad de vida laboral de las enfermeras: Diagnóstico de situación y propuestas de mejora*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona.
- Granero, A. Blanch, JM, Roldán, J. Torralbas, J. & Escayola, AM (2017). Crisis en el sector sanitario: impacto en las condiciones de trabajo de las enfermeras. *Enfermería Clínica*, 27(3), 163-171. DOI:[10.1016/j.enfcli.2017.03.005](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.005)
- Grau, A., Suñer, R., & García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-470. DOI:[10.1016/S0213-9111\(05\)71397-2](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(05)71397-2)

- Guillén, A. M., & Luque, D. (2014). Evolving social policy languages in Spain: what did democracy and EU membership change? *Analysing Social Policy Concepts and Language: Comparative and Transnational Perspectives*, 263. DOI:[10.1332/policypress/9781447306443.003.0015](https://doi.org/10.1332/policypress/9781447306443.003.0015)
- Guillén, S., & Basagoiti, I. (2009). Salud 2.0: una oportunidad para la información directa al paciente. *Revista eSalud. com*, 5(19). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ignacio_Basagoiti/publication/236131080_Salud_20_Una_oportunidad_para_la_informacion_directa_al_paciente/links/00b49516c36900e623000000/Salud-20-Una-oportunidad-para-la-informacion-directa-al-paciente.pdf
- Habibzadeh, S., Poufarzi, F., Mehrtak, M., Sadeghiyeh-Ahari, S., Jafari-Oori, M., Hajizadeh-Bastani, K., & Azari, A. (2016). Pathology of social violence phenomenon in Ardabil Province: a qualitative study. *Global journal of health science*, 8(10), 15. DOI:[10.5539/gjhs.v8n10p15](https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n10p15)
- Hart, D. M. (Ed.). (2003). *The emergence of entrepreneurship policy: governance, start-ups, and growth in the US knowledge economy*. Cambridge University Press. DOI:[10.1017/CBO9780511610134](https://doi.org/10.1017/CBO9780511610134)
- Hart, R. A. (2004). *The economics of overtime working*. Cambridge University Press. DOI:[10.1017/CBO9780511493263](https://doi.org/10.1017/CBO9780511493263)
- Hedin, L. W. (2000). Physical and sexual abuse against women and children. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 12(5), 349-355. DOI:[10.1097/00001703-200010000-00003](https://doi.org/10.1097/00001703-200010000-00003)
- Hjertqvist, J. (2001). Swedish health-care reform: from public monopolies to market services. *Montreal Economic Institute*. Disponible en: www.iedm.org/library/Hjertqvist_en.html
- Hoel, H., Sparks, K., & Cooper, C. L. (2001). *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment*. Geneva: International Labour Organization, 81.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 54-62.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América

- Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica*, 17(3), 210-220.
- Horwitz, F. M., Heng, C. T., Quazi, H. A., Nonkwelo, C., Roditi, D., & Eck, P. V. (2006). Human resource strategies for managing knowledge workers: an Afro-Asian comparative analysis. *The International Journal of Human Resource Management*, 17(5), 775-811.
DOI:[10.1080/09585190600640802](https://doi.org/10.1080/09585190600640802)
- Houdmont, J., & Leka, S. (Eds.). (2010). *Contemporary Occupational Health Psychology: Global perspectives on research and practice* (Vol. 1). Wiley-Blackwell.
- Hufty, M. (2008). Una propuesta para concretizar el concepto de gobernanza: El Marco Analítico de la Gobernanza. *Gobernabilidad y gobernanza en los territorios de América Latina*. La Paz: IFEA-IRD.
- Hui, E. (2010). The Contemporary Healthcare Crisis in China and the Role of Medical Professionalism. *Journal of Medicine and Philosophy*, 35 (4), 477-492.
- Humphries, N., Morgan, K., Catherine Conry, M., McGowan, Y., Montgomery, A., & McGee, H. (2014). Quality of care and health professional burnout: narrative literature review. *International journal of health care quality assurance*, 27(4), 293-307.
- Infante, A. (2011). Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2725-2732
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis*. New York: Bantam Books.
- ILO (2002). *El trabajo decente y la economía informal*. Geneva: International Labour Conference, & International Labour Office.
- ILO (2008). *Income in the Age of Financial Globalization*. Geneva: International Labour Conference, & International Labour Office.
- ILO (2010). *World social security report 2010/11: providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva: International Labour Organization.
- ILO (2016). *Decent Work Agenda*. Geneva: International Labor Office.

- ILO (2017). *World Employment and Social Outlook: Trends 2017*. Geneva: International Labour Organization.
- Immergut, E. M. (1991). *Medical markets and professional power: the economic and political logic of government health programs*. Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales.
- INE (Instituto Nacional de Estadística) (2015). *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares*. Disponible en:
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
- INGS (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria). *Orígenes del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en:
<http://www.ingesa.msssi.gob.es/organizacion/origenes/home.htm>.
- INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) (2011). *NTP 892: Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (II)*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en:
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/881a915/ntp-892%20w.pdf>
- INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) (1997). *NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_443.pdf
- Jovell, A. (2002). El futuro de la profesión médica. *Educación Médica*, 5, 73-5.
- Jovell, A. (2006). El paciente del siglo XXI. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 29, pp. 85-90). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. DOI:[10.4321/S1137-66272006006000009](https://doi.org/10.4321/S1137-66272006006000009)

- Jovell, A. J., Rubio, M. D. N., Maldonado, L. F., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención primaria*, 38(4), 234-237.
DOI:[10.1157/13092347](https://doi.org/10.1157/13092347)
- Käble, K. (2005). Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. Zum Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie. En: *Bollinger, Heinrich (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*. Frankfurt am Main, S. 31–53.
- Kalimullah, N., Alam, K., & Nour, M. (2012). New public management: Emergence and principles. *Bup Journal*, 1(1), 1-22.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331.
DOI:[10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)
- Kassirer J.P. (2004). *On the Take: How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*. New York: Oxford.
- Keashly, L. (1997). Emotional abuse in the workplace: Conceptual and empirical issues. *Journal of emotional abuse*, 1(1), 85-117.
- Keashly, L., Nowell, B. L., Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. (2011). Conflict, conflict resolution, and bullying. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*, 423-445.
- Khanzadeh, A., & Taher, M. (2014). Analytical study of personality traits juvenile offenders. *Criminal Law research*, 5(1), 31-53.
- Kiesler, D., & Auerbach, S. (2006). Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient education and counseling*, 61(3), 319-341.
DOI:[10.1016/j.pec.2005.08.002](https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.08.002)
- Kindig, D., Panzer, A., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. National Academies Press.
- Kingma, M. (2001). Nursing migration: global treasure hunt or disaster-in-the-

making?. *Nursing inquiry*, 8(4), 205-212. DOI:[10.1046/j.1440-1800.2001.00116.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2001.00116.x)

Kling, R., Yassi, A., Smailes, E., Lovato, C., & Koehoorn, M. (2009). Characterizing violence in health care in British Columbia. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1655-1663. DOI:[10.1111/j.1365-2648.2009.05020.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05020.x)

Kölbach, M., & Zapf, D. (2015). *Psychische Belastungen in der Arbeitswelt: von Stress, Mobbing, Angst bis Burnout*. TBS gGmbH Rheinland-Pfalz.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., & Zwi, A. Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization: Geneva. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf

Kuhlmann, E., & Annandale, E. (2012). Researching transformations in healthcare services and policy in international perspective: An introduction. *Current Sociology*, 60(4), 401-414.

DOI:[10.1177/0011392112438325](https://doi.org/10.1177/0011392112438325)

Kumar, M., Verma, M., Das, T., Pardeshi, G., Kishore, J., & Padmanandan, A. (2016). A study of workplace violence experienced by doctors and associated risk factors in a tertiary care hospital of South Delhi, India. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(11), LC06. DOI:[10.7860/JCDR/2016/22306.8895](https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/22306.8895)

Laín Entralgo, P. (1990). *Hacia la recta final*. *Círculo de Lectores*. Barcelona, Barcelona.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.

Lameiro, C., Besteiro, A., Cuevas, A., Pérez, A., Gómez, C., & Del Campo, V. (2013). Violencia laboral en Instituciones sanitarias. Análisis de un perfil cambiante. *Enfermería Del Trabajo*, III, 66–74.

Larsson, A. (2010). Mobbing: ett tidsbundet socialt problem? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 17(2), 137-151.

Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Archivos argentinos*

- de pediatría*, 102(4), 271-276.
- Leka, S., & Houdmont, J. (Eds.). (2010). *Occupational health psychology*. John Wiley & Sons.
- Leka, S., Jain, A., Zwetsloot, G., & Cox, T. (2010). Policy-level interventions and work-related psychosocial risk management in the European Union. *Work & Stress*, 24(3), 298-307. DOI:[10.1080/02678373.2010.519918](https://doi.org/10.1080/02678373.2010.519918)
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and victims*, 5(2), 119-126.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European journal of work and organizational psychology*, 5(2), 165-184.
- Leymann, H. (2013). *Mobbing: Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Rowohlt Verlag GmbH.
- Leymann, H., & Gustafsson, A. (2014). *Why Nurses Commit Suicide: Mobbing in Health Care Institutions*. Edwin Mellen Press.
- López, A. (2005). Los fundamentos de la Nueva Gestión Pública: lógica privada y poder tecnocrático en el Estado mínimo. *Mabel Thwaites Rey y Andrea López (Comps.). Entre tecnócratas globalizados y políticos clientelistas*, 71-90.
- López-Cabarcos, M., Vázquez-Rodríguez, P., & Montes-Piñeiro, C. (2010). Mobbing: Antecedentes psicosociales y consecuencias sobre la satisfacción laboral. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 215-224.
- López, V. (2000). Sistemas de salud. A. Frías Osuna, *Salud pública y educación para la salud*, 59-67.
- Lowe, G. (2005). Control over time and work-life balance: An empirical analysis. *Federal Labor Standards Review Committee*, 2-65.
- Lowe R. (2005). *El estado de bienestar en Gran Bretaña desde 1945*. Tercer ed Basingstoke Palgrave Macmillan.
- Lupiáñez-Villanueva, F. (2010). Salud y sociedad red: *Análisis de los usos de Internet relacionados con la salud*. Grupo Planeta (GBS).

- Macgoris, S. (2010). Quinta encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. Resumen ejecutivo. Disponible en: <https://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/european-working-conditions-surveys/fifth-european-working-conditions-survey-2010>
- Malik, N., Malik, S., Qureshi, N., & Atta, M. (2014). Sexual Harassment as Predictor of Low Self Esteem and Job Satisfaction among In-Training Nurses. *FWU Journal of Social Sciences*, 8(2), 107.
- Martín, J. (2003). *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Documento de trabajo Fundación Alternativas, 14. Disponible en: <http://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/nuevas-formulas-de-gestion-en-las-organizaciones-sanitarias>
- Martínez-Jarreta, B., Gascón, S., Santed, M. Á., & Goicoechea, J. (2007). Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa ya sus consecuencias para la salud. *Medicina clínica*, 128(8), 307-310. DOI:[10.1157/13099583](https://doi.org/10.1157/13099583)
- Martínez, M., Morales, O., Rodríguez, O., & Sánchez, W. (2016). Civilidad, incivilidad y el bienestar asociado al trabajo en un grupo de personas empleadas en Puerto Rico. *Revista Interamericana de psicología ocupacional*, 28(1), 45-55.
- Martínez Navarro, F. (2000). De la información a la acción: la vigilancia de la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 74(MON), 00-00.
- Matthiesen, S. & Einarsen, S. (2007). Perpetrators and targets of bullying at work: Role stress and individual differences. *Violence and victims*, 22(6), 735-753. DOI:[10.1891/088667007782793174](https://doi.org/10.1891/088667007782793174)
- Mayhew, C., & Chappell, D. (2003). Workplace violence in the health sector—a case study in Australia. *Safety*, 19, 6.
- Mayo Clinic Center for social Media (2017). Disponible en: <https://socialmedia.mayoclinic.org/>
- Mayorca Yancán, I. A., Lucena García, S., Cortés Martínez, M. E., & Lucerna Méndez, M. Á. (2013). Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Medicina*

y Seguridad del Trabajo, 59(231), 235-258.

Medina, M. A. R. (2009). Burocracia, gerencia pública y gobernanza. *Revista No*, 30, 167-185.

Mell, A., & Ericsson, G. (2012). The trouble with treating Patients as consumers. *Harvard Business Rev.* Disponible en: <http://www.e-patients.net/archives/2012/01/hbr-blog-the-trouble-with-treating-patients-as-consumers.html>

Mello, M. M., Studdert, D. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., Brennan, T. A., & Sage, W. M. (2005). Effects of a malpractice crisis on specialist supply and patient access to care. *Annals of surgery*, 242(5), 621. DOI:[10.1097/01.sla.0000182957.54783.9a](https://doi.org/10.1097/01.sla.0000182957.54783.9a)

Meskó, B. (2013). *Social media in clinical practice* (p. 1447143051). New York, NY: Springer.

Mikkelsen, E. G., & Einarsen, S. (2001). Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlates. *European journal of work and organizational psychology*, 10(4), 393-413.

DOI:[10.1080/13594320143000816](https://doi.org/10.1080/13594320143000816)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *"Informe grupo de trabajo de agresiones a profesionales del sistema nacional de salud"*. Comisión Recursos Humanos del Sistema Nacional de salud. Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/informe_agresiones_profesionales.pdf

Miragaya, L. C. (2003). Aplicación de la nueva gestión pública a las reformas sanitarias del Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España. *Documentos de trabajo (Universidad de Oviedo. Facultad de Ciencias Económicas)*, (260), 1-39.

Martínez, M., Monreal-Bosch, P., Perera, S., & Selva, C. (2016). Public Health Care Organizations: Leadership or Management?. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigacion Social*, 16(3), 245-257.

DOI: [10.5565/rev/athenea.1706](https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1706)

- Morán-Barrios, J., & Ruiz de Gauna Bahillo, P. (2010). ¿Reinventar la formación de médicos especialistas? Principios y retos. *Nefrología (Madrid)*, 30(6), 604-612.
- Morán-Barrios, J. (2013). Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 385-405. DOI:[10.4321/S0211-57352013000200013](https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000200013)
- Moreno, B., & Báez, C. (2014) Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas Madrid: INSHT. 2010. Disponible en:<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Moreno Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Garrosa Hernández, E., & Morante Benadero, M. E. (2005). Antecedentes organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: un estudio exploratorio. *Psicothema*, 17(4), 627-635.
- Mouzo, J. (2016). Los sanitarios sufren casi 7.000 agresiones en los últimos años. El País. Disponible en: https://elpais.com/ccaa/2016/05/29/catalunya/1464545288_051598.html
- Moyado Estrada, F. (2002). Gestión pública y calidad: hacia la mejora continua y el rediseño de las instituciones del sector público. En *Presentación en Congreso Internacional del CLAD. Lisboa*.
- Mulder, R., Bos, A. E., Pouwelse, M., & van Dam, K. (2017). Workplace mobbing: How the victim's coping behavior influences bystander responses. *The Journal of social psychology*, 157(1), 16-29. DOI:[10.1080/0224545.2016.1152213](https://doi.org/10.1080/0224545.2016.1152213)
- Naganandini, S. & Bharathi, P. S. (2016). A Study on Review of Employee Burnout in Health Care Sector. *International Journal of Management and Commerce Innovations*. 4(1),11-19.
- Näswall, K., Hellgren, J., & Sverke, M. (Eds.). (2008). *The individual in the changing working life*. Cambridge University Press.

- Nedham, I. M., McKenna, K.; Kingma, M. & Oud, N. (Eds). (2010). *Violence in the Health Sector. From awareness to sustainable action*. Amsterdam: Kavanah.
- Nedham, I. M., Kingma, M.; McKenna, K.; Frank, O.; Tuttas, C.; Kingma, S. & Oud, N.(Eds). (2014). *Violence in the Health Sector. Towards safety, security, and wellbeing for all*. Amsterdam: Kavanah.
- Niedl, K. (2008). Mobbing/bullying at work: An empirical analysis of the phenomenon and of the effects of systematic harassment on human resource management. *Hampp: Munich, Germany*.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., Hamlin, B., & Kindig, D. A. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion: The National Academies Press. *Washington, DC*.
- Nielsen, M. B., Glasø, L., & Einarsen, S. (2017). Exposure to workplace harassment and the Five Factor Model of personality: A meta-analysis. *Personality and individual differences, 104*, 195-206. DOI:[10.1016/j.paid.2016.08.015](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.08.015)
- NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health). (2002). Violence: Occupational Hazards in Hospitals. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service. National Institute for Occupational Safety and Health. Pub 2002-101.
- Nogareda, C. (1990). NTP182: Encuesta de autovaloración de las condiciones de trabajo. *Instituto Nacional de higiene y seguridad en el trabajo. Madrid*.
- OCDE (1996). *La Administración al servicio del público*. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid, 3.^a edición.
- OCDE (2015). Étude économique du Royaume-Uni, 2000. Synthèses de l'OCDE. Disponible en: <http://www.oecd.org/fr/eco/etudes/UK-Synthese-2015.pdf>.
- OCDE (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI:[10.1787/health_glance-2015-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)
- Ochoa, P. J. & Blanch, J.M. (2016). Work, malaise and wellbeing in Spanish and Latin American doctors. *Revista de Saúde Pública, 50*(21), 1-14. DOI:[10.1590/S1518-8787.2016050005600](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005600)

- OIT, O., & CIE, I. (2002). *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- OIT (2003). *91e sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo*, 3 - 19 juin 2003. Disponible en :
<http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/91stSession/lang--es/index.htm>.
- OIT (2010) Plan de acción de la OIT sobre igualdad de género 2010-15. Disponible en:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_179635.pdf
- OIT (2011). Informe sobre el Trabajo en el Mundo: Los mercados al servicio del empleo. Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_179117/lang--es/index.htm
- OIT/ CIE/ OMS/ ISP (2002). *Directrices marco para afrontarla violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo/ Consejo internacional de Enfermeras/ Organización Mundial de la Salud/ Inter-nacional de Servicios Públicos. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud.
- Olías de Lima Gete, B. (2001). *La evolución de la gestión pública: nueva gestión pública*. España: Prentice Hall.
- Olmedo, M., & González, P. (2006). La violencia en el ámbito laboral: la problemática concepción del mobbing, su evaluación, prevención y tratamiento. *Acción psicológica*, 4(2), 107-128. DOI:[10.5944/ap.4.2.482](https://doi.org/10.5944/ap.4.2.482)
- OMS (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Disponible: en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/
- OMS (2014). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia*. Disponible en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/es/
- Oostrom, J. K., & van Mierlo, H. (2008). An evaluation of an aggression management training program to cope with workplace violence in the healthcare sector. *Research in nursing & health*, 31(4), 320-328.

DOI:[10.1002/nur.20260](https://doi.org/10.1002/nur.20260)

OMS-OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2011). Estrategia y plan de acción sobre eSalud (2012 – 2017). Washington.

OPS (2012) Programa eHealth OPS. [Internet]. Washington: Componentes eSalud. Disponible en:

<http://new.paho.org/ict4health/images/stories/ict4health/ehealthprogram-spa.pdf>

O'Reilly, T. (2005). *Web 2.0: Compact Definition*. O'Reilly Radar (blog), 1st October 2005. O'Reilly Media Inc. Disponible en:

http://radar.oreilly.com/archives/2005/10/web_20_compact_definition.html

Osborne, D., Plastrik, P., & Oteiza, D. A. (1998). *La reducción de la burocracia: cinco estrategias para reinventar el gobierno* (Vol. 446). Paidós.

OSHA. Occupational Safety and Health Administration. (2004). Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers. In *Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers*. OSHA.Publication 3148-01R. Disponible en: <http://www.osha.gov/Publications>.

OSHA (2011). *Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents*. OSHA Directive CPL 02-01-052.

Osuna, F., & Osuna, A. F. (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Masson Elsevier.

Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T., & Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*, 20(2), 175-184. DOI:[10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x)

Palacio del Congreso de los Diputados. (1990). *Informe Abril Martorell* (p. 57). Madrid: Palacio del Congreso de los Diputados. Disponible en: <https://app.box.com/shared/cxjql4jakj>

Palacios, M., Loureiro dos Santos, M., Barros do Val, M., Medina, M. I., De Abreu, M., Soares Cardoso, L., & Bragança Pereira, B. (2003). Workplace violence in the health sector. Country case study-Brazil. *ILO/ICN/WHO/PSI Joint*

program on workplace violence in the health sector, Geneva. Retrieved November 30, 2007.

- Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Preciado Serrano, L., Franco Chávez, S. A., & Salazar Estrada, J. G. (2006). Validez y confiabilidad del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el trabajo (IVAPT-PANDO). *Enseñanza e investigación en Psicología*, 11(2), 319-332.
- Paoli, P., (2000). Violence at work in the European Union: recent findings. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions Paoli, P. (2001). *Third European survey on working conditions 2000*. Office for official publications of the European Communities.
- Paravic Klijn, T., Valenzuela Suazo, S., & Burgos Moreno, M. (2004). Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Ciencia y enfermería*, 10(2), 53-65.
- Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative social work*, 1(3), 261-283.
- Perpiñán, J. M. A. (2013). *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas*. Fundacion BBVA.
- Peters, T. J., Waterman, R. H., & Jones, I. (1982). In search of excellence: Lessons from America's best-run companies.
- Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *N. Engl.J.Med*, 374,1661-1669.
DOI:[10.1056/NEJMr1501998](https://doi.org/10.1056/NEJMr1501998)
- Picakcief, M., Acar, G., Colak, Z., & Kilic, I. (2017). The relationship between sociodemographic characteristics, work conditions, and level of “Mobbing” of health workers in primary health care. *Journal of interpersonal violence*, 32(3), 373-398. DOI:[10.1177/0886260515586360](https://doi.org/10.1177/0886260515586360)
- Piñuel, R. J. L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Sociolinguistic Studies*, 3(1), 1-42.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2007). Public Management Reform: A Comparative Analysis, 2000. (2nd edition). Oxford: Oxford University Press.

- Pollitt, C. (2007). The new public management: an overview of its current status. *Administratie Si Management Public*, (8), 110-115.
- Powley, D. (2013). Reducing violence and aggression in the emergency department: Denise Powley reflects on an abusive and potentially violent incident involving a patient with alcohol dependence and mental health problems. *Emergency nurse*, 21(4), 26-29.
DOI:[10.7748/en2013.07.21.4.26.e687](https://doi.org/10.7748/en2013.07.21.4.26.e687)
- Prakash, B. (2010). Patient satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), 151.
- Privitera, M. R., Bowie, V., & Bowen, B. (2014). Overlapping organizational contributions to workplace violence (WPV) and workforce burnout in healthcare: is reduction of burnout an opportunity to reduce both? In *Proceedings of the Fourth International Conference on Violence in the Health Sector: Towards Safety, Security and Wellbeing for All*, 22-24 October 2014, Hyatt Regency Miami Hotel, Miami (FL), USA (pp. 183-184).
- Puig-Junoy, J. (2011). ¿Recortar o desinvertir. *Economía y Salud, AES*, (72).
Disponible en: <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=13&idN=110>
- Quintero, A. N. (2010). La nueva gestión pública: una herramienta para el cambio1. *Corporación Ocasá*. Colombia.
- Rae, D. (2002). Next Steps for Public Spending in New Zealand. OECD Economics Department Working Papers, 337, 45.
<http://dx.doi.org/10.1787/338071481346>
- Ramió Matas, C. (2005). Las debilidades y los retos de la gestión pública en red con una orientación tecnocrática y empresarial. *Sistema. Revista de Ciencias Sociales*, (184-185), 87-106.
- Ramírez Ramos, A. (1995). La faceta humana del médico. *Diagnóstico*, 34(2), 38-43.
- Randev, S. (2017). The system needs to change to tackle violence against doctors in India. Disponible en:
<http://blogs.bmj.com/bmj/2017/06/27/shivani-randev-the-system-needs-to->

- Ratzan, S. C. (2007). An informed patient—An oxymoron in an information restricted society. *J Health Commun*, 12, 101-3.
- Rayner, C. (1997). The incidence of workplace bullying. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7(3), 199-208.
- Rayner, C., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2002). *Bullying at work: What we know, who is to blame and what can we do*. London, Taylor Francis.
- Rayner, C., & Cooper, C. L. (2006). *Workplace bullying*. In *Handbook of workplace violence*. SAGE Publications Inc. DOI:[10.4135/9781412976947.n7](#)
- Real Decreto-Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (2012) R.D.L. N 16/2012.
- Reinoso Bellido, B. (2016). Insistir y resistir: El nuevo modelo sueco del bienestar. Disponible en: <http://www.neoliberalismo.com/modelo-sueco2.htm>
- Rico, A., Freire, J. M., & Gervas, J. (2007). *El sistema sanitario español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada*. Espina (coord.).
- Rillo, A. G. (2015). Análisis hermenéutico de la pregunta por la salud. *Humanidades Médicas*, 15(3), 401-420.
- Rippon, T. J. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of advanced nursing*, 31(2), 452-460. DOI:[10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x](#)
- Rivera Vicencio, E. (2014). The firm and corporative governmentality. From the perspective of Foucault. *International Journal of Economics and Accounting*, 5(4), 281-305. DOI:[10.1504/IJEA.2014.067421](#)
- Rivera, E. (2016a). Monetary Conformation of the Corporate Governmentality I from the New Art of Governing to the Beginning of Neoliberal Governmentality.
- Rivera, E. (2016b). Monetary Conformation of the Corporate Governmentality III Description of the Monetary System.

- Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 13-22. DOI:[10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x)
- Rodríguez, M. A. (2008). Relación médico-paciente. *La Habana: Editorial Ciencias Médicas*, 13, 33-34.
- Rodríguez, V. A., & Paravic, T. M. (2013). A model to investigate workplace violence in the health sector. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 196-200.
- Román, L. (2012). Consecuencias políticas de la acción administrativa: el paradigma del ciudadano-cliente. RIPS. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 11(1).
- Roseveare, D. (2002). Enhancing the effectiveness of Public Expenditure in Sweden. OECD: Economics Department.
- Rubio, M., Muñiz, G., & Fernández, A. (2008). Los derechos del paciente en perspectiva. *Atención primaria*, 40(7), 367-369. DOI:[10.1157/13124131](https://doi.org/10.1157/13124131)
- Rumsey, M., Foley, E., Harrigan, R., & Dakin, S. (2007). *National overview of violence in the workplace*. Australia: Royal College of Nursing.
- Rundall, T. G., Shortell, S. M., Wang, M. C., Casalino, L., Bodenheimer, T., Gillies, R. R., ... & Robinson, J. C. (2002). As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organisations. *Bmj*, 325(7370), 958-961. DOI:[10.1136/bmj.325.7370.958](https://doi.org/10.1136/bmj.325.7370.958)
- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field methods*, 15(1), 85-109.
- Ryan, D. & Maguire, J. (2006). Agresión and violence. A problem in Irish Accident and Emergency departments. *Journal of Nursing Management* 14 (2) 106-115. DOI:[10.1111/j.1365-2934.2006.00571.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00571.x)
- Saarela, K. L., & Isotalus, N. (1999). Workplace violence in Finland: High-risk groups and preventive strategies. *American journal of industrial medicine*, 36(S1), 80-81.
- Salin, D. (2001). Prevalencia y formas de intimidación entre profesionales de los

negocios: Una comparación de dos estrategias diferentes para medir el acoso escolar. *Revista Europea de Psicología del Trabajo y de la Organización*, 10 (4), 425-441.

Salin, D. (2003a). Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations*, 56 (10), 1213-1232. <http://hdl.handle.net/10227/283> DOI:10.1177/00187267035610003

Salin, D. (2003b). Bullying and organisational politics in competitive and rapidly changing work environments. *International Journal of Management and Decision-Making*, 4 (1), 35-46. <http://hdl.handle.net/10227/281> DOI:10.1504/IJMDM.2003.002487

Salin, D. (2008). The prevention of workplace bullying as a question of human resource management issue: measures adopted and underlying organizational factors. *Scandinavian Journal of Management*, 24 (3), 221-231. <http://hdl.handle.net/10227/279> DOI:10.1016/j.scaman.2008.04.004

Salin, D. (2009). Organisational responses to workplace harassment: an exploratory study. *Personnel Review*, 38 (1), 26-44. DOI:10.1108/00483480910920697

Salin, D. (2010) Twenty years of research on workplace bullying Attitudes and perceptions of personnel managers in Finland today. In Österman, K. (Ed.) *Indirect and direct aggression* (291-305). Frankfurt am Main: Peter Lang.

Salin, D. & Hoel, H. (2011). Organisational causes of workplace bullying. In Einarsen, S; Hoel, H, Zapf, D & Cooper, C (Eds). *Workplace Bullying: Development in Theory, Research and Practice*. London. Taylor & Francis, 227-243.

Saltman, R. B., & Duran, A. (2016). Governance, government, and the search for new provider models. *International journal of health policy and management*, 5(1), 33. DOI:10.15171/ijhpm.2015.198

Sánchez-Martínez, F. I., Abellán-Perpiñán, J. M., & Oliva-Moreno, J. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 75-80.

DOI:10.1016/j.gaceta.2014.02.019

Sánchez, I. (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto público*, 47, 37-64.

Sarango, C., & Stiwar, E. (2017). *La calidad de vida en el personal de salud, que presentan Burnout en el Área Clínica de los servicios de emergencia y consulta externa del Hospital General Isidro Ayora* (Master's thesis).

Savenstani, R. S. (2007). *Social Pathology: Sociology of Social Deviance*. Tehran: SAMT Publications.

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., ... & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, 288(4), 475-482. DOI:10.1001/jama.288.4.475

Semelin, J. (2005). What is 'Genocide'?. *European Review of History: Revue européenne d'histoire*, 12(1), 81-89. DOI:[10.1080/13507480500047837](https://doi.org/10.1080/13507480500047837)

Sémelin, J., Andrieu, C., & Gensburger, S. (2011). *Resisting genocide: The multiple forms of rescue* (p. 539). Columbia University Press.

Selva, C. & Tresserra, O. (2017). Aproximación a la flexibilidad global desde un estudio de caso. *Capital Humano*, 322, 84-86.

Selva, C. & Tresserra, O. (2014). Flexibilidad global, sinécdoque de progreso. *Athenea digital*, 14(2), 197-202. DOI:10.5565/rev/athenea.1226

Selva, C. & Tresserra, O. (2013). La flexibilidad como herramienta para encaminar el bienestar laboral. En Leonor Cantera, Susana Pallarès y Clara Selva (Coords.). *Del malestar al bienestar laboral* (pp. 215-240). Barcelona: Amentia.

Shaw, J., & Baker, M. (2004). "Expert patient"—dream or nightmare?: The concept of a well informed patient is welcome, but a new name is needed. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7442), 723.

DOI:[10.1136/bmj.328.7442.723](https://doi.org/10.1136/bmj.328.7442.723)

Shirley, E. D., & Sanders, J. O. (2013). Patient satisfaction: implications and predictors of success. *JBJS*, 95(10), e69.

Shirom, A. (2009). Acerca de la validez del constructo, predictores y

- consecuencias del burnout en el lugar de trabajo. *Ciencia & Trabajo*, 32 (11), 44-54.
- Silano, M. F. (2013). La Salud 2.0 y la atención de la salud en la era digital. *Revista médica de Risaralda*, 20(1). DOI: [10.22517/25395203.8483](https://doi.org/10.22517/25395203.8483)
- Síndic de Greuges de Catalunya. (2007). *Informe del Síndico al Parlamento*. Disponible en:
http://www.sindic.cat/site/unitFiles/2228/521_9.3salutinformecast.pdf
- Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT). Disponible en: <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/25-anys/ambits/siscat/>
- Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, (2013). Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Ind.Sist.Sanit.UE.XXI.htm>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80. DOI:[10.1186/1471-2458-12-80](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80)
- Spagnolo de la Torre, E. (1993). Análisis y comentarios en torno al Informe Abril Martorell. *Medicina clínica*, 100(7), 258-263.
- Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación (2013). Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Ind.Sist.Sanit.UE.XXI.htm>
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., ... & Ayonayon, H. N. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 806-812. DOI:[10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x)
- Suner-Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Bertran, C., & Sullman, M. J. M. (2013). Burnout and quality of life among Spanish

- healthcare personnel. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(4), 305-313. DOI:[10.1111/j.1365-2850.2012.01897.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01897.x)
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jacques, A., Klass, D., ... & Du Berger, R. (2007). Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *Jama*, 298(9), 993-1001. DOI:[10.1001/jama.298.9.993](https://doi.org/10.1001/jama.298.9.993)
- Tarafdar, M., Gupta, A., & Turel, O. (2013). The dark side of information technology use. *Information Systems Journal*, 23(3), 269-275. DOI:[10.1111/isj.12015](https://doi.org/10.1111/isj.12015)
- Terris, M. (1987). Epidemiology and the public health movement. *Journal of Public Health Policy*, 315-329. DOI:[10.2307/3342292](https://doi.org/10.2307/3342292)
- Thesen, J. (2005). From oppression towards empowerment in clinical practice—offering doctors a model for reflection. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66_suppl), 47-52. DOI:[10.1080/14034950510033372](https://doi.org/10.1080/14034950510033372)
- Thomas, P., & Hewitt, J. (2011). Managerial organization and professional autonomy: A discourse-based conceptualization. *Organization Studies*, 32(10), 1373-1393. DOI:[10.1177/0170840611416739](https://doi.org/10.1177/0170840611416739)
- Thomas, G. & Smith, C. (2006). Reconceptualizing E-Mail Overload. *Journal of Business and Technical Communication*, 20(3), 252-287.
- Thomas, G. F., King, C. L., Baroni, B., Cook, L., Keitelman, M., Miller, S., & Wardle, A. (2006). Reconceptualizing e-mail overload. *Journal of Business and Technical Communication*, 20(3), 252-287. DOI:[10.1177/1050651906287253](https://doi.org/10.1177/1050651906287253)
- Thylefors, I. (1987). *Syndabocker: om utstötning och mobbning i arbetslivet*. Natur och kultur.
- Torrente, E., Escarrabill, J., & Martí, T. (2010). Impacto de las redes sociales de pacientes en la práctica asistencial. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 2(1), 1-8.
- Traver, V., & Fernández-Luque, L. (2011). El ePaciente y las redes sociales. *Publidisa y Fundación Vodafone*. España.
- Trillo, J. M. (2010). Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de

- su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. *Atención Primaria*, 42, 41-47. DOI:[10.1016/S0212-6567\(10\)70007-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(10)70007-X)
- Tummers, L. L., Bekkers, V., Vink, E., & Musheno, M. (2015). Coping during public service delivery: A conceptualization and systematic review of the literature. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25(4), 1099-1126. DOI: [10.1093/jopart/muu056](https://doi.org/10.1093/jopart/muu056)
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 17 (3), 202-209.
- Urueña, A. Perfil sociodemográfico de los internautas. Análisis de datos INE 2015. Observatorio nacional de las telecomunicaciones y de la SI, 2015.
- Useche, M. C. (2002). La organización del trabajo en el marco de la globalización. *Gaceta laboral*, 8(1), 67-78.
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z., & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC nursing*, 16(1), 5. DOI: [10.1186/s12912-016-0200-4](https://doi.org/10.1186/s12912-016-0200-4)
- Van De Belt, T. H., Engelen, L. J., Berben, S. A., & Schoonhoven, L. (2010). Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 12(2). DOI:[10.2196/jmir.1350](https://doi.org/10.2196/jmir.1350)
- Vartia, M. (1996). The sources of bullying—psychological work environment and organizational climate. *European journal of work and organizational psychology*, 5(2), 203-214.
- Vasconcellos-Silva, P. R., Castiel, L. D., Bagrichevsky, M., & Griep, R. H. (2010). As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde New information technologies and health consumerism. *Cad. Saude Publica*, 26(8), 1473-1482. DOI:[10.1590/S0102-311X2010000800002](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800002)
- Vélez, S. A. C. (2011). Una mirada a los nuevos enfoques de la gestión pública. *Administración y desarrollo*, 39(53), 57-74. DOI:[10.22431/25005227.147](https://doi.org/10.22431/25005227.147)

- Vicencio, E. R. (2016). *Teoría de la Gubernamentalidad Corporativa: Aspectos Generales y Conformación Monetaria*. Megustaescribir.
- Vidal-Martí, C., & Pérez-Testor, C. (2015). Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España. *Revista Española de Medicina Legal*, 41(3), 123-130.
- Vigoda-Gadot, E. R. A. N., & Meiri, S. (2008). New Public Management Values and Person Organization Fit: A Socio-psychological Approach and Empirical Examination among Public Sector Personnel. *Public Administration*, 86(1), 111-131. DOI:[10.1111/j.1467-9299.2007.00703.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2007.00703.x)
- Villanueva, L. F. A. (2015). *Gobernanza y gestión pública*. Fondo de cultura Económica.
- Villoslada, M. J. C., Gallo, S. O., & Navedo, E. S. (2012). Violencia percibida y/o sufrida por el personal sanitario y no sanitario de los centros de salud de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud. *Nuberos*, 2(8), 45, 20-26.
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?*. The Stationery Office. London (UK): The Stationery Office.
- Warren, B. (2010). Workplace violence in hospitals: safe havens no more. *Journal of healthcare protection management: publication of the International Association for Hospital Security*, 27(2), 9-17.
- White, R. & Horvitz, E. (2009). Experiences with web search on medical concerns and self diagnosis. In *AMIA annual symposium proceedings*. American Medical Informatics Association.
- White, R. & Horvitz, E. (2010). Web to World: Predicting transitions from self-diagnosis to the pursuit of local medical assistance in web search. In *AMIA Annual Symposium Proceedings*. American Medical Informatics Association.
- WHO (World Health Organization) (2005) Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions: First WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland 12-15.
- WHO (World Health Organization) (2005). Mental health action plan for Europe. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*.

- WHO (2005) Resolution WHA58.28. eHealth. [Internet]. En: Fifty- eighth World Health Assembly, Ginebra, 16–25 May 2005. Annex. Resolutions and decisions. Geneva: World Health Organization; 2005 (WHA58/2005/REC/1). Disponible en: http://apps.who.int/gb/or/e/e_wha58r1.html
- WHO (2006a). Building foundations for ehealth: Progress of members state: report of Global Observatory for eHealth. [Internet]. Ginebra.
- WHO (2006b). eHealth tools & services: Need of the members states: Report of Global Observatory for eHealth, Ginebra
- WHO (2006). *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policymakers and planner*. (Schopper, D., Lormand, J.D. & Waxweiler, R. Eds.). Geneva: World Health Organization.
- WHO (2008). PRIMA-EF: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: A Resource for Employers and Worker Representatives. *WHO Protecting Workers'* (Leka, S., & Cox, T., Eds.). Geneva: World Health Organization. Health Series: No. 9
- WHO (2010a). *Ambientes de Trabajo Saludables*. Geneva: Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2010b). *User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe*. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf
- WHO European Health for All Database (HFA-DB) [base de datos en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, oficina regional para Europa. Actualizada enero 2012 Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db>
- Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 3-10. DOI:[10.1111/j.1365-2702.2004.00807.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00807.x)
- Wynia, M. K. (2008). The short history and tenuous future of medical professionalism: the erosion of medicine's social contract. *Perspectives in*

Biology and Medicine, 51(4), 565-578. DOI:[10.1353/pbm.0.0051](https://doi.org/10.1353/pbm.0.0051)

- Zapf, D., Knorz, C., & Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of work and organizational psychology*, 5(2), 215-237.
- Zapf, D., & Gross, C. (2001). Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension. *European journal of work and organizational psychology*, 10(4), 497-522. DOI:[10.1080/13594320143000834](https://doi.org/10.1080/13594320143000834)
- Zapf, D., Escartín, J., Einarsen, S., Hoel, H., & Vartia, M. (2011). Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*, 2, 75-106.
- Zhang, L. F., You, L. M., Liu, K., Zheng, J., Fang, J. B., Lu, M. M., ... & Wu, X. (2014). The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nursing outlook*, 62(2), 128-137. DOI:[10.1016/j.outlook.2013.10.010](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.010)

Anexos

Glosario

Acoso sexual: Conducta verbal o física de naturaleza sexual, desarrollada en el lugar de trabajo y relacionada con este siendo ofensiva y no deseada por la víctima (Definición de la Comisión Europea).

Acoso laboral. Violencia psicológica, de una o varias personas de forma continuada y prolongada sobre otra persona en el lugar de trabajo con la finalidad de perjudicar su estatus profesional. La persona sufre abusos, amenazas o ataques en relación con su trabajo incluidos en los desplazamientos de ida y vuelta.

Agresión al profesional sanitario. Violencia ejercida por el paciente o usuario, contra el profesional del Servicio de Salud.

Agresión contra la imagen personal. Agresión contra la percepción que un grupo tiene sobre un individuo y que le otorga una identidad.

Agresión contra la persona. Comportamiento violento con intención de causar daño. Pueden ser insultos o agresiones físicas

Agresor/a. Persona que presuntamente realiza actos violentos en el lugar de trabajo, incluidos zonas donde no realiza su actividad laboral. También se considera lugar de trabajo el transporte sanitario urgente y no urgente.

Amenaza. Exhibir fuerza o poder para producir consecuencias negativas en otra u otras personas.

Atentado contra autoridad o funcionario público. *“Acción de acometer a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o emplear la fuerza contra ellos, intimidarlos gravemente o hacerles resistencia activa grave, cuando se hallen ejecutando las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas. Se considera funcionario público el que por disposición inmediata de la Ley o por elección o por nombramiento de autoridad competente participe en el ejercicio de funciones públicas” (Art. 550 del Código Penal).*

Intimidación. Comportamiento ofensivo y retirado con la intención de humillar al trabajador.

Reclamación. Expresión de la opinión del usuario, a la cual espera respuesta, en relación a un acto o proceso asistencial con el cual no está satisfecho/a.

Incluye aspectos de asistencia, trato, información, confort, organización y trámites y documentación.

Violencia en el lugar de trabajo. Acción, comportamiento mediante el cual una persona es agredida, humillada o lesionada en el ejercicio de su profesión. (OIT, 2003).

Violencia externa. Tiene lugar entre trabajadores y personal directivo y una tercera persona presente en el lugar de trabajo (cliente, paciente, usuario).

Violencia física. Empleo de la fuerza física contra persona o personas, produciendo daños físicos, sexuales o psicológicos.

Violencia interna en el lugar de trabajo. Tiene lugar entre los trabajadores, directores o supervisores (OIT, 2003).

Violencia Psicológica. uso deliberado del poder contra otra persona o personas, que atenten física, mental, espiritual, moral o social. Incluye la violencia verbal.

Pretextos invocados para ejercer violencia

Asistencial. Desacuerdo con el acto el proceso asistencial, en su totalidad o en una parte.

Información recibida. Comunicación verbal o escrita con la que no está de acuerdo el usuario.

Tiempo de espera. Tiempo de espera superior al deseado de acuerdo con sus expectativas

Trato recibido. Mala percepción de las relaciones interpersonales entre profesionales y usuarios.

Tipología de la Violencia ocupacional externa (VOE), según Blanch & Cervantes, 2012.

Física. Existe contacto corporal con empujones, arañazos, golpes, zarandeos...con el objeto de causar daño a la persona agredida.

Simbólica. Ataque sutil, como la invasión del espacio personal, ocupar lugares no autorizados, realizar gestos intimidatorios...Puede ir asociado a otros tipos de violencia.

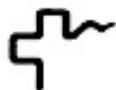
Verbal. Uso de la palabra verbal o escrita por el agresor/a para ofender, intimidar atemorizar... Se puede dar cara a cara, por escrito, a través de mensajes utilizando las TIC o a través de redes sociales. Puede ir precedida, acompañada o seguida de otro tipo de agresión.

□

CERTIFICA

DICTAMEN FAVORABLE

Médico
Abogado
Química



Vocales:

En dicha reunión del Comité Ético de Investigación Clínica se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Lo que firmo en Barcelona a 7 de febrero de 2017

Secretaria CEIm

Hoja oficial de reclamaciones



Institut Català
de la Salut

Nº de registro

Fecha de entrada

Códigos

Hoja de reclamaciones

Datos de la persona que presenta la reclamación

Apellidos y nombre		CIP*	DNI
Dirección		Código postal	Localidad
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Dirección electrónica	

Datos de la persona afectada

Apellidos y nombre		Fecha de nacimiento	DNI o CIP*
☐ Centro de atención primaria	Nº de historia clínica		
☐ Hospitalización	Nº de habitación		
☐ Consultas externas	☐ Servicio y profesional:	☐ Urgencias	

*Código de identificación personal (CIP): tiene que transcribir la primera línea de la tarjeta sanitaria individual. Si no tiene, debe indicar el DNI, NIE o pasaporte.

Exposición de la reclamación

Fecha y firma

Información anexa

Se adjuntan fotocopias de los documentos que se indican

Note: De conformidad con lo que establece la Ley orgánica 16/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, los datos que conste en este documento constarán en el fichero automatizado del registro de seguimiento y gestión de las reclamaciones. La finalidad de este fichero es registrar i gestionar las reclamaciones presentadas al CatSalut, establecer las medidas correctoras a partir de su análisis y apoyar los programas de mejora de la calidad dirigidos a los asegurados y aseguradas del CatSalut. El órgano responsable es la Dirección del Área de Serveis i Qualitat del CatSalut (Travessera de les Cortes, 131-150. Edifici Olímpic, 08029 Barcelona). Puede ejercer los derechos de oposición, acceso i rectificación de estos datos ante la Dirección mencionada. Mediante la firma de esta hoja autorizará expresamente al ICS para que pueda pedir a los centros sanitarios su historia clínica i acceder a ella cuando sea necesario para tramitar su reclamación.

ICS 120 WA (10/10)



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Àmbit

CatSalut

Assumpte

Reclamacions i suggeriments

Índex

1. Objecte
2. Àmbit d'aplicació
3. Conceptes
4. Marc organitzatiu i funcional
 - 4.1 CatSalut
 - 4.2 Entitats proveïdores
5. Reclamacions
 - 5.1 Reclamacions adreçades a les entitats proveïdores
 - 5.2 Reclamacions adreçades al CatSalut
6. Suggeriments
7. Disposició addicional
8. Disposició derogatòria
9. Entrada en vigor

Annexos

Annex I. Definició, classificació i codificació de les reclamacions

Annex II. Full de reclamacions per a l'estructura organitzativa del CatSalut

Annex III. Full de reclamacions per a les entitats proveïdores

Annex IV. Full de suggeriments per a l'estructura organitzativa del CatSalut

Exposició de motius

La millora del nivell de satisfacció de l'assegurat és un dels principals àmbits d'actuació que presideix la missió del Servei Català de la Salut (CatSalut). S'entén per assegurat, el ciutadà, usuari o potencial usuari dels serveis sanitaris, que té reconegut el dret a l'assistència sanitària pública del CatSalut.

Així mateix, el model sanitari configurat per la Llei 15/1990, d'ordenació sanitària de Catalunya, es caracteritza també per l'acostament i la participació dels usuaris en la presa de decisions i la millora de la qualitat dels serveis sanitaris.

Per tal de coadjuvar en l'assoliment d'aquests objectius, és aconsellable que les entitats proveïdores de serveis sanitaris contractades pel CatSalut es comprometin a consolidar els sistemes de millora de la qualitat i a integrar-hi les reclamacions i els suggeriments dels usuaris com a instruments útils per a l'anàlisi del funcionament dels serveis amb la finalitat de reorientar-los d'acord amb la informació generada per aquest sistema, si s'escau.

En el marc d'una concepció integral de la salut, el CatSalut ha de garantir l'exercici efectiu del dret a reclamar i formular suggeriments per part dels seus assegurats. Els procediments de tramitació i gestió de les reclamacions i dels suggeriments s'han de desenvolupar en un sistema organitzatiu i funcional que, independentment de les responsabilitats concretes que se'n derivin, afavoreixi la coresponsabilització del CatSalut i de les entitats proveïdores en la seva resolució i també en la millora de la qualitat dels serveis sanitaris. Aquests procediments s'han de caracteritzar per l'agilitat, la claredat i el tracte correcte a l'usuari, tot evitant caure en defectes burocràtics.

Tant les reclamacions com els suggeriments poden ser considerats com a manifestacions dels drets dels ciutadans usuaris dels serveis sanitaris de cobertura pública, en un model de serveis sanitaris que s'ha de caracteritzar per l'assoliment d'un marc de confiança i de tracte a l'usuari que el convida a participar activament i constructivament en la millora dels serveis sanitaris que es presten, tot enfortint el caràcter de xarxa sanitària d'utilització pública (XSUP) al servei del ciutadà.

Mitjançant l'Ordre SLT/328/2004, de 6 de setembre, es crea en l'àmbit del CatSalut el registre de seguiment i gestió de les reclamacions.

Ateses totes aquestes consideracions, es fa necessari dictar la següent Instrucció.

1. Objecte

Aquesta Instrucció té per objecte l'establiment d'un marc normatiu que reculli els aspectes organitzatius i funcionals que han de complir els procediments de gestió i també els requisits mínims de tramitació de les reclamacions i dels suggeriments presentats pels usuaris de la XSUP, sense perjudici de les característiques especials derivades del tipus de centre, servei o establiment sanitari.

Així mateix, estableix els requisits mínims que el sistema d'informació ha de tenir, per tal de garantir-ne un seguiment adequat, àgil i homogeni i una avaluació correcta.

No té per objecte les reclamacions per responsabilitat patrimonial de l'Administració, les reclamacions que tinguin el caràcter de reclamacions prèvies a la via judicial, les reclamacions de caràcter econòmic ni tampoc els recursos d'impugnació d'actes administratius, que es regeixen per les seves normes específiques, ni tampoc les reclamacions referides a assistència sanitària prestada sense indicació del CatSalut.

2. Àmbit d'aplicació

Aquesta Instrucció és d'aplicació a l'estructura organitzativa del CatSalut i als centres, serveis i establiments sanitaris de les entitats proveïdores amb les quals el CatSalut hagi establert conveni o contracte de gestió de serveis sanitaris, qualsevol que en sigui la modalitat i sense perjudici del que prevegi la normativa d'autorització o d'acreditació de centres, serveis i establiments sanitaris.

3. Conceptes

· Reclamació

La reclamació és l'expressió de l'opinió de l'usuari en relació amb un acte o procés assistencial. Això contempla els aspectes de: assistència, tracte, informació, organització i tràmits, hotel·leria/habitabilitat/confort, documentació i altres aspectes, com a conseqüència de l'atenció sanitària rebuda en un centre, servei o establiment sanitari que no l'ha satisfet, i de la qual l'usuari n'espera una resposta i/o actuació.



CatSalut

Servei Català
de la Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

CatSalut. Instrucció 03/2004

Reclamacions i suggeriments

1. Suggeriment

S'entén per suggeriment la proposta o opinió que pugui fer qualsevol usuari del CatSalut per tal de millorar aspectes estructurals o de funcionament dels serveis oferits.

4. Marc organitzatiu i funcional

El marc organitzatiu i funcional que estableix aquesta Instrucció ha de permetre consolidar un sistema de mútua corresponsabilització que, independentment de quina organització o entitat sigui responsable de la resolució de les reclamacions i dels suggeriments, possibiliti aprofundir en la col·laboració entre el CatSalut i les entitats proveïdores de serveis sanitaris.

També ha de possibilitar la configuració d'un sistema d'informació que permeti la reinformació a les entitats proveïdores i que faciliti l'avaluació i la implantació d'actuacions per a la millora de la qualitat dels serveis prestats. Aquest sistema d'informació respon a la necessitat de consolidar una cultura de comunicació entre el CatSalut i les entitats proveïdores que garanteixi un seguiment i una resolució correcta de les reclamacions i dels suggeriments dels usuaris, que assegurin un tractament homogeni de la informació, que coadjuvi en la detecció de possibles problemes en el funcionament dels serveis contractats en un temps raonable i que faciliti la introducció de mesures correctores de millora.

L'exercici efectiu del dret de l'usuari a poder reclamar i presentar suggeriments comporta, entre d'altres, els aspectes d'anàlisi dels continguts de les reclamacions i dels suggeriments, la resposta corresponent a l'usuari que reclama i la implantació de les intervencions correctores que siguin necessàries.

No obstant això i en qualsevol cas, és necessari diferenciar la responsabilitat del CatSalut com a entitat asseguradora, de la responsabilitat de les entitats proveïdores com a prestadores directes de serveis sanitaris, sociosanitaris o de salut mental.

4.1 CatSalut

En aquest marc, el CatSalut ha de garantir l'exercici efectiu del dret de l'usuari a poder reclamar i formular suggeriments. A aquest efecte, s'estableixen els procediments propis i els criteris comuns mínims d'organització i funcionament per a l'atenció i resolució d'aquelles reclamacions i suggeriments que se li adrecin.

El CatSalut, a través de la seva estructura, ha d'oferir informació general sobre el sistema de

reclamacions i suggeriments i ha de tramitar les reclamacions i els suggeriments que es presentin. També ha de vetllar perquè les entitats proveïdores facilitin a la població l'accés a presentar-les durant l'horari de funcionament dels centres, serveis o establiments sanitaris, sempre que això sigui possible.

4.2 Entitats proveïdores

Les entitats proveïdores amb contracte o conveni amb el CatSalut són responsables dels procediments de gestió de les reclamacions i dels suggeriments que els hi adrecin els usuaris de la XSUP.

En aquest sentit, són especialment rellevants els àmbits d'actuació següents: el registre de les reclamacions i dels suggeriments d'acord amb els requeriments establerts pel CatSalut, i la seva resolució oportuna, proporcionant la informació adequada i suficient als usuaris sobre el funcionament del sistema de reclamacions i suggeriments.

També ho és la utilització de l'aplicatiu de reclamacions del qual disposa el CatSalut, o en el seu cas, la tramesa de la informació requerida pel CatSalut i la informació en relació amb la monitorització d'aquesta informació.

5. Reclamacions

5.1 Reclamacions adreçades a les entitats proveïdores

Pel que fa a les reclamacions adreçades a les entitats proveïdores, els requeriments mínims són els següents:

a) Requeriments mínims del procediment

Les entitats proveïdores de serveis sanitaris han d'utilitzar, sempre que sigui possible, l'aplicatiu de gestió de les reclamacions del qual disposa el CatSalut. En cas que no sigui possible utilitzar aquest aplicatiu, caldrà lliurar mensualment la informació al CatSalut entre el dia 1 i el dia 7 de cada mes, d'acord amb la forma i els requeriments tècnics i de continguts de la informació establerts pel CatSalut.

Informació mínima per al registre de les reclamacions:

- Codi d'identificació personal (CIP), nom i cognoms del reclamant. En cas que no hi consti el CIP, caldrà que també hi consti la data de naixement i el sexe.

- Codi d'identificació personal (CIP), nom i cognoms de la persona objecte dels fets que motiven la reclamació. En cas que no hi consti el CIP, caldrà que també hi consti la data de naixement i el sexe.
- Data, hora i lloc dels fets.
- Data de la reclamació.
- Motiu/s de la reclamació. Aquests motius s'han de codificar d'acord amb la codificació que s'estableix a l'annex I d'aquesta instrucció.
- Data de resposta al reclamant.

Les entitats proveïdores han de disposar del full de reclamació que figura a l'annex III i dels mecanismes d'informació necessaris per tal que els usuaris n'estiguin informats.

Els usuaris han de poder presentar les reclamacions durant tot l'horari de funcionament dels centres, serveis o establiments sanitaris de les entitats proveïdores i les poden acompanyar amb la documentació que cregui adient la persona que les presenta. Així mateix, les reclamacions poden ser presentades per correu postal o electrònic.

Les entitats proveïdores de serveis sanitaris han de garantir que les reclamacions es registren en el corresponent registre d'entrada del centre. Si el lliurament és presencial, l'usuari ha de tenir una còpia en la que hi figuri el segell del centre i la data i l'hora d'entrada. L'entitat proveïdora ha de conservar el registre documental corresponent.

La presentació de la reclamació s'ha de poder fer en qualsevol centre, servei o establiment sanitari. Si la reclamació es presenta a una entitat proveïdora que no és la que ha prestat el servei objecte de la reclamació, aquesta l'enviarà a la regió sanitària corresponent. En aquests casos, la regió sanitària ha d'adreçar la reclamació al centre, servei o establiment sanitari que correspongui, per tal que l'usuari rebi la resposta oportuna.

L'usuari ha de ser informat de la possibilitat de poder presentar posteriorment la seva reclamació al CatSalut.

Els centres, serveis o establiments sanitaris de les entitats proveïdores han de garantir la confidencialitat i el tracte personalitzat als usuaris que les presentin, tant de manera oral com escrita.

Les entitats proveïdores han de donar resposta per escrit a l'usuari en totes les reclamacions formulades per escrit. En qualsevol cas, l'entitat

proveïdora s'ha de posar en contacte amb l'usuari en un termini ordinari màxim de quinze dies i ha de donar una resposta definitiva en un termini màxim de sis mesos.

b) Full de reclamació

El full de reclamació que cal utilitzar és el que figura a l'annex III, i ha d'estar a disposició dels usuaris en tots els centres sanitaris.

L'entitat proveïdora de serveis sanitaris ha de vetllar per la completa i correcta formalització del mateix.

c) Requeriments d'informació que han de complir les entitats proveïdores

Les entitats proveïdores han de presentar, mensualment, informació quantitativa i qualitativa del conjunt de les reclamacions presentades, d'acord amb els requeriments inclosos en l'apartat 5.1 a).

Els registres i expedients d'aquestes reclamacions han d'estar permanentment a disposició del CatSalut.

Per tal de poder disposar d'una informació homogènia i comparable, cal utilitzar la codificació de les reclamacions que s'adjunta en l'annex I.

La informació s'ha de lliurar mensualment al CatSalut entre el dia 1 i el dia 7 de cada mes, d'acord amb la forma i els requeriments tècnics i de continguts de la informació establerts pel CatSalut. En el cas que s'utilitzi l'aplicatiu de gestió de reclamacions del CatSalut, no caldrà portar a terme aquest lliurament.

No obstant això, qualsevol reclamació que per la seva transcendència pugui generar un estat d'opinió negatiu o pugui tenir conseqüències greus per a la salut dels usuaris s'ha de comunicar immediatament al CatSalut, que ha d'adoptar les mesures oportunes.

Les entitats proveïdores han de presentar una memòria anual comprensiva de les actuacions de millora implantades, a partir de la informació generada per les reclamacions rebudes.

5.2 Reclamacions adreçades al CatSalut

Amb caràcter general, les reclamacions que s'adrecen al CatSalut poden respondre a orígens diferents:

- els casos en què els usuaris no han rebut la satisfacció o reposició oportuna per part de



l'entitat proveïdora corresponent i s'adrecen posteriorment al CatSalut;

- quan el contingut de la reclamació fa referència a qüestions que ha de resoldre directament el CatSalut;

- els casos en què els usuaris s'adrecen directament al CatSalut i la reclamació afecta a una entitat proveïdora determinada.

Els requeriments mínims del procediment de les reclamacions adreçades al CatSalut són els mateixos que els que s'estableixen per a les entitats proveïdores.

Així mateix, tant l'estructura i l'organització centrals del CatSalut com les regions sanitàries i els sectors sanitaris han de disposar del mateix tipus de full de reclamació. Es proposa la utilització del model *Full de reclamació*, per duplicat i numerat, que s'adjunta en l'annex II. No obstant això, s'han d'admetre totes les reclamacions estiguin o no formulades en el model esmentat.

Les reclamacions s'han de tramitar en el lloc en què l'usuari les hagi presentat, sigui o no el lloc geogràfic de pertinença, per tal d'evitar-li trasllats i incomoditats.

Les regions sanitàries han d'utilitzar l'aplicatiu de gestió de reclamacions. L'estructura i l'organització centrals del CatSalut integrarà i difondrà aquesta informació i la transmetrà a les regions sanitàries, per tal que disposin de la informació referida a tota Catalunya.

S'ha de fer una memòria o un informe anual de les reclamacions rebudes en l'estructura i l'organització centrals del CatSalut, les regions sanitàries i els sectors sanitaris.

6. Suggeriments

Tant el CatSalut com les entitats proveïdores de serveis sanitaris contractades per aquest han de tenir un sistema de gestió dels suggeriments.

Els sistemes de gestió dels suggeriments respectius han de complir els requeriments mínims següents:

- Tots els centres, serveis o establiments sanitaris han de disposar d'un lloc adient on es puguin presentar els suggeriments adreçats pels usuaris.
- S'ha de disposar dels fulls de suggeriments necessaris per tal que els usuaris puguin expressar la seva opinió. Aquests fulls han de tenir espai suficient perquè l'usuari pugui exposar l'opinió o el suggeriment i espai per a la identificació de la

persona que el fa, tenint en compte que en aquests casos la identificació és voluntària.

Per tal d'evitar possibles confusions amb les reclamacions, el CatSalut ha d'adoptar el model específic de suggeriment, *Full de suggeriments*, que s'adjunta en l'annex IV.

Els usuaris poden també adreçar directament els suggeriments a les diferents estructures del CatSalut, tant als serveis centrals, com a les regions sanitàries o als sectors sanitaris.

És convenient que els suggeriments formulats per escrit generin una resposta escrita a l'usuari, tant per agrair-lo com per contestar al suggeriment. Aquesta resposta s'ha de donar en un termini ordinari de quinze dies. No obstant això, el termini màxim per contestar és de sis mesos.

7. Disposició addicional

Les regions sanitàries i les entitats proveïdores de serveis sanitaris establiran les actuacions necessàries per a la implantació d'aquesta instrucció en els centres, serveis i establiments sanitaris del corresponent àmbit territorial.

8. Disposició derogatòria

Es deroguen les instruccions 03/96, reclamacions i suggeriments i 01/2001, modificació de la instrucció 03/96, del CatSalut.

9. Entrada en vigor

Aquesta instrucció entra en vigor l'1 de gener de 2005.

Barcelona, 22 de novembre de 2004

El director

Carles Martí i Fors

Definició, classificació i codificació de les reclamacions

Definició i classificació

Assistencials

És l'expressió de l'opinió de l'usuari, referida a un acte o procés assistencial en la seva totalitat, que ha dut a terme un professional o un equip sanitari per donar solució a un problema de salut, manifestat com a tal pel mateix usuari.

Tracte

És l'expressió de l'opinió de l'usuari, referida a les relacions interpersonals pròpies de qualsevol organització que presta uns serveis.

Informació

És l'expressió de l'opinió de l'usuari, referida a la comunicació verbal o escrita, tant del procés assistencial com de les normes institucionals, com també de les diferents ofertes de serveis i drets i deures de l'usuari.

Organització

És l'expressió de l'opinió de l'usuari, referida a la planificació, ordenació, coordinació o resolució de les diferents estructures i circuits que proporcionen capacitat funcional a l'entitat proveïdora i/o al conjunt de la xarxa assistencial.

Hoteleria/habitabilitat/confort

És l'expressió de l'opinió de l'usuari, referida a les condicions d'habitabilitat, allotjament i confort dels usuaris en el centre assistencial, com també fa referència a aspectes propis de l'hoteleria.

Documentació

És l'expressió de l'opinió de l'usuari, referida a la documentació del procés assistencial, com també als certificats de l'estat de salut i justificants, en relació a aquests processos.

Altres

És l'expressió de l'opinió de l'usuari, referida a aquells aspectes no catalogats en les anteriors classificacions. S'ha d'intentar utilitzar-lo mínimament com a grup de classificació.

Codificació

1 Assistencial

- 101 Negativa d'assistència
- 102 Insatisfacció d'assistència
 - 102.1 Manca de confiança amb el metge
 - 102.2 Manca de confiança amb el personal d'infermeria
 - 102.3 Manca de confiança amb l'equip assistencial
- 103 Assistència no duta a terme
- 104 Accident assistencial
- 105 Desacord amb l'alta
 - 105.1 amb el trasllat a un altre centre
 - 105.2 per alta en incapacitat temporal (IT)
 - 105.3 per alta de tractament
- 106 Objecció de consciència
- 107 Infecció hospitalària/ambulatoria
- 108 Confusió o error
 - 108.1 de malalt
 - 108.2 de medicació
 - 108.3 d'intervenció quirúrgica
 - 108.4 de tractament no quirúrgic
 - 108.5 de prova complementària
 - 108.6 de diagnòstic
- 109 Incompliment de la dieta alimentària
- 110 Possible negligència
- 111 Denegació segona opinió
- 112 Incompliment/denegació voluntats anticipades
- 199 Altres assistencials

2 Tracte

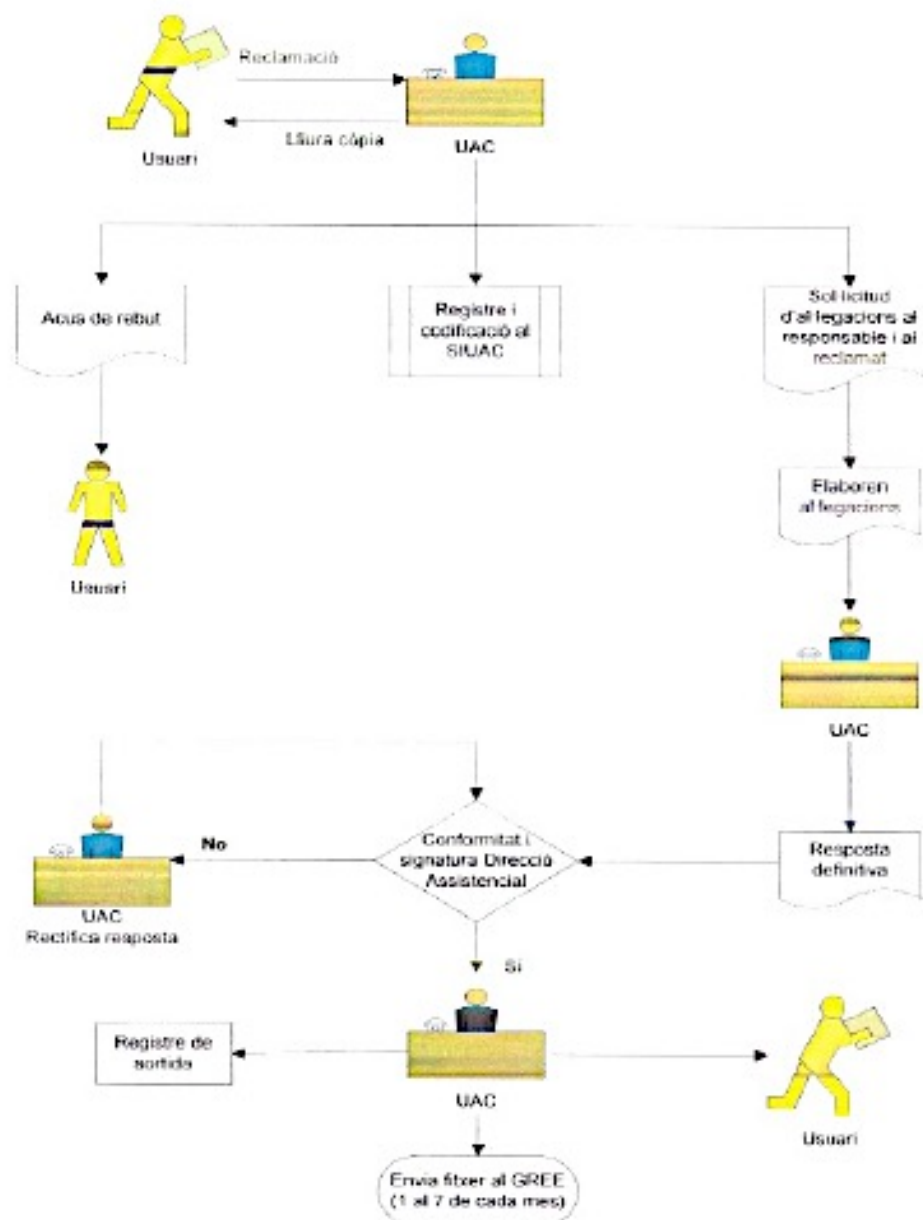
- 201 Tracte o actitud del personal inadequat
- 202 Manca d'intimitat
 - 202.1 imputable als professionals
 - 202.2 imputable a l'estructura/organització
- 203 Represàlies per reclamació

- | | |
|--|---|
| <p>204 Motius lingüístics o culturals</p> <p>204.1 Incomprensió per motius lingüístics o culturals</p> <p>204.2 Desacord amb la llengua utilitzada</p> <p>206 No respectar la decisió de no consentiment</p> <p>299 Altres de tracte</p> <p>3 Informació</p> <p>301 Desacord amb el contingut de la informació</p> <p>301.1 del diagnòstic</p> <p>301.2 del procés</p> <p>301.3 de la intervenció quirúrgica</p> <p>301.4 del tràmit</p> <p>301.5 dels serveis</p> <p>301.6 del tractament no quirúrgic</p> <p>301.7 de la prova complementària</p> <p>301.8 dels professionals responsables</p> <p>302 Manca de cartera de serveis i/o prestació</p> <p>303 Informació errònia</p> <p>304 Manca d'informació sobre cartera de serveis</p> <p>305 Manca de confidencialitat</p> <p>306 Manca o deficiència en el consentiment informat</p> <p>307 Manca o deficiències en la història clínica</p> <p>308 Manca o deficiències en la difusió de la carta de drets i deures</p> <p>309 Manca o deficiències en la informació sobre voluntats anticipades</p> <p>310 Manca o deficiències en la informació sobre la segona opinió</p> <p>311 Manca o deficiències en la informació sobre la lliure elecció d'equip d'atenció primària (EAP)</p> <p>399 Altres</p> <p>4 Organització i tràmits</p> <p>400 Demora excessiva per llista d'espera</p> <p>400.1 per consulta/cita prèvia</p> <p>400.2 per ingrés hospitalari/sociosanitari</p> <p>400.3 per atenció a urgències</p> <p>400.4 per intervenció quirúrgica</p> <p>400.5 per prova complementària</p> <p>400.6 per atenció no urgent</p> <p>400.7 per tractament no quirúrgic</p> | <p>401 Deficiència avis/correu</p> <p>402 Suspensió/anul·lació de consulta</p> <p>402.1 d'intervenció quirúrgica</p> <p>402.2 de prova complementària</p> <p>402.3 d'ingrés programat</p> <p>402.4 de tractament no quirúrgic</p> <p>403 Error o confusió administrativa</p> <p>403.1 Error o canvi de programació</p> <p>404 Deficiències de trasllat</p> <p>404.1 extern (transport)</p> <p>404.1.1 programat</p> <p>404.1.2 urgent</p> <p>404.2 intern</p> <p>405 Manca de servei i/o prestació</p> <p>406 Incompliment d'horari i/o retard en l'atenció</p> <p>406.1 per consulta</p> <p>406.3 per intervenció quirúrgica</p> <p>406.4 per tractament</p> <p>406.5 per prova complementària</p> <p>407 Desacord amb el canvi o assignació</p> <p>407.1 de metge</p> <p>407.2 de centre</p> <p>408 Pèrdua d'objecte personal</p> <p>409 Pèrdua de mostra clínica</p> <p>410 Manca de coordinació</p> <p>411 Tràmits dificultosos</p> <p>411.1 per segona opinió</p> <p>411.2 per lliure elecció d'EAP</p> <p>412 Demora en el pagament de prestació complementària</p> <p>413 Denegació de prestació complementària</p> <p>414 Error de facturació</p> <p>415 Desacord amb el cost de l'assistència</p> <p>416 Incompliment de normes</p> <p>417 Ingress a planta d'altra especialitat</p> <p>418 Manca de control de visites (acompanyants)</p> <p>419 Manca de personal</p> <p>420 Desacord amb la resposta a la reclamació</p> <p>421 No respectar l'ordre de llista per visita</p> <p>422 Estada de més de 24h en observació d'urgències</p> <p>423 Agendes de programació tancades</p> <p>424 Desacord amb la prestació</p> <p>425 Desacord per part del responsable familiar/cuidador del malalt</p> |
|--|---|

426 Problemes de comunicació	606 Document informatiu d'indicació d'intervenció quirúrgica (emès pels hospitals de la XHUP)
426.1 Telefònics	606.1 Retard en el lliurament
426.2 Per internet	606.2 Pèrdua
427 Vaga	606.3 Tràmits dificultosos
428 Desacord amb les normes institucionals	606.4 Dades errònies
429 No procedeix la seva gestió. Derivació a l'entitat competent.	607 Certificat d'inclusió en el registre de seguiment i gestió de pacients en llista d'espera del CatSalut
430 Denegació sol·licitud lliure elecció d'EAP	607.1 Retard en el lliurament
499 Altres organització i tràmits	607.2 Pèrdua
	607.3 Tràmits dificultosos
	607.4 Dades errònies
5 Hosteleria/habitabilitat/confort	
500 Insatisfacció amb l'alimentació	
501 Insatisfacció amb la neteja	
502 Insatisfacció amb l'habitació/el consultori	
502.1 en l'estructura	
502.2 en l'equipament	699 Altres documentació
502.3 en el manteniment	
503 Robatori	
504 Desacord amb la temperatura	
505 Problemes de/amb el parking	
506 Problemes amb la cafeteria/restaurant/màquines expenedores	
507 Problemes per soroll excessiu	
508 Dificultats d'accés per barreres arquitectòniques	
509 No poder trucar per telèfon des de l'habitació	
510 Inadequació/deficiències	
510.1 en l'estructura	
510.2 en l'equipament	
510.3 en el manteniment	
511 Manca de confort sala d'espera/altres dependències	
512 Manca de seguretat	
599 Altres hosteleria	
6 Documentació	
600 Manca o deficiència en recepta mèdica	
601 Manca o retard en el lliurament de l'informe d'alta	
602 Retard en el lliurament de justificants i altres	
603 Denegació de certificats, informes i altres	
604 Pèrdua de document clínic o història clínica	
605 TSI	
605.1 Retard en el lliurament	
605.2 Pèrdua, robatori o TSI deteriorada	
605.3 Tràmits dificultosos	
605.4 Dades errònies	

Títol Gestió i registre de Reclamacions escrites		
Tipus de document PROTOCOL		
Codi de document UAC-I	Revisió 5	Data 05/02/2015

Diagrama Circuit de Reclamacions.- Atenció Hospitalària



Procedimiento gestión de reclamaciones

PROCEDIMENT	DATA	VERSIO
Resposta a les reclamacions dels usuaris	10/11/08	1.2

DESCRIPCIÓ
Fase de comunicació: La Unitat d'Atenció al Client (UAC) rebra la reclamació per escrit, feta pel pacient o familiar. Quan la reclamació estigui relacionada amb infermeria, la UAC enviarà una còpia de la reclamació al supervisor/a de la Unitat o Servei i en el cas de tractar-se d'una reclamació de tracte i/o assistencial, si es coneix el nom al professional reclamat. En tots els casos s'enviarà còpia pel seu coneixement a la directora d'infermeria i directora adjunta del procés. Quan la reclamació estigui dirigida a nom d'un professional, s'enviarà a la supervisora del servei, qui signarà l'acusament de rebut per ordre i li farà arribar al interessat /da. En el cas de que el supervisor/a estigui absent (per vacances, baixa, etc) s'entregarà a la directora adjunta (secretaria) que signarà per ordre l'acusament rebut. La Secretaria de la Direcció adjunta donarà preferència a la tramitació de les reclamacions rebudes en el cas d'absència de la directora adjunta, fent-la arribar a la D. adjunta referent del procés. Fase d'elaboració: El supervisor/a de la Unitat o Servei farà el seguiment i recollirà la informació necessària per tal d'elaborar la proposta de resposta (en el cas de que sigui del torn de tarda o nit, es posarà en contacta amb els supervisors de torn). Aquesta ha de ser clara, sent desitjable que contingui accions de millora a curt, mig i llarg plaç, i s'enviarà a la seva directora adjunta. La directora adjunta donarà el vistiplau quan sigui adient i la remetrà amb registre de sortida a la UAC. Aquest període no ha de superar els 8 dies. Fase de resolució final: La UAC prepara la resposta definitiva pel pacient que en última instància signa el director assistencial del Procés, i finalment la UAC la enviarà a l'usuari. Tot aquest procés no ha de superar els 14 dies per tal de donar una resposta ràpida a l'usuari i/o familiar i complir els objectius marcats per l'ICS.
Document aprovat