

VIOLENCIA OCUPACIONAL EN UN HOSPITAL MANIFESTADA A TRAVÉS DE RECLAMACIONES

OCCUPATIONAL VIOLENCE IN A HOSPITAL MANIFESTED THROUGH CLAIMS

Gloria Gálvez Hernando*; **Clara Selva Olid****;
Josep María Blanch Ribas***

*Hospital Vall Hebron; **Universitat Oberta de Catalunya;
***Universitat Autònoma de Barcelona;
ggalvez@vhebron.net; cselvao@uoc.edu; jmbr.blanch@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 24-08-2017

Primera revisión: 24-11-2018

Aceptado: 20-12-2018

Publicado: 03-06-2019

Palabras clave

Violencia de terceros

Agresión verbal

Reclamación

Hospital

Resumen

La reorganización de los servicios públicos de salud como empresas de mercado reconfigura los roles tradicionales de paciente y profesional, así como las relaciones entre ambos. Paralelamente, emergen riesgos de violencia ocupacional de pacientes a profesionales que les atienden. El objetivo de este trabajo es identificar y describir formas de violencia ocupacional manifestadas por escrito a través de un proceso de reclamación. De los textos registrados en los formularios de reclamación de un hospital de Barcelona entre 2012 y 2017, seleccionamos n=201 casos con connotaciones claras de violencia de los que se obtuvo, además, otras documentaciones relacionadas con el caso objeto de la reclamación, como, por ejemplo, las alegaciones/respuesta a las reclamaciones. Un análisis de contenido permitió evidenciar y categorizar diferentes formas de expresión o manifestaciones de violencia. La información sobre los "motivos" declarados en la reclamación violenta complementa y matiza la obtenida mediante encuestas o entrevistas y señala factores de riesgo para una acción preventiva.

Abstract

The public health services reorganization as market companies reconfigures the traditional roles of patient and professional, as well as the relationships between them. In parallel, risks of occupational violence from patients to professionals who attend them emerge. The aim of this paper is to identify and describe written forms of occupational violence manifested through a claim process. From the texts registered in complaint forms of a hospital in Barcelona between 2012 and 2017, we selected n=201 cases with evident connotations of violence from which we obtained, in addition, other documentation related to the case that is the subject of the complaint, such as response arguments. A content analysis allowed us to evidence and categorize different forms of violence expression. The information on the declared "grounds" of the violent claim complements and qualifies what has been obtained through surveys or interviews and brings up risk factors for a preventive action.

Keywords

Third party violence

Verbal aggression

Claim

Hospital

Gálvez Hernando, Gloria; Selva Olid, Clara & Blanch Ribas, Josep María (2019). Violencia ocupacional en un hospital manifestada a través de reclamaciones. *Athenea Digital*, 19(2), e2247.
<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2247>

Introducción

Las condiciones de trabajo en los centros de salud del contexto contemporáneo experimentan profundas transformaciones derivadas de la interacción de dos vectores: por un lado, la tendencia general a la globalización económica neoliberal, a la inserción cuantitativa y cualitativa de las TIC en el entorno laboral y a la reorganización flexible

de la misma actividad laboral. Por otro, el proceso específico de implementación en los servicios públicos de modelos de organización y gestión propios de empresas de mercado (y la consiguiente imposición de nuevas prioridades) —de la mano de la *Nueva Gestión Pública* (Christensen y Lægreid, 2013)— y, muy particularmente, de los modelos hegemónicos de administración de la crisis iniciada en 2008, orientados a la reducción del déficit público y especialmente del presupuesto sanitario mediante recortes financieros y de personal. De todo ello, deriva un panorama caracterizado por la insuficiencia de la plantilla, que a su vez conlleva que el personal esté sobrecargado de tareas y con déficit de tiempo para ejecutarlas todas y bien, con jornadas laborales largas e intensas. Esta situación es caracterizable objetivamente mediante el parámetro del elevado ratio de pacientes por profesional y al tiempo es descriptible subjetivamente en términos de alta “presión asistencial” (Aiken et al., 2012; Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede y Sermeus, 2013; Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher y Blanch, 2011; Bacigalupe, Martín, Font, González y Bergantiños, 2016; Blanch, 2014; Blanch y Stecher, 2009; 2010; Blanch, Granero, Ochoa, Selva y Roldán, 2017; Buchan, O’May y Dussault, 2013; EFN, 2012a; 2012b; Eurofound, 2016). Este panorama resulta especialmente visible en el actual entorno sanitario barcelonés, donde tales políticas comportaron una minimización de las plantillas y un aumento del tiempo anual de trabajo y de los riesgos psicosociales asociados a la sobrecarga laboral (Granero, 2017; Granero, Blanch y Ochoa, 2018; Granero, Blanch, Roldán, Torralbas y Escayolà, 2017; Ochoa y Blanch, 2016).

La reorganización empresarial y mercantil de hospitales de la red pública comporta algún tipo de impacto positivo para cada centro, para el conjunto del sistema sanitario, y para la misma comunidad. La cara amable de tales cambios en las circunstancias materiales, técnicas, temporales y contractuales del trabajo refleja un nuevo contexto de oportunidades y recursos para un desempeño profesional competente y eficiente (Selva y Tresserra, 2013; 2014), así como para la mejora de la calidad de vida laboral y de la misma relación asistencial profesional-paciente. La cruz de ese incremento de medios e instrumentos de trabajo es el correspondiente aumento, aun mayor, de demandas organizacionales cuantitativas y cualitativas, temporales y técnicas, cognitivas, digitales y emocionales. Estas nuevas condiciones de sobrecarga de trabajo, caracterizadas por una demanda extensa e intensa de tarea, son ingredientes básicos del caldo de cultivo de procesos de *distrés* y de *burnout*, así como de los múltiples efectos psicológicos y organizacionales que suelen acompañarlos (Eurofound, 2012; 2016; Faller, Gates, Georges y Connely, 2011). El *burnout* emerge como resultado de la incapacidad de afrontar una sobredemanda crónica con los recursos disponibles (Bakker y Demerouti, 2017). Algunas investigaciones centradas en el campo de la prevención de tales riesgos, como la realizada por Amaia Bacigalupe et al. (2016), aportan elementos para

la evaluación de los costes económicos y psicológicos de la puesta en práctica, o no, de políticas y programas preventivos (EU-OSHA, 2014a; 2014b).

Este entorno laboral, caracterizado por una sobredemanda o sobrecarga de trabajo en forma de altos niveles de “presión asistencial” crónica (a su vez factor de riesgo psicosocial de *burnout*), constituye el marco de las recíprocas percepciones de profesionales y pacientes y de la dinámica de la misma relación asistencial. Una de las dimensiones del *burnout* es la del “cinismo”, que comporta un trato hacia los pacientes como si fueran cosas, una relación despersonalizada en circunstancias de desgaste psicológico asociado al agotamiento físico y emocional. Este síndrome conlleva también un distanciamiento respecto a los valores y normas de la organización y a las formas de trato esperables en la relación asistencial. Ese trato despersonalizado en el marco del *burnout* del profesional puede recorrer un circuito de ida y vuelta entre profesional y paciente. En este sentido, el cinismo como manifestación de *burnout* es a su vez un factor de riesgo de interacciones profesional-paciente marcadas por un déficit de respeto, tolerancia y empatía.

Cuando este entorno laboral se presenta como un servicio público de salud que funciona con criterios y patrones de empresa de mercado, el formato de la relación profesional-paciente experimenta necesariamente una metamorfosis. Nos referimos a un modo de interacción regido prioritariamente por una ética arraigada en la tradición hipocrática (primero el paciente, la salud, principios de beneficencia y de no maleficencia, etc.) que al conciliarse con la lógica del mercado y someterse también a criterios como los de productividad, eficiencia, competitividad, emprendimiento, rentabilidad, calidad total, sostenibilidad, análisis coste-beneficio, evaluación por resultados, estrategia minimax —de minimización de costes y maximización de beneficios (empresariales)— etc., deriva en una mutación del carácter y el estilo de la relación asistencial.

Tradicionalmente, el ámbito de las relaciones profesional de la salud-paciente constituyó un escenario social diferenciado y autónomo, dotado de normas y modelos de relación basadas en una “ética” sustantiva, sustentada en valores como la familiaridad, la confianza, el respeto y la credibilidad, dando lugar a unas normas de interacción cara a cara de las que derivaba una conducta entre obediente y reverente del paciente hacia el profesional. La mercantilización de este escenario ha supuesto un atentado cultural tan trascendente como el señalado por Paul Du Gay (2012) en su *En elogio de la burocracia*, refiriéndose a otro “orden de vida” colonizado también por el modelo gerencial. Dotado de sus propias normas y valores específicos, el “ethos burocrático” determinó un modelo de relaciones que produjo unos “logros morales” cuya pérdida denuncia el autor como una regresión.

La mercantilización de los valores y prácticas característicos de los servicios de salud comporta la comercialización de la asistencia sanitaria y la consiguiente conversión del estatus de profesional sanitario al de proveedor de un servicio mercantil. Asimismo, los pacientes y acompañantes son transformados a su vez en clientes y consumidores que acuden a un centro de salud como a un espacio de libre competencia, con el mismo espíritu con que acceden a un hipermercado: en busca de productos y servicios buenos, bonitos y baratos, conociendo bien las reglas del juego, los derechos y poderes de todo agente consumidor y el camino a los servicios de devoluciones y de reclamaciones, ante eventuales circunstancias de insatisfacción por el trato, la información, el producto, el servicio o cualquier otro tipo de “mercancía” recibidos.

Así pues, la calidad de la relación asistencial puede quedar afectada por el efecto combinado de diversos factores: (a) Las características generales de la relación asistencial profesional-paciente, que ya de por sí puede comportar una alta carga de actividad estresante y de exigencias emocionales y cognitivas; (b) El estado psicológico de cada profesional en proceso de quemarse por su trabajo y con propensión a dar un trato “despersonalizado” a sus pacientes en circunstancias de *burnout*; (c) La ambivalencia, las tensiones y los dilemas éticos con que debe lidiar cotidianamente todo profesional, cuando debe someterse a la vez a los protocolos organizacionales del tiempo máximo de un acto sanitario (en nombre de la eficiencia) y a los criterios técnicos relativos al tiempo necesario para un trabajo bien hecho (en nombre de la deontología profesional); y (d) La actitud, las aspiraciones y las expectativas personales de cada paciente-cliente que, además de disponer de amplia “información proporcionada por *Google*” (sobre salud, enfermedad, diagnósticos y tratamientos, derechos del paciente, etc.), acude al centro de salud como quien va al supermercado. Estos factores y su interacción encierran potenciales efectos colaterales indeseables en cuanto a las relaciones profesional-paciente, y concretamente en el campo de los riesgos psicosociales relacionados con la *violencia ocupacional externa* (la ejercida por pacientes-clientes hacia profesionales-proveedores que les atienden), un problema emergente en los servicios asistenciales de salud a escala global.

En el campo de la seguridad y salud en el trabajo, múltiples organismos internacionales y corporaciones profesionales coinciden en señalar las diversas modalidades de violencia ocupacional como problemas emergentes en los cinco continentes, especialmente en el sector de los servicios de atención al público y sobre todo en los de salud. Desde hace algunos lustros, organismos globales como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014; Schopper, Lormand y Waxweiler, 2006; WHO, 2003; 2010); la Organización Internacional del Trabajo (Chapel y De Martino, 2006); el consorcio integrado por la misma Organización Internacional del Trabajo, el Consejo Internacional

de Enfermeras, la Organización Mundial de la Salud y la Internacional de Servicios Públicos (OIT, CIE, OMS y ISP, 2002); el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2007); al igual que otros organismos como el *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH, 2002), el *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA, 2011; 2014) o el *Royal College of Nursing* australiano, vienen llamando la atención sobre la relevancia del desafío de la *workplace violence*, considerando la constelación de sus consecuencias psicológicas, sociales, laborales, organizacionales y económicas; por lo que urge cada vez más evaluar en mayor medida e interdisciplinariamente estos riesgos psicosociales para estar en condiciones de prevenirlos de un modo más efectivo. Desde entonces, no han cesado de aparecer informes dando cuenta de la gravedad de la problemática (Bureau of Labour Statistics, 2011; Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2014; EU-OSHA, 2011; 2014a; 2014b; Nedham, McKenna, Kingma y Oud, 2010; 2012; Nedham, McKenna, Odile y Oud, 2016).

En esta línea, en un informe sobre violencia y acoso en el entorno de trabajo, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA, 2011) dibuja una imagen europea del fenómeno. Este informe, se basa en datos sobre la prevalencia de la violencia y el acoso laborales, extraídos de estadísticas nacionales e internacionales del entorno europeo, así como en la recopilación de resultados de estudios científicos referidos a los antecedentes y a las repercusiones de estos problemas para los trabajadores afectados, para las empresas y para el propio país. A ese respecto, el director de EU-OSHA, Juka Takala, resumió en un comunicado de prensa recogido por Infocop (2011, último párrafo) la relevancia teórica y social del problema:

La violencia, las agresiones verbales o las amenazas a las que se ven expuestos los empleados en su trato con clientes o con pacientes constituyen problemas de seguridad y de salud esenciales. Y, en ocasiones, sus secuelas psicológicas son más peligrosas que las lesiones físicas (...) Tanto la violencia como el acoso psicológico representan serias amenazas para la seguridad y el bienestar de los trabajadores europeos y, sin embargo, tienden a quedar subestimados.

Atendiendo a su origen, la Agencia distingue un doble tipo de violencia ocupacional: (a) La *externa* o de “tercera parte” (*third-party violence*), que consiste en un acto (normalmente aislado) de agresión verbal, física, simbólica o económica ejecutado por un agente ajeno a la organización (cliente, consumidor, paciente, etc.) sobre una víctima que le está prestando un servicio profesional en su contexto normal de trabajo dentro de la organización; y (b) La *interna* (*harassment*), que incluye una larga serie de acciones reiteradas y persistentes de *acoso* (asedio) moral o sexual que sufre una persona trabajadora por parte de alguien (individual o colectivo) perteneciente a la misma

organización y con un rango que puede ser idéntico, superior o inferior. En sentido estricto, la “violencia” ocupacional propiamente dicha, remite a la forma *externa*; mientras que la *interna* abarca el campo del “acoso” (EU-OSHA, 2011). En términos generales, las diversas formas de violencia y de acoso en el trabajo remiten a cualquier tipo de incidente (único o en serie) en el cual una persona trabajadora es atacada, abusada, forzada, humillada, degradada, amenazada o asaltada en circunstancias relacionadas con el ejercicio de su profesión y por el cual resulta dañada o perjudicada en su salud y bienestar, en su seguridad e integridad y/o valor y dignidad personales (Blanch y Cervantes, 2012; 2015; Vidal-Martí y Pérez-Testor, 2015).

Atendiendo a la naturaleza y modo de manifestación del incidente, diferentes autores (Cantera, Cervantes y Blanch, 2008; Cervantes, Blanch & Hermoso, 2010; Cervantes, Cantera y Blanch, 2007) diferencian cuatro tipos de violencia ocupacional externa, que pueden aparecer por separado o en combinación: (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; y (d) *Económica* o apropiación, deterioro o destrozo de objetos y pertenencias del centro o particulares del personal que trabaja en el mismo, manipulación de instrumental de trabajo o de mobiliario de la institución. Asimismo, identifican tres tipos de estados psicológicamente dominantes en la persona que comete un acto de violencia ocupacional externa: (a) *Estrategia* o adopción racional de un comportamiento de violencia instrumental como medio para obtener un fin personal (baja médica, receta, atención inmediata, etc.); (b) *Agitación* o estado de descompensación aguda, circunstancias que limitan la capacidad de autocontrol del propio comportamiento, característico de momentos de determinadas patologías propiciatorias, como trastorno psiquiátrico, drogadicción, alcoholismo; y (c) *Frustración* o bloqueo cognitivo y emocional por incumplimiento de expectativas o insatisfacción de aspiraciones.

En la investigación empírica contemporánea sobre el tema, predominan los estudios descriptivos y correlacionales, basados en la aplicación de una única técnica de recogida de información de carácter local y monosectorial, habitualmente focalizados en alguna faceta de la violencia ocupacional (física, verbal, moral, sexual, etc.). Entre

las técnicas cuantitativas de recogida de información, destacan las encuestas de autoinforme. Las de tipo cualitativo son diversas, incluyendo entrevistas semiestructuradas, grupos focales, estudios de caso y análisis de contenido documental. Entre las fuentes de obtención de tales documentos figuran organismos públicos de ámbitos tan distintos como el laboral, el sanitario, el judicial o el policial. Entre las fuentes documentales de carácter privado, figuran las agencias relacionadas con la gestión de pólizas de seguro de accidentes (de trabajo) y de salud.

En general, los estudios sobre violencia ocupacional externa se fijan sobre todo en las interacciones cara a cara, en las cuales el comportamiento verbal agresivo suele estar omnipresente; precediendo, acompañando o sucediendo a otras formas no verbales de violencia. Pero la violencia verbal se puede dar también en circunstancias de lejanía espacial entre las instancias agresora y agredida, como acontece a través de *Whatsapp* o de las redes sociales en general. Situada en este contexto, la violencia verbal escrita tiene características especiales, al presuponerse más reflexionada y menos espontánea que la que va asociada a circunstancias de la situación y de la dinámica inmediata de la interacción cara a cara. Por lo que sigue siendo todo un continente por explorar. En este marco, el presente estudio persigue un doble objetivo general: (1) Identificar, describir y categorizar formas de violencia ocupacional manifestadas por escrito a través de expedientes de reclamación de un hospital general; y (2) Reflexionar y discutir sobre las implicaciones teóricas y las potenciales aplicaciones prácticas de la información generada.

Método

El universo de la investigación estuvo integrado por el conjunto de las reclamaciones presentadas en un hospital general ubicado en Barcelona a lo largo del período transcurrido entre el 01/01/2012 y el 01/06/2017. Esta institución archivó cada una de las reclamaciones en un expediente más general en forma de carpeta, en la que se incluyeron diversos elementos: (a) el formulario de la “reclamación” propiamente dicha; (b) la hoja de “alegaciones” por parte de las personas profesionales aludidas en la misma (en las cuales éstas dieron su propia versión de los hechos y circunstancias en las que se enmarcó la reclamación); (c) un “informe” del responsable jerárquico directo de tales profesionales (solo en los casos en que la reclamación fuera explícitamente motivada por un desacuerdo con el trato recibido por personal del centro); y (d) eventualmente, otros documentos relacionados con el objeto de la reclamación, como e-mails remitidos por las personas reclamantes al “servicio de atención al usuario” del centro, con el objetivo de formular quejas al margen de la hoja de reclamación o bien para completarla (Gálvez, 2017).

El trabajo de campo de selección de expedientes se realizó entre el 01/11/2016 y el 30/11/2017. El procedimiento de selección se desarrolló del siguiente modo:

- 1) De los 9.001 “expedientes de reclamación” acumulados a lo largo del período objeto de estudio, fueron eliminados aquellos no referidos específicamente a interacciones personales entre profesionales y pacientes o sus familiares o acompañantes; quedando finalmente 7.972 expedientes.
- 2) Cuatro jueces (dos personas miembros del equipo de investigación y otras dos personas colaboradoras) leyeron, cada cual por su cuenta, el conjunto de los 7.972 expedientes de reclamación, separando aquellos que, a su juicio, incluían expresiones de violencia.
- 3) Una vez terminado este período de lectura, se reunieron para confrontar las selecciones respectivas. Esta fase dio lugar a una selección final de 201 expedientes de reclamación respecto a los que existió un juicio unánime del conjunto de jueces en la identificación de manifestaciones de violencia por parte de personas reclamantes (pacientes, familiares o acompañantes).
- 4) En estos 201 casos (que constituyen uno de cada cuarenta expedientes de reclamación referidos a interacciones personales), una vez integrados los documentos de reclamación y de alegación, se obtuvo un total de 382 expresiones de violencia.

Mientras el colectivo de las personas reclamantes incluyó pacientes, familiares y acompañantes, el de las personas objeto de la reclamación abarcó profesionales de la medicina y de la enfermería, además de miembros de otros colectivos (personal de seguridad, administrativo y subalterno). Durante los años revisados, trabajaron en el hospital como profesionales de la medicina un promedio de 421 mujeres y de 429 hombres. En el ámbito de la enfermería, trabajaron un promedio de 1.387 mujeres y de 206 hombres.

El diseño del estudio fue de carácter mixto, incluyendo algunos elementos de análisis cuantitativo, descriptivo y transversal, y otros de carácter cualitativo, de contenido y de tipo exploratorio-descriptivo.

El procedimiento de recogida y análisis de la información se desarrolló del modo siguiente: Una vez identificados y seleccionados los casos objeto de estudio, se incorporaron uno a uno a una matriz de Excel que, salvando la confidencialidad de los expedientes y el anonimato de las personas implicadas, permitió trabajar con las siguientes variables: (a) número de caso (referencia al código de la reclamación); (b) año de la reclamación; (c) tipo de violencia referida en el conjunto del expediente (verbal, física, simbólica); (d) categorías para la organización de los contenidos; (e) tipo de documento

(reclamación, alegación, informe); (f) sector profesional aludido (medicina, enfermería, otros servicios); (g) agente de la reclamación violenta (paciente, familiar o acompañante); (h) lugar donde se produjo la violencia relatada en la reclamación (urgencias, hospitalización, consultas u otros: secretaría, farmacia, *hall* del hospital o parking); e (i) pretexto invocado para la reclamación violenta (calidad asistencial, trato recibido, alta médica, tiempo de espera, información, organización, trámites, etc.).

El análisis de la información recogida tomó en consideración la literatura revisada y la experiencia previa del equipo investigador en estudios sobre violencia ocupacional externa contra profesionales de la salud (Blanch y Cervantes, 2012; 2015). Sobre esta base, se estableció una matriz inicial de categorías y códigos *top down*, que orientó la doble tarea del qué buscar en los textos y del cómo hacerlo. Este proceso de sistematización y reducción del corpus dio lugar a una matriz inicial de 18 categorías que fueron sometidas a un proceso de reducción y agrupación en unidades superiores, dando lugar a dos metacategorías: “agresión contra la persona” y “agresión contra la imagen” de la misma, integradas por cuatro y tres categorías respectivamente. En la metacategoría “agresión contra la persona”, referida al comportamiento violento con intención de causar daño, pudiendo ser insultos o agresiones, se incluyeron las categorías: amenazar, intimidar, violentar y presionar, remitiendo a manifestaciones violentas de diferente tipo (verbal, simbólica o física). Por su parte, la metacategoría “agresión contra la imagen”, relacionada con la agresión sobre la percepción que un grupo tiene sobre un individuo y que le otorga identidad, incluyó las categorías desacreditar, descalificar e insultar (en sus formas verbal, simbólica o física). Los datos sociodemográficos recogidos permitieron realizar una caracterización de la población reclamante. 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 metacategorías y categorías definitivas, confiriendo mayor objetividad al proceso analítico.

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, después de solicitar algunas correcciones menores de la propuesta inicial, valoró su idoneidad y le dio su aprobación. En todos los lugares y momentos de recogida de información, se aplicó la normativa internacional relativa a consentimiento informado, 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). También se formalizó un compromiso de devolución de resultados al centro y de uso responsable de la información generada.

Resultados

Los 201 expedientes de reclamación investigados incluyeron 382 expresiones de violencia o referencias a actos violentos (pudiendo incluir un mismo expediente hasta cuatro expresiones distintas de violencia): 317 de las mismas 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 dirigida a una mujer y 4 a hombres). La violencia contenida en el proceso de reclamación fue manifestada directamente por pacientes en 122 expedientes de reclamación, de los cuales 112 se referían a violencia verbal, 8 a violencia simbólica y 2 a violencia física. Los familiares o acompañantes reportaron actitudes violentas en 83 reclamaciones, de las cuales 78 fueron de carácter verbal, 4 simbólicas y 1 física. Por su parte, los profesionales también manifestaron haber sido objeto de situaciones violentas en 177 alegaciones, de las cuales 127 habrían tenido carácter verbal, 48 simbólico y 2 físico. 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. Las formas de violencia verbal más utilizadas (n=145) fueron amenazas, gritos, descréditos e insultos a profesionales de la salud.

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), seguido del desacuerdo con el resultado de la asistencia (100 manifestaciones violentas; 21% del total). Entre los 201 expedientes considerados, se dieron dos casos de reincidencia en los que una misma persona (en concreto una mujer, en condición de familiar) reclamó de forma violenta. En ambas ocasiones la reclamación iba dirigida a mujeres profesionales de la medicina por la percepción de un trato inadecuado. 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 invocados (194 y 111 manifestaciones violentas respectivamente). Según consta en las memorias del hospital general escenario de la investigación, entre el primero de enero de 2012 y el primero de junio de 2017, se realizaron en el mismo en torno a 275.000 consultas ambulatorias y fueron hospitalizados cerca de 35.000 pacientes.

El estado emocional predominante en las personas que escribieron reclamaciones en términos violentos fue la “frustración”, subyacente a 238 manifestaciones violentas,

que remiten a 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), mientras que solamente en 8 ocasiones (todas ellas referidas a episodios de violencia verbal), la manifestaron personas en estado psicológico de “agitación”.

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). En el marco del período considerado, fue en el año 2014 cuando se registró el mayor número de reclamaciones generales (n=1.766) y también el de mayor cantidad de reclamaciones de carácter agresivo (n=91); de las cuales 75 estuvieron relacionadas con incidentes de carácter verbal, 14 de naturaleza simbólica y 2 con manifestaciones físicas. En 2015, se tramitaron 1.527 reclamaciones, dándose 76 manifestaciones violentas en ellas (60 verbales y 16 simbólicas).

En las tablas siguientes, se presentan los resultados cuantitativos de los cruces entre las variables “tipo de violencia” y “pretexto invocado” por sexo-género (Tabla 1) y los resultados de los cruces de las “metacategorías” y “estamento profesional agredido” también por sexo-género (Tabla 2). Seguidamente se presenta el cruce entre sexo-género del agresor por sexo-género de la víctima (Tabla 3).

Como puede verse en la Tabla 1, al cruzar el pretexto utilizado con el tipo de violencia según sexo/género, se evidencia que la violencia verbal fue la más utilizada ante cualquier pretexto (317 ocasiones). Por su parte, la percepción del trato recibido estuvo detrás del mayor número de reclamaciones violentas (n=217).

	Verbal Hombre	Verbal Mujer	Simbólica Hombre	Simbólica Mujer	Física Hombre	Física Mujer
Asistencia	41	45	5	5	3	1
Trato	65	108	18	25	1	0
Otros	29	29	1	6	0	0

Tabla 1. Tipo de violencia por sexo-género según pretexto invocado

Como se deriva de la Tabla 2, al cruzar las metacategorías (“agresión contra la persona” y “agresión contra la imagen personal”) con el estamento agredido, se evidencia que la agresión contra el estamento médico es la que predomina, con 241 manifestaciones violentas.

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

Tabla 2. Estamento de la víctima por sexo-género según metacategoría de la agresión

	Víctima hombre	Víctima Mujer
Agresor hombre	60	23
Agresor mujer	20	98

Tabla 3. Sexo-género del agresor y sexo-género de la víctima

En cuanto al sexo-género del agresor, la Tabla 3 muestra que las mujeres son las que más agreden (108 manifestaciones violentas frente a las 83 manifestaciones violentas de hombres), y que lo hacen especialmente hacia otras mujeres (98 ocasiones frente a las 20 que se dirigen a hombres). Por lo que respecta a los hombres, también agreden más a personas de su mismo sexo-género (60 ocasiones) que, en este caso, a mujeres (23 ocasiones).

Los resultados cualitativos fueron elaborados a partir de una selección de expresiones literales recogidas de las alegaciones de los profesionales o de sus superiores jerárquicos. En este sentido, a continuación se exponen organizadas de acuerdo con las dos grandes metacategorías analíticas.

Categoría	Citas
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 lo 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”.	

Categoría	Citas
Intimidar	“Van venir a demanar explicacions amb els ànims força alterats” (<i>“vinieron a pedir explicaciones con los ánimos bastante alterados”</i>).
	“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”.

Tabla 4. Citas correspondientes a la metacategoría agresión contra la persona

En la metacategoría “Agresión contra la persona” (Tabla 4), destacan frases extraídas de las reclamaciones que expresan acción de amenaza, 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”*).

Categoría	Citas
Descalificar	“Es el mundo <i>happy-happy</i> 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 <i>sintrón</i> ®”.
	“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 prémer l’alarma sense que ningú vingués” (<i>“sólo recibí insultos y agresividad (...) pulsé la alarma sin que nadie viniera”</i>).
	“Me dice que soy un <i>sinvergüenza</i> ”.
	“Insults com “puta”” (<i>“insultos como “puta”</i> ”).
	“Me cago en tu puta madre”.
	“Es una incompetente”.

Tabla 5: Citas según la metacategoría agresión contra la imagen personal

En la metacategoría “Agresión contra la imagen personal” (Tabla 5) se dan manifestaciones contra las enfermeras como “sois mujeres y por eso tenéis que hacer lo que yo diga” o insultos como “me cago en tu puta madre”.

Discusión y Conclusiones

El conjunto de los resultados expuestos pone en evidencia que el proceso global de reclamación, integrado por las reclamaciones presentadas por pacientes, familiares y acompañantes, y por las alegaciones hechas por los profesionales aludidos y eventualmente por los informes de los responsables concernidos, constituye un escenario de manifestación de violencia ocupacional. Visto desde esta perspectiva, el formulario de reclamación aparece como un instrumento susceptible de ser usado para la práctica de esta violencia.

Estos datos confirman que diversas manifestaciones de violencia verbal, como el insulto, la amenaza o la intimidación a los trabajadores de la salud, adoptan múltiples formas de expresión, dando una idea de las dimensiones de un problema cada vez más frecuente y de mayor envergadura por las repercusiones personales, organizacionales, económicas y sociales que conlleva, tal y como pone de manifiesto el conjunto de la literatura revisada, y singularmente el informe elaborado por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo que traza un “mapa” del problema en el ámbito de la Unión (EU-OSHA, 2011).

Además, está en línea con las estadísticas nacionales e internacionales de países de la UE y con los resultados de los diferentes estudios científicos en relación con los agentes precursores de la violencia, los pretextos que habitualmente se utilizan y las repercusiones que tiene para el propio trabajador y para la empresa (Blanch y Cervantes, 2012; 2015; Cantera et al., 2008; Cervantes, Blanch y Hermoso, 2010; Chappell y Di Martino, 2006; EU-OSHA, 2014a; Nedham et al., 2010; 2012; 2016).

La categoría de violencia utilizada con más frecuencia por los reclamantes fue la amenaza verbal referida a informar a la prensa o a denunciar en los tribunales. En contraste, llama la atención el hecho de que los profesionales atacados por las reclamaciones se mostraron reacios a notificar los casos de violencia de los que habían sido objeto en la Unidad de Riesgos Laborales del Hospital. Específicamente, solo en 3 de los 201 casos estudiados, tuvo lugar tal notificación.

El reclamante frustrado que percibió haber recibido un trato inadecuado fue el que con más frecuencia lo hizo de forma violenta. 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, con un volumen similar a la de hombres médicos, recibió un mayor número de agresiones. La de enfermeras, la plantilla más numerosa del centro, apareció en segundo lugar como objetivo de la violencia.

Las reclamaciones violentas en forma de queja por un “trato inadecuado por parte de algún profesional” inducen a una nueva reflexión sobre las condiciones de trabajo en que prestan sus servicios los profesionales: alto 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.

Otro importante pretexto utilizado para reclamar violentamente fue la frustración de los pacientes y familiares ante el “resultado” de la asistencia recibida. Dar malas noticias requiere 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 el que recibir malas noticias o no ver satisfechas las expectativas en relación a una enfermedad genera frustración en pacientes y familiares, resulta previsible la canalización de la misma a través de una reclamación violenta.

En números absolutos, los lugares en los que más frecuentemente se dio la violencia fueron 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 alto número de casos registrados en las consultas ambulatorias y la alta frecuencia de profesionales de la medicina implicados resulta comprensible teniendo en cuenta que éste fue precisamente el lugar donde se llevó a cabo más actividad médica (275.000 visitas en el periodo de tiempo estudiado).

El desacuerdo con el trato recibido fue el pretexto más empleado, aunque por estamentos, fueron los profesionales de la enfermería quienes más agresiones recibieron por este motivo. En relación con las dos grandes metacategorías: “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. Sin embargo, en el caso del estamento médico, desprestigiar la imagen profesional de éstos fue una forma de agresión que se repitió de forma reiterada, poniendo en entredicho su profesionalidad o utilizando comentarios humillantes para la víctima.

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 inti-

midaciones. 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, los datos expuestos sobre la preponderancia de incidentes en los que la violencia no salió del ámbito verbal son concordantes con los aportados por el conjunto de la literatura científica consultada y referenciada, en la que se destaca que en la mayoría (entre el 60 y 90% de los casos) las agresiones tienen carácter verbal; pero que a menudo anteceden, acompañan o suceden otras formas de violencia, como la simbólica o la física. En cuanto al sexo/género de la persona agredida en las reclamaciones analizadas, a pesar de que las agresiones afectan a hombres y mujeres, las mujeres estuvieron implicadas en más casos (60%), en la mayoría de los cuales la agresión provino de otra mujer (83%), hecho que también concuerda con la literatura, según la cual los hombres suelen dirigir su violencia tanto a hombres como a mujeres, mientras que ellas suelen focalizarla especialmente en otras mujeres (Blanch y Cervantes, 2015).

Coincidiendo con lo reportado en otros estudios (Gascón et al., 2009), solo una pequeña parte de los incidentes (el 1,5 %) fueron notificados a unidades de prevención de riesgos laborales. Algo similar aconteció en lo relativo al número de reincidencias (1,5 %). En cambio, a diferencia de otros informes, como el de Carles Vidal-Martí y Carles Pérez-Testor (2015), en el que se constató que las urgencias fueron los lugares donde más violencia se produjo, la violencia manifestada a través de formularios de reclamación se refirió con mayor frecuencia en las consultas ambulatorias y en las hospitalizaciones, quedando las urgencias en tercer lugar.

Más allá del comentario descriptivo de los resultados, el conjunto de la información recogida y presentada merece una reflexión de carácter más general. El panorama expuesto pone en evidencia que el nuevo escenario managerial del hospital (como el del sistema de salud en general) constituye por sí mismo un factor de riesgo psicosocial de violencia ocupacional externa. Esta circunstancia no aparece como el resultado de una causa elemental, sino de la concurrencia de múltiples vectores. Entre ellos, destaca la relativa erosión del sistema ético tradicional que regulaba las relaciones entre profesional de la salud y paciente (y sus familiares y acompañantes). Los textos de las reclamaciones de una parte y de las alegaciones de la otra ponen de manifiesto una cierta anomia en las relaciones entre ambas partes. Esta anomia se expresa de diversos modos: unas veces como ausencia de normas reguladoras de aquellas relaciones en nuevos contextos, como el de casi anonimato en las relaciones profesional-paciente, debido al cambio frecuente de la persona profesional que atiende al mismo paciente o

al tiempo de visitas cada vez más corto, una parte del cual se dedica a la lectura de los antecedentes y otra a entrar nueva información en el historial del paciente, cosa que a su vez reduce al mínimo la duración de la interacción cara a cara. En otras aparece como obsolescencia e inoperancia de viejas normas generadas en otros contextos de relaciones más personalizadas. Y en muchas otras, la crisis ética constituye una expresión de la colonización del entorno sanitario por normas vigentes en el mercado y, más concretamente, en el supermercado.

Esta crisis ética se manifiesta en una doble vertiente: por un lado, facilita una metamorfosis acelerada de las actitudes de los pacientes-clientes hacia los profesionales que les proporcionan unos servicios de salud, que aquellos llegan a percibir como si fueran bienes de consumo elegibles entre diversos proveedores. En determinados pacientes, se produce en este contexto una dilución de las fronteras entre una conducta asertiva de exigencia respetuosa de atención, información, aclaraciones o rectificaciones y la manifestación violenta de reacciones emocionales de impaciencia o de frustración, o bien la adopción estratégica de comportamientos violentos orientados a obtener metas más difíciles de alcanzar por procedimientos más normalizados. Por otro lado, este ambiente tóxico afecta a su vez al comportamiento de los profesionales de la salud, en general sometidos a unas condiciones de trabajo caracterizadas por la sobrecarga de series de tareas cognitivas, emocionales, digitales, técnicas e interpersonales, que deben ser ejecutadas en un tiempo marcado por la urgencia y la velocidad. Todo ello funciona en este personal como un relevante factor de riesgo psicosocial de burnout, que acaba manifestándose primero en forma de agotamiento físico y emocional y seguidamente acompañado de un trato despersonalizado dirigido a pacientes y a colegas, así como de una actitud de distanciamiento con respecto a los valores y normas de la organización, por déficit de energía mental para asumirlos en la práctica cotidiana.

Los textos de las reclamaciones y de las alegaciones hacen visibles ciertas carencias y deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del actual sistema de salud vigente en el entorno del centro investigado. Esta situación se resume en la distancia entre las condiciones de trabajo y el clima cultural del centro con respecto a las normas y recomendaciones emanadas de la Oficina Internacional del Trabajo (ILO, 2012) sobre “trabajo decente”, de la Organización Mundial de la Salud sobre “entornos de trabajo saludables” (WHO, 2010) y de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo sobre prevención de riesgos psicosociales en el trabajo (EU-OSHA, 2014b).

Como punto fuerte 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 institucio-

nes 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 (y, en ocasiones desde una tercera persona que aportó información complementaria al caso estudiado).

Entre sus puntos débiles figura la naturaleza transversal del estudio, en el que se pone de manifiesto la violencia ocupacional 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. En este supuesto, la más frecuente es el cambio de médico en la atención clínica del paciente agresor, 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.

En la agenda para futuras investigaciones, este trabajo plantea nuevas preguntas para triangular con otras fuentes de información de agresiones a profesionales, como el aplicativo que utiliza el servicio de prevención de riesgos laborales del centro. La comparación de sus archivos con los expedientes de reclamación nos permitirá: (a) obtener información demográfica de la víctima y comprobar si la persona agresora ha sido reincidente en otros lugares del centro o con otros profesionales, sin que se haya tramitado una reclamación; y (b) la reclamación podrá informar de agresiones que no han sido notificadas al servicio de prevención de riesgos laborales del centro.

Otro aspecto a tratar en investigaciones futuras se refiere al estudio del *burnout* como factor de riesgo de la violencia laboral hacia los profesionales sanitarios. En esta investigación se han contextualizado las complejas condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, propiciatorias de *burnout* y de la constelación de efectos que derivan del mismo en el plano de las relaciones interpersonales. En este sentido, hace falta ir más allá, con un seguimiento individualizado de la incidencia del *burnout* profesional en la calidad de las relaciones entre pacientes y profesionales de la medicina y de la enfermería.

Este estudio tiene aplicaciones futuras con propuestas de intervención-prevención de violencia ocupacional, como la de incentivar, desde las unidades de atención al paciente, la notificación de incidentes violentos a Riesgos Laborales, así como las denuncias policiales, cuando la víctima de la violencia fue una autoridad pública. Con el aplicativo de gestión de reclamaciones, se pueden detectar reincidencias y aportar información altamente valiosa para hacer propuestas de mejora a la Dirección de los centros sanitarios.

La literatura consultada subraya que 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 como las siguientes:

- 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) 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 deben ser trasladados a otra organización que no sea la suya de referencia.
- c) 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 a la instancia agresora cartas personalizadas firmadas por el máximo responsable del centro haciendo un apercibimiento de las consecuencias de su conducta.

De la investigación realizada derivan ciertas implicaciones teóricas y prácticas. Por el lado teórico, la violencia está vinculada a determinantes sociales como la gobernanza, las normas culturales y sociales, las diferencias de género, las desigualdades económicas y sociales, los cambios sociales y las oportunidades educativas. Y muy especialmente la metamorfosis de la ética reguladora de las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes y familiares. La crisis de este sistema de valores y normas deja un vacío que urge cubrir. Otro factor relevante es el deterioro de la calidad del trabajo de los profesionales de la salud, derivada de unas condiciones que lo hacen estresante, factor de riesgo de *burnout* y, consiguientemente, de trato despersonalizado en condiciones de agotamiento físico y emocional. Todos estos factores son un caldo de cultivo para la violencia ocupacional de terceros, cuya prevención requiere la amortiguación de tales riesgos. Por el práctico, de la información generada se desprenden algunas reflexiones y recomendaciones. A pesar de contar con la reciente Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, para la prevención de la violencia externa a los trabajadores considerados autoridad pública, su aplicación en la práctica es poco efectiva. 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.

Entre las principales recomendaciones 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 ley vigente y actualizarla si es necesario.
- h) Crear leyes y políticas que contemplen y prevengan los diferentes tipos de violencia.
- i) Dotar a las instituciones públicas de capacidad para la prevención de la violencia.
- j) Crear un observatorio nacional para la prevención de la Violencia Ocupacional Externa.
- k) Asignar a las inspecciones de trabajo la tarea de controlar la aplicación de las iniciativas en relación a la prevención de la violencia laboral.
- l) Combatir la infranotificación, impulsando y apoyando a las víctimas para que realicen las denuncias facilitándoles los trámites burocráticos.

De los 7.972 “expedientes de reclamación” referida a interacciones personales entre profesionales y pacientes (y familiares o acompañantes) acumulados a lo largo del período objeto de estudio (cinco años y medio), 201 casos incluyeron inequívocas expresiones de violencia. Si se mira la parte llena de la botella, se observa que “solamente” aparecieron expresiones de violencia en 1 de cada 40 reclamaciones. Si se mira desde una óptica de “tolerancia cero”, 201 casos son una infinidad.

Los expedientes de reclamación permitieron analizar la violencia ocupacional desde la perspectiva de la instancia agresora, de la agredida y, en determinados casos, desde la de otras personas implicadas.

La información obtenida corrobora, complementa y matiza la proporcionada por la literatura, al tiempo que pone de manifiesto la importancia del papel que juegan determinados factores contextuales (como la crisis de la ética de las relaciones profesional de la salud-paciente o el deterioro de las condiciones de realización del trabajo sanitario) en la génesis de la violencia ocupacional de terceros. El reconocimiento de estos factores de riesgo psicosocial es una condición básica para el diseño y la implementación de políticas efectivas en materia de prevención del riesgo de violencia ocupacional externa.

Referencias

- Aiken, Linda H.; Sermeus, Walter; Van den Heede, Koen; Sloane, Douglas M.; Busse, Reinhrd; McKee, Martin & Tishelman, Carol (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. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen & Sermeus, Walter (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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Ansoleaga, Elisa; Toro, Juan Pablo; Godoy, Lorena; Stecher Antonio & Blanch, Josep María (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*, 139, 1185-1191. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000900011>
- Bacigalupe, Amaia; Martin, Unai; Font, Raquel; González-Rábago, Yolanda & Bergantiños, Noemi (2016). Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 47-51. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.10.003>
- Bakker, Arnold B. & Demerouti, Evangelia (2017). Job Demands-Resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22, 273-285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Blanch, Josep María (2014). Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 40-47. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77830184006.pdf>
- Blanch, Josep María & Cervantes, Genís (2012). Violencia ocupacional externa como factor de riesgo psicosocial emergente en el nuevo orden hospitalario. En Elisa Ansoleaga, Osvaldo Artaza & Julio Manuel Suárez (Eds.), *Personas que cuidan Personas: Dimensión Humana y Trabajo en Salud* (pp. 197-210).

- Santiago de Chile: OPS/OMS - Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud.
- Blanch, Josep María & Cervantes, Genís (2015). Personas que cuidan personas:
profesionales de la salud como víctimas de la violencia externa. En Sonia
María Guedes Gondim & Dias Bichara (Orgs.), *A Psicologia e os desafios do
mundo contemporâneo* (pp. 175-200). Salvador de Bahia: EDUFBA.
- Blanch, Josep María & Stecher, Antonio (2009). La empresarización de servicios
públicos y sus efectos colaterales. En Tommy Wittke y Pablo Melogno
(Comps.), *Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en
la organización del trabajo* (pp. 191-209). Montevideo: Psicolibros.
- Blanch Josep María & Stecher, Antonio (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
Miguel Angel Carrillo (Coord.), *Psicología y Trabajo: Experiencias de
investigación en Iberoamérica* (pp. 88-104). Querétaro: U. A. Querétaro.
- Blanch, Josep María; Granero, Albert; Ochoa, Paola; Selva, Clara & Roldan, Juan
Francisco (2017). Calidad de vida en el trabajo de cuidado. En E. Rentería
(Comp.). *Entre lo disciplinar y lo profesional. Panorama y experiencias en
Psicología organizacional y del trabajo en Iberoamérica* (pp. 33-35). Cali:
Programa Editorial-Univalle.
- Buchan, James; O'May, Fiona & Dussault, Gilles (2013). Nursing workforce policy and
the economic crisis: a global overview. *Journal of Nursing Scholarship*. 45(3),
298-307. <https://doi.org/10.1111/jnu.12028>
- Bureau of Labour Statistics (2011). *Nonfatal Occupational Injuries and Illnesses
Requiring Days Away from Work*. U.S. Department of Labour, Washington,
DC.
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety (2014). *Violence in the Workplace*.
Disponible en: <http://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/violence.html>
- Cantera, Leonor; Cervantes, Genís & Blanch, Josep María (2008). Violence in the
workplace: The case of healthcare professionals. *Papeles del Psicólogo*, 29(1),
49-58.
- Cervantes, Genís; Blanch, Josep María & Hermoso, Diana (2010). Violencia contra
profesionales sanitarios notificada por Internet en Catalunya (2006-2009).
Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 11(1), 14-19.
- Cervantes, Genís; Cantera, Leonor & Blanch, Josep María (2007). Violencia hacia
profesionales de la salud en su lugar de trabajo. Incidentes violentos
notificados por Internet en Catalunya entre 2005 y 2007: Resultados de un
estudio piloto. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 11(1), 14-19.
- Chappell, Duncan & Di Martino, Vittorio (2006). *Violence at Work*. Geneva:
International Labour Office.
- Christensen, Tom & Læg Reid, Per (2013). *New Public Management*. Aldershot: Ashgate.
- CIE (2007). *Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo*. Ginebra:
Consejo Internacional de Enfermeras.
- Du Gay, Paul (2012). *En elogio de la burocracia*. Madrid: Siglo XXI.

- 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.
- 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*.
- EUROFOUND (2012). *Fifth European Working Conditions Survey: Overview report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EUROFOUND (2016). *Sixth European Working Conditions Survey: Overview report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- 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. <https://doi.org/10.2802/20493>
- EU-OSHA (2014b). *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
- Faller, Marcia S.; Gates, Michael G.; Georges, Jane M. & Connely, Cynthia 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. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182059492>
- Gálvez, Gloria (2017). *La reclamación como herramienta de violencia ocupacional: un estudio de la agresión verbal expresada en formularios de reclamación en un hospital general*. Tesis Doctoral sin publicar, Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2017/hdl_10803_457966/gmgh1de1.pdf
- Gascón, Santiago; Martínez-Jarreta, Begoña; González-Andrade, J. Fabricio; Santed, M. Ángel; Casalod, Yolanda & Rueda, Maria Ángeles (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. <https://doi.org/10.1179/oeh.2009.15.1.29>
- Granero, Alberto (2017). *Calidad de vida laboral de las enfermeras: Diagnóstico de situación y propuestas de mejora*. Universitat de Barcelona. Tesis doctoral sin publicar. Disponible en: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/404610/AGL_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Granero, Alberto; Blanch, Josep María & Ochoa, Paola J. (2018). Labor conditions and the meanings of nursing work in Barcelona. Condiciones laborales y significados del trabajo de enfermería en Barcelona. Condições de trabalho e significados do trabalho em enfermagem em Barcelona. *Revista Latino-*

Americana de Enfermagem, 26, e2947. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2342.2947>

- Granero, Alberto; Blanch, Josep María; Roldán, Juan F.; Torralbas, Jordi & Escayola, Ana M. (2017). Crisis en el sector sanitario: impacto en las condiciones de trabajo de las enfermeras. *Enfermería Clínica*, 27(3), 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.005>
- ILO (2012). *Decent Work Indicators. Concepts and Definitions. ILO Manual*. Geneva: International Labour Office.
- Infocop (2011). La agencia Europea alerta del aumento de la violencia y el acoso laboral. Consultado en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3316
- Nedham, Ian M.; McKenna, Kevin; Kingma, Mireille & Oud, Nico. (Eds.). (2010). *Violence in the Health Sector. From awareness to sustainable action*. Amsterdam: Kavanah.
- Nedham, Ian M.; McKenna, Kevin; Kingma, Mireille & Oud, Nico (Eds.). (2012). *Violence in the Health Sector. Linking local initiatives with global learning*. Amsterdam: Kavanah.
- Nedham, Ian M.; McKenna, Kevin; Frank, Odile & Oud, Nico (Eds.) (2016). *Violence in the Health Sector. Broadening our view –responding together*. Amsterdam: Kavanah.
- NIOSH (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.
- Ochoa, Paola J. & Blanch, Josep Maríaz (2016). Work, malaise and wellbeing in Spanish and Latin American doctors. *Revista de Saúde Pública*, 50(21), 1-14. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005600>
- OIT, CIE, OMS & ISP (2002). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo/ Consejo internacional de Enfermeras/ Organización Mundial de la Salud/ Internacional de Servicios Públicos.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Consultado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145089/1/WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf
- OSHA (2011). *Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents*. OSHA Directive CPL 02-01-052.
- OSHA (2014). *What is workplace violence?* Washington, DC: U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. OSHA.
- Schopper, Doris; Lormand, Jean-Dominique & Waxweiler, Rick (Eds.) (2006). *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*. Geneva, World Health Organization.
- Selva, Clara & Tresserra, Oscar (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.

Selva, Clara & Tresserra, Oscar (2014). Flexibilidad Global, sinécdoque de progreso.

Athenea Digital, 14(2), 197-202. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1226>

Vidal-Martí, Carles & Pérez-Testor, Carles (2015). Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España. *Revista Española de Medicina Legal*, 41(3), 123-130.

WHO (2003). *Developing National Policies on Violence and Injury Prevention*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2010). *Healthy workplaces: A WHO global model for action*. Geneva: World Health Organization.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)