



Universitat Autònoma de Barcelona

**Estudis de Doctorat en Psicologia Social
Departament de Psicologia Social**

Tesi Doctoral

**Qualitat de Vida Laboral i Riscos Psicosocials
en Professionals de la Salut catalans**

De la Pressió Assistencial a la Violència Ocupacional

Genís Cervantes

Director
Josep M Blanch

Abril, 2009

**Qualitat de Vida Laboral i Riscos Psicosocials
en Professionals de la Salut catalans**

De la Pressió Assistencial a la Violència Ocupacional

Calidad de Vida Laboral y Riesgos Psicosociales
en Profesionales de la Salud catalanes

De la Presión Asistencial a la Violencia Ocupacional

*Quality of Working Life and Psychosocial Risks
on catalan Health Workers*

From Attendance Pressure to Workplace Violence

A la meva dona Roser, als meus
fills Genís i Cristina i als meus
pares Genís i Paquita.

Sense ells no hagués estat possible
culminar aquest treball.

AGRAÏMENTS



El treball de la Tesi és fruit de moltes interaccions i col·laboracions amb altres grups de treball i comissions de les que voldria destacar:

<http://psicologiasocial.uab.es/colaborando/es>

És una xarxa internacional que integra personal docent i investigador de vàries universitats espanyoles i sud-americanes. Inicia el seu camí amb el projecte **KOFARIPS** (2007-2010) que es dedica a l'estudi de la dimensió psicosocial de l'experiència laboral, combinant investigació orientada a la teoria, perspectiva interdisciplinària i pluralisme paradigmàtic, teòric i metodològic. Enfoca especialment les complexes interaccions de canvi sociocultural, construcció de la subjectivitat, qualitat de vida laboral, riscos psicosocials en el treball i formes d'afrontament de la reorganització flexible del treball en institucions com Universitats i Centres de Salut; fet que sol comportar la colonització empresarial d'uns oasis socials que tradicionalment havien estat autònoms respecte a l'economia política de mercat, a l'anàlisi cost - benefici, a la ètica del negoci, a la pragmàtica de la gestió flexible del treball i a la retòrica sobre productivitat, eficiència, competitivitat i excel·lència.



CONSORCI SANITARI de l'Alt Penedès

La participació de l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès i la implicació de la seva junta directiva va fer possible la presentació del projecte www.violenciaocupacional.net en la 13^a Jornada de Prevenció de Riscos Laborals de la Secció d'Àmbit Sanitari de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball. Un agraïment als ponents i institucions que varen representar en l'esmentada jornada:



- ICAM, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques, Departament de Salut.
- CSCST, Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball, Departament de Treball, Generalitat de Catalunya.
- Àrea Bàsica Policial de l'Hospitalet del Llobregat, Direcció General d'Atenció Ciutadana, Conselleria d'Interior, Generalitat de Catalunya.
- Tribunal Superior de Justícia de Catalunya.
- Centre Nacional de Condicions de Treball, INSHT, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Institut d'Assistència Sanitària IAS, Girona.
- Hospital Universitari Josep Trueta, Girona.
- Associació Catalana de Gestors i Inspectors de la Salut.
- Consorci Hospitalari de Catalunya.
- COMB, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- COIB, Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.

A la Societat CatalanoBalear de Medicina Interna, a la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, a la Societat Catalana de Medicina d'Urgències, a l'Associació

Catalana de Medicina d'Emergències i al Col·legi de Metges de Lleida que donen suport al projecte d'investigació.



La Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball, associació sense afany de lucre constituïda pel foment, desenvolupament, promoció i divulgació del coneixement científic i la formació continuada de la prevenció de riscos laborals. El seu paper ha estat fonamental en el projecte de recerca www.violenciaocupacional.net



Entitat de reconegut prestigi en l'àmbit de la prevenció de riscos laborals que s'ha distingit en tota la seva trajectòria per la seva preocupació en l'estudi i desenvolupament de projectes amb tendència a establir criteris de prevenció en qualsevol àmbit laboral. La Fundació Prevent ha donat i continua donant suport a aquest projecte de recerca.

El projecte Violència vers el Professional de la Salut, prevenció, maneig i actuació post incident violent, fou tributari de la 1^a beca I+D+I de la Fundació Prevent per a la Prevención de Riesgos Laborales a l'exercici 2006.

istas21 (CoPsoQ)

Els qüestionaris, dissenyats pels professionals de la salut en Condicions de Treball, Clima SocioLaboral i Benestar Psicosocial, s'han passat conjuntament en alguns centres de salut amb el d'ISTAS21 (CoPsoQ). L'aprofundiment en el coneixement dels factors de risc psicosocial, que proporciona tant la discussió de l'informe preliminar com la posterior recerca dels orígens i possibles mesures preventives, ha estat una experiència molt enriquidora, pel que agraïm tant als representants de l'empresa com als agents socials, delegats de prevenció i els seus assessors, el diàleg ric de les moltes reunions de grup de treball de factors de riscos psicosocials, que ens han ajudat a entendre els nostres resultats.

Entre les persones concretes que han ajudat decisivament a que la tesi arribés a bon port, hi ha la Diana Hermoso, incansable i constant en la recerca de documentació i en la revisió dels manuscrits, en Pere Casas, en Rubén Ávila i en David Torrents en el suport estadístic i a tot el grup Kofarips de la UAB (La Katherina Kuschel, l'Antonio Stecher, la Paola González, el Javier López, el Marlon Xavier, la Núria Fabregó, el Joan Coll, la Neus Franquesa, el Milton Morales, Carlos Gimenez, Vanesa Gamero, Tecelli Dominguez, Leonor Cantera, Vanesa Maurente, Ali Lara ...), per la seva contribució a la recerca de dades qualitatives.

També al grup de treball de la Secció d'Àmbit Sanitari de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball, la Ramona García, el Carles Miret, la Rosa Carreras i la Cristina Abadia, com també als informàtics Àlex Gómez i Pablo de Noguera.

Voldria anomenar al meu inestimable company del Servei de Prevenció, l'Álvaro Francés, a la Teresa Cuscó, i a dos directius de centres de treball que han recolzat i permès portar a termini el treball d'investigació: en Francesc Ferrer i Ferret del Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i en Joan García i Perelló de la Corporació de Salut del Maresme i La Selva.

I finalment i en primer lloc, al professor Josep Maria Blanch, director de la tesi, amic i gran persona en tots els sentis de la paraula. Una abraçada molt forta pel seu incansable esperit de superació i suport durant els quasi 5 anys de gestació del projecte .

INDEX GENERAL

PRESENTACIÓ	11
INTRODUCCIÓ GENERAL	14
I. MARC REFERENCIAL. Escenari social i coordenades teòriques	26
1. Qualitat de Vida Laboral i Riscos Psicosocials en la pràctica professional sanitària	27
1.1. Macrocontext i megatendències de l'organització sanitària	27
1.1.1. Processos globals de reorganització <i>flexible</i> de serveis sanitaris	27
1.1.2. Dinàmica local de desenvolupament del model sanitari català i de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública)	29
1.1.2.1. El model sanitari català (breu descripció)	29
1.1.2.2. Breu història del model	29
1.1.2.3. La XHUP, Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública	31
1.2. Dimensions i indicadors de la Qualitat de Vida Laboral	33
1.3. Models de Benestar psicosocial en el treball	35
1.4. Riscos Psicosocials en professionals de la salut	37
1.4.1. El treball dens	37
1.4.2. Alerta groga: Pressió Assistencial (<i>Attendance pressure</i>)	41
1.4.3. Alerta vermella: <i>Estrès</i> i <i>Burnout</i>	44
1.5. Violències emergents en el món laboral	48
1.5.1. L'assetjament moral (mobbing)	48
1.5.2. Violència ocupacional (Workplace violence)	50

II. ESTUDI EMPÍRIC. Riscos Psicosocials en el treball de professionals de la salut catalans	56
Introducció	58
2. Qualitat de Vida Laboral i Riscos Psicosocials en professionals de la salut catalans.	59
Resum. Resumen. Abstract	59
2.1. Disseny general de la recerca i objectius	62
2.1.1. Generals	63
2.1.2. Específics	63
2.2. Mètode	64
2.2.1. Procediment	64
2.2.2. Població i Mostres	66
2.2.3. Instruments	67
2.3. Resultats	70
2.3.1. Estudi en dos temps (2003/2008) “Hospital Central” (HC)	70
2.3.1.1. Condicions de Treball, Clima Sociolaboral i Benestar Psicosocial. Mostra HC 2008	70
2.3.1.1.A. Puntuacions de les escales segons variables censals	70
2.3.1.1.B. Observacions puntuals sobre les diferents escales	82
2.3.1.2. Tendències evolutives a l’HC de Temps-1 i Temps-2	86
2.3.1.1.A. Puntuacions ítem a ítem de l’escala de CT	88
2.3.1.1.B. Puntuacions ítem a ítem de l’escala de CSL	90
2.3.1.1.C. Balanç descriptiu de les observacions	91
2.3.2. Mostra XHUP 2006	95
2.3.2.1. Població i mostra XHUP	95
2.3.2.2. Comparació de mitjanes HC 2008 i XHUP 2006	97
2.3.2.3. Balanç descriptiu de les observacions sobre les mostres 2003, 2006 i 2008	99
2.3.2.3.A. Aspectes generals	99
2.3.2.3.B. Observacions sobre aspectes concrets de variables censals	100
2.3.2.4. Present i futur percebuts del treball per la mostra 2009	103
2.4. La Pressió Assistencial, de 2003 a 2009, un problema crònic	121
2.4.1. Dades de la mostra de l’HC 2003	121
2.4.2. Dades de comparació quantitatives entre mostres 2003/2008 de l’HC	125
2.4.3 Dades mostra 2006	127
2.4.3.1. Satisfacció en el treball	127
2.4.3.2. Síntomes cognitius d’estrès	127
2.4.3.3. Síntomes conductuals d’estrès	128
2.4.3.4. Síntomes somàtics d’estrès	128
2.4.4. Dades qualitatives sobre pressió assistencial, mostres 2003 i 2009	129

III. VIOLÈNCIA OCUPACIONAL. (Workplace Violence)

133

Resum. Resumen. Abstract	135
3.1. Introducció	138
3.2. Mètode	139
3.2.1. Procediment de recollida d'informació	139
3.2.1.1. Creació d'un Grup de Treball	139
3.2.1.2. Constitució i posta en marxa de les COPREVI	139
3.2.1.3. La Web. www.violenciaocupacional.net	140
3.2.1.4. La Notificació d'Incidents violents	140
3.2.2. Instrument de Notificació d'Incident Violent (NIV)	141
3.2.3. Població i Mostra	143
3.3. Resultats	144
3.3.1. Dades generals	144
3.3.2. Dades creuades per variables censals	145
3.3.2.1. Per Sexe	145
3.3.2.2. Per Edat de la persona treballadora agredida	145
3.3.2.3. Per Antiguitat de la persona treballadora agredida	146
3.3.2.4. Per Reincidència de la persona agredida	146
3.3.2.5. Per Divisió assistencial de la persona agredida	147
3.3.2.6. Per Tipus de contracte de la persona agredida	147
3.3.2.7. Segons si ha rebut o no formació específica la persona agredida	148
3.3.2.8. Segons la preparació de la persona agredida	148
3.3.2.9. Segons tipus de centre a on treballa la persona agredida	149
3.3.2.10. Segons lloc a on es produeix l'agressió	150
3.3.2.11. Segons el torn a on es produeix l'agressió	151
3.3.2.12. Segons el sexe de la persona agressora	151
3.3.2.13. Segons la relació persona agressora / agredida	151
3.3.2.14. Segons l'edat de la persona agressora	152
3.3.2.15. Segons si la persona agressora és reincident o no	152
3.3.2.16. Segons si la persona agressora té patologia propiciatòria o no	153
3.3.2.17. Segons la quantitat de persones agressores	153
3.3.2.18. Segons tipus d'agressió	154
3.3.2.19. Tipologia de l'agressió física	156
3.3.2.20. Tipologia de l'agressió verbal	157
3.3.2.21. Tipologia de l'agressió simbòlica	158
3.3.2.22. Tipologia de l'agressió econòmica	159
3.3.2.23. Possible causa propiciatòria	160
3.3.2.24. Intervenció immediata en situació de crisi	161
3.3.2.25. En cas d'intervenció, agent que ho fa en la situació de crisi	162
3.3.2.26. Intervenció diferida post incident violent	164

3.3.2.27. Tipologia de conseqüències físiques o psicològiques inicials sobre la persona treballadora agredida.	165
3.3.2.28. Tipologia de conseqüències laborals inicials sobre la persona treballadora agredida.	166
3.4. Discussió	167
IV. BALANÇ, CONCLUSIÓ i AGENDA	171
REFERÈNCIES	184

PRESENTACIÓ

La medicina i la psicologia escurcen les distàncies entre la ciència pura i la societat. L'aplicació dels coneixements científics per a la salut humana és un aspecte fonamental en la pràctica clínica, i els professionals de la salut i la psicologia som uns agents claus per a transmetre aquests coneixements a la societat... però aquesta no és una tasca senzilla, doncs acompanyant als coneixements, també hi posem les nostres experiències, sentiments, i la nostra interpretació que fem dels éssers humans als que atenem en moments de por, ansietat, dubte o desconeixement, per això el professionalisme està en el voler donar als nostres pacients allò que ells necessiten en un concepte molt més ampli del que és salut. En el meu sector, el fet que aquests treballadors siguin els propis professionals de la salut, fa que el repte sigui encara més apassionant.

Com a responsable del Servei de Prevenció de Riscos Laborals, metge especialista en medicina del treball, i responsable de la disciplina preventiva de vigilància de la salut de 3 centres de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya) he pogut avaluar les conseqüències perjudicials sobre la salut o el benestar dels professionals sanitaris, derivades d'una situació amb unes condicions psicosocials adverses o desfavorables. Aquestes poden ser de caire psiquiàtric (l'ansietat, els trastorns depressius, etc.), de caire psicosomàtic (cefalees, miàlgies, artràlgies, etc.) o fins i tot orgàniques (cardiovasculars, per exemple).

Com a responsable de la disciplina preventiva de psicologia social d'11 centres de salut de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya), és una responsabilitat i una satisfacció avaluar els aspectes que fan referència a les condicions de treball que es troben presents en el nostre medi, i que estan directament relacionades amb l'organització, el contingut del treball i la realització de la pròpia tasca, i que tenen capacitat per afectar tant al desenvolupament del treball, com al benestar i a la salut dels treballadors.

Però, que puc fer en aquesta doble vessant de la medicina i la psicologia social aplicada?

Des del punt de vista preventiu, tot i la creixent preocupació pels aspectes de prevenció i salut laboral, és summament difícil fer participar, i molt més encara implicar als professionals de la salut en polítiques preventives. El cert, és que des de l'aparició de la Llei de Prevenció de Riscos Laborals 31/1995 i el Reial Decret 39/1997, Reglament dels Serveis de Prevenció, són poques les empreses del sector sanitari que hagin desenvolupat la legislació en el seu sentit més ampli.

Aquesta reglamentació obliga a integrar la prevenció de riscos laborals en el sistema de gestió general de l'empresa, en el seu conjunt d'activitats i en tots els nivells jeràrquics, a partir de l'aplicació d'un Pla de Prevenció que inclogui l'estructura organitzativa, les responsabilitats, les funcions, les pràctiques i els recursos necessaris per desenvolupar-la. La realitat però, es que les empreses del sector sanitari, tot i considerar al treballador com l'actiu més important de la seva organització, no han tingut la cultura històrica de la prevenció i salut laboral entre els seus eixos principals, amb assumpció de funcions i responsabilitats a cada nivell jeràrquic dels diferents aspectes de la prevenció de riscos laborals.

També cal tenir en compte el fet que la formació dels professionals, ja des d'estudiants, passant per la diplomatura en cas d'infermeria o la residència en el cas dels metges, està pràcticament orientada en la seva totalitat a l'atenció al pacient, sent quasi inexistent els aspectes de protecció de la seva pròpia salut.

Els mateixos protocols de prevenció de riscos laborals i els de promoció de la salut que són plenament acceptats, e incluiu aconsellats als seus pacients, no són a vegades ni tant sols llegits i molt menys assumits pels professionals de la salut, com si un escut protector tinguessin. Hi ha un fons per això, que té a veure amb lo difícil que és per un professional de la salut adoptar el rol del pacient. Aquest és un fet més manifest en els metges/metgesses, que els hi és molt més difícil ser "metge-pacient" que "pacient-pacient".

Una de les motivacions doncs més importants d'aquesta tesi, és aportar una investigació que estudia la relació entre diferents factors de risc psicosocial i la possible repercussió sobre la salut i la qualitat de vida de professionals, tot avaluant i creuant les diferents variables censals, estudiant especialment les desigualtats de gènere tenint en compte la creixent feminització de la professió.

D'altra banda, i a raó de la XIII Jornada de Prevenció de Riscos Laborals a l'àmbit sanitari organitzada per l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, hem posat en funcionament un novedós sistema de notificació d'incident violent per Internet, www.violenciaocupacional.net, que fa evident aquest creixent i preocupant fenomen emergent. L'anàlisi descriptiu de la casuística generada a partir de la notificació, ens permet avaluar les característiques i les diferents variables que hi intervenen, els factors propiciatoris dels incidents violents, i els perfils psicosociològics de les persones agressores i agredides. El coneixement de la incidència d'aquest fenomen i les seves variables, és bàsic per a la projecció de futures actuacions preventives que caldrà adaptar-les a cada tipus d'entorn.

Des del punt de vista assistencial, però, tant o més important que la prevenció primària, és conèixer quins són els factors de risc que predisposen a l'aparició de símptomes i signes abans que aquests hagin vist la llum, i buscar uns indicadors mesurables en el temps que ens permetin predir el seu debut. Així, una de les nostres prioritats es detectar, com més aviat millor, l'aparició dels primers símptomes de malaltia, patiment mental o conducta patològica en els professionals. És un repte tan difícil com el preventiu.

És un fet conegut que els professionals de la salut es comporten d'una manera substancialment diferent a la que recomanen als seus propis pacients quan pateixen dolences de salut. Habitualment, els comportaments i actituds són ben diferents i a vegades fins i tot contradictoris, si es comporten com a sanitaris respecte a com ho fan com a pacients. Les conductes són diverses, des de la negació o minimització del procés de malaltia a l'ocultació, com si el problema fos una debilitat, un signe de vulnerabilitat.

En el cas dels metges i metgesses, i segons l'estudi de Rohlfs, Arrizabalaga, Artacoz, Borrell, Fuentes i Valls "*Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya*" editat per la Fundació Galatea al novembre de 2007, la majoria dels estudis consultats sobre la utilització de serveis de salut per part de metges i metgesses, posa de manifest que aquests professionals utilitzen menys els serveis sanitaris formals que la població general.

La meua experiència, compartida amb altres metges del treball de centres de salut, és que és difícil d'establir una relació metge - pacient normal quan aquest pacient és un sanitari; i si el problema és de caire psicosocial, encara és més difícil. Ací si sumem una certa i preocupant falta de credibilitat atribuïda al professional d'aquest camp, aquesta desconfiança porta al personal sanitari atès a buscar, més que qualsevol altra pacient, segones i terceres opinions.

És habitual la consulta informal als companys o persones del mateix centre de salut o altres per col·leguisme i autoprescripció. Un estudi del Col·legi de Metges de Barcelona fet a l'any 2001 (Bruguera, Hurí, Arteman, Grau Valldosera, i Carbonell) exposa que el percentatge de metges que no tenia una història clínica oberta era d'un 48%, que un 47% no efectuava les revisions periòdiques de salut que ofería el centre de treball, i que un 52% no seguia les indicacions del professional al que havia consultat. Aquestes dades, no han variat pràcticament gens en la meua experiència com a metge del treball a centres de salut des de gener de 1999, amb la única excepció dels metges adjunts de nova incorporació, amb assistència a l'examen de salut inicial del 62% en una primera visita, i de seguiment en 2^a visita del 51,2%. Aquesta xifra es sensiblement superior a la divisió d'infermeria, amb una assistència en visita inicial del 79,8% i de seguiment del 69,2%. Un altre resultat rellevant de l'estudi de Bruguera et al. (2001) és que un 82% dels metges i metgesses s'automedicava. Aquest estudi assenyala a les seves conclusions que *“una elevada proporció de metges adopta actituds inadequades en relació amb la cura de la seva salut, el que fa recomanable una reflexió en la pròpia professió sobre la necessitat de canviar aquests comportaments”*.

Amb excepció comentada dels exàmens de salut inicials, després de la incorporació, oferts des de recursos humans a la signatura del contracte, la citació a una agenda en hora i dia concret, el fet d'esperar-se a la sala, la programació per a realitzar proves diagnòstiques, etc. els resulta molt difícil, i encara els és més complicat seguir les indicacions terapèutiques o preventives que se'ls ha prescrit. I no cal oblidar que la importància de la salut dels professionals sanitaris, tant la física com la relacionada amb l'equilibri psicològic i afectiu, i tant a nivell individual com de grup, és fonamental per a poder oferir a les persones usuàries de la sanitat una atenció de qualitat i evitar errors.

INTRODUCCIÓ GENERAL

L'atenció sanitària és una professió amb un fort compromís social i personal que comporta una gran implicació en el treball, tant a nivell personal com de responsabilitat professional.

Aspectes com la *motivació* personal pel treball, la *satisfacció* per la tasca feta i la *realització* professional són clàssicament molt valorats per als professionals de la salut pel que fa a condicions de vida i treball. En el mateix grau positiu de valoració hi entren aspectes de Clima SocioLaboral com el *reconeixement de la tasca feta* per altres companys i la *personalització en les relacions humanes*, tant pel que fa a l'usuari de la sanitat com per a companys i càrrecs.

Però les persones que treballen com a professionals en el camp de la salut estan, i cada dia més, sotmeses a pressions i amenaces d'origen divers, com la complexificació, diversificació i increment tant quantitatiu com qualitatiu de la demanda externa de serveis sanitaris. Aquesta *pressió assistencial* s'intensifica per la creixent desproporció entre la demanda i l'oferta de serveis sanitaris, així com per la permanent exigència interna de productivitat, competitivitat, eficiència i rendibilitat, amenaçant la consolidació dels factors d'excel·lència organitzacional, que avui dia s'impulsen com autèntiques prioritats des de les institucions.

A aquestes amenaces, s'hi suma actualment la manca de professionals en el sector sanitari, tant de personal mèdic com d'infermeria. Aquest aspecte repercuteix de forma important en l'esforç addicional que en alguns serveis s'ha de fer per part de tots els professionals, tant per realitzar l'activitat en alguns casos com per mantenir la prestació dels serveis en altres.

Mentre aquest factor de la pressió assistencial estigui relativament compensat per altres aspectes positius de les condicions materials, tècniques i socials de treball en els hospitals, la problemàtica es manifestarà més en el nivell del sobre esforç, el cansament, l'esgotament i el desgast físic i psicològic dels professionals que en la institució i el sistema, des d'on se'l pot seguir considerant com una problemàtica de "mitjana intensitat". No obstant, el model teòric del *burnout* no dona gaire peu a l'optimisme de cara al futur: en la mesura en que es dona vasocomunicació entre els diferents components del síndrome, l'esgotament per pressió assistencial pot facilitar la deshumanització del tractament a pacients i col·legues, i els sentiments d'alienació o desrealització professional, donant lloc a una espiral negativa, tant en el pla personal com organitzacional. En altres termes, els contextos laborals que comporten alts nivells de risc psicosocial amenacen també l'estabilitat i qualitat del mateix sistema.

Tanmateix, la irrupció de nous fenòmens com la violència de l'usuari de la sanitat vers el professional de la salut representa un nou factor de risc psicosocial que, fent sinèrgia amb les altres amenaces esmentades, posen en perill el desenvolupament saludable de les funcions i responsabilitats dels professionals de la salut.

En la present investigació es tracta d'avaluar alguns dels factors que incideixen sobre la qualitat de vida laboral i el benestar psicosocial en el treball dels professionals de la salut catalans. D'una banda, s'estudia la contribució que hi fan les condicions de treball i el Clima SocioLaboral, que també inclouen elements de risc psicosocial, i d'altra, es fa atenció especial a un factor de risc emergent: la violència ocupacional.

La **figura 1** esquematitza l'articulació d'alguns dels principals conceptes treballats a la tesi.

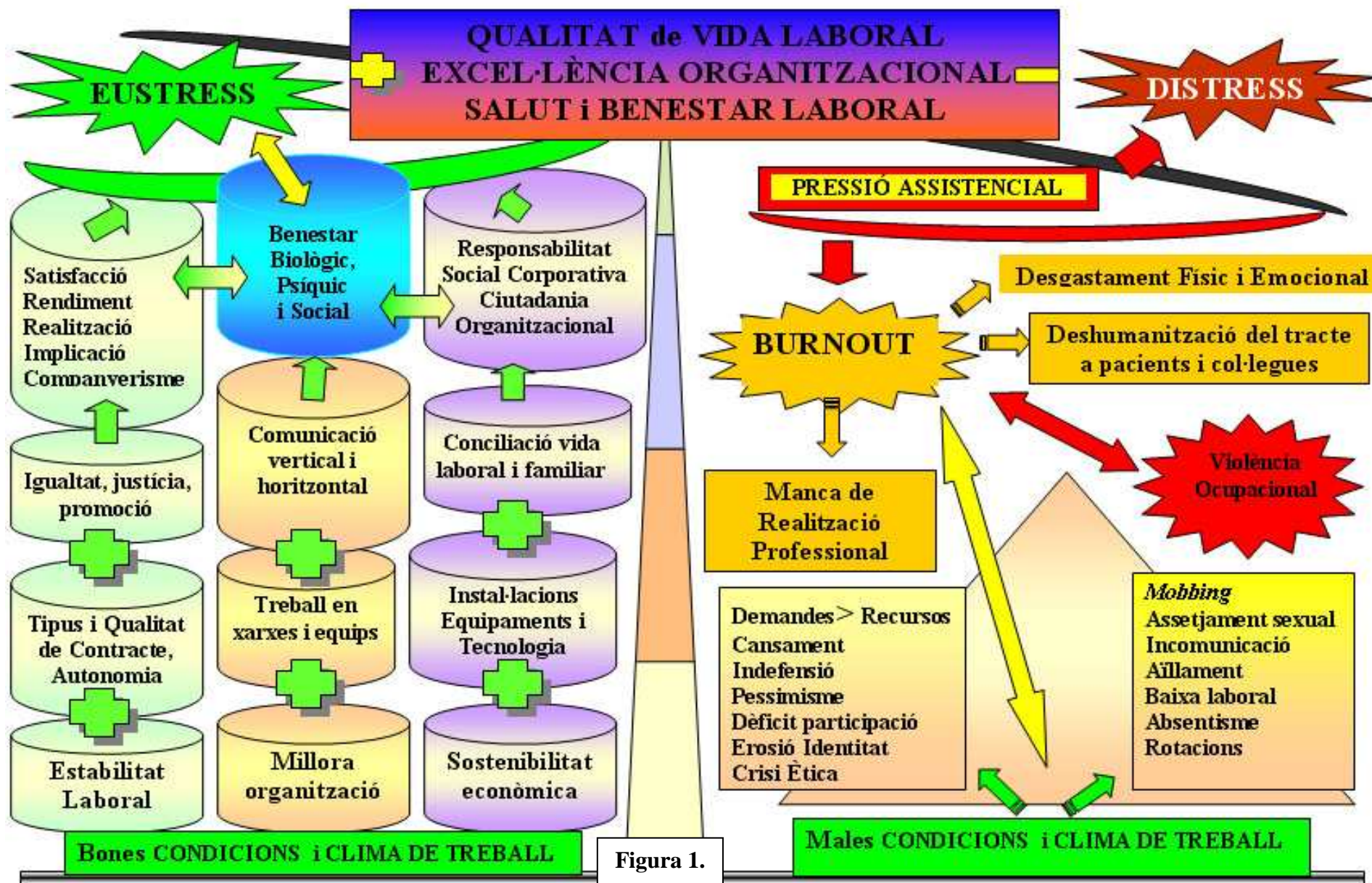


Figura 1.

Aquesta tesi integra recerca empírica feta en l'àmbit de diferents centres de salut catalans durant tot el sexenni comprès entre 2003 i 2009 (**veure la Taula 1**), seguint sempre el fil conductor de la qualitat de vida laboral, del risc psicosocial i la violència ocupacional. S'han fet estudis longitudinals en dues etapes en un mateix centre i diversos talls transversals en múltiples altres centres de la Xarxa d'Utilització Pública de Catalunya (XHUP) de les províncies de Barcelona i Girona, buscant la comparació i la generalització dels resultats. Finalment, en l'estudi sobre violència ocupacional, s'abasta un conjunt amplíssim de la xarxa hospitalària catalana.

A la recerca es combinen diverses eines, tècniques i estratègies de recerca, sempre escollides en funció de les característiques de l'objecte a investigar: entrevistes semiestructurades en estudis de camp exploratoris, enquesta autoaplicada de paper i llapis, combinant escales i sèries d'ítems tancats, que aporta informació numèrica, amb conjunts de preguntes obertes, que aporten informació textual i qualitativa, que complementa i matisa la quantitativa. A més, inclou la informació produïda mitjançant la creació i posada en marxa de la Web www.violenciaocupacional.net, que és una innovació metodològica i tècnica no només a escala catalana, sinó també global, i que aporta informació rellevant no només en el seu aspecte quantitatiu, sinó també en el qualitatiu. En aquest registre on-line de violència ocupacional per Internet, hi participen dotzenes de centres sanitaris on hi treballen desenes de milers de professionals de la salut. El registre, que en el nostre treball avalua la incidència en el període 2005-2009, a més de valorar perfils tant de persona agressora com persona agredida, fa una avaluació detallada de l'incident violent i una primera aproximació a l'impacte futur de l'incident sobre la tasca assistencial i sobre la qualitat de vida laboral. També avalua si els grups professionals més desfavorits per les condicions de treball coincideixen amb els més afectats per la violència ocupacional.

En resum, la tesi s'ocupa de la salut, el benestar i la qualitat de vida laboral dels professionals sanitaris com a part indivisible de la qualitat dels serveis assistencials i del funcionament intrínsec de les institucions sanitàries. En aquest sentit, està en la línia de l'afrontament de qüestions que estan irrompent amb gran força en l'àmbit dels sistemes organitzatius sanitaris dels països més avançats i a escala global. En conjunt, la informació que aporta aquesta investigació té implicacions teòriques i pràctiques. El panorama que analitza i que descriu, combinat amb les referències comparatives que hom ha obtingut de la revisió de la literatura, configura un conjunt de qüestions alhora preocupants i desafiants per als professionals de la salut de Catalunya i per a la mateixa sanitat catalana.

Taula 1. Esquema del treball empíric realitzat

MOSTRA	n	POBLACIÓ	OBJECTIU	DISSENY	TÈCNIQUES	MOSTREIG
2002-03	39	HOSPITAL central de referència	Construcció indicadors	Qualitatiu	.Entrevista Semi estructurada	Intencional Informants - Clau
	130	HOSPITAL central de referència	. Avaluació de Qualitat Vida Laboral: (Condicions Treball i Clima Sociolaboral.) i . Risc Psicosocial (Pressió Assistencial, Burnout, Mobbing)	Mixt: Quantitatiu +Qualitatiu	. Qüestionari propi d'autoaplicació individualitzada	Aleatori Estratificat
2006	1.677	Mostra heterogènia de centres de salut integrats a XHUP(*)	Avaluació de Condicions Treball i Clima Sociolaboral.	Quantitatiu	. Qüestionari propi . Qüestionari PSQ Cat21	Aleatori Estratificat
2008	226	HOSPITAL central de referència	Avaluació de Condicions Treball, Clima Sociolaboral i Benestar Psicosocial.	Mixt: Quantitatiu +Qualitatiu	. Qüestionari propi . Qüestionari PSQ Cat21	Aleatori Estratificat
			Avaluació de Risc Psicosocial (Pressió Assistencial)	Qualitatiu	Grup Discussió	Intencional
2009	154	HOSPITALS del Barcelonès	Avaluació de Condicions Treball, Clima Sociolaboral i Benestar Psicosocial.	Mixt: Quantitatiu +Qualitatiu	Qüestionari propi d'autoaplicació individualitzada	De Conveniència Estratificat
2005-09	1.909	60 centres de SALUT de tota Catalunya, de les 4 províncies i de tots els àmbits de salut	Avaluació de Prevalença, tipologia, característiques i circumstàncies de Violència ocupacional, de pacients, familiars i/o acompanyats vers el professional de la salut.	Mixt: Quantitatiu +Qualitatiu	Qüestionari propi d'autoaplicació Individualitzada on-line per internet. Notificador assignat a cada centre de salut. www.violenciaocupacional.net	Població Total dels Casos Notificats a la Web per <i>Notificador</i> assignat pel Centre

(*) XHUP, Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública. La mostra està composta per una mostra heterogènia de 15 centres de salut: 3 Hospitals d'aguts, 7 Centres d'Atenció Primària (CAP), 3 Centres Sociosanitaris, 1 Xarxa de Salut Mental i 1 centre de Serveis Centrals no assistencials.

Preguntes d'investigació

Com a primer pas de la recerca, hom es planteja un seguit de preguntes, que guiaran el procés general del treball:

1. Quines circumstàncies i combinació de variables incideixen significativament sobre la qualitat de vida laboral dels professionals de la salut de Catalunya?
2. Quins factors de risc psicosocial figuren entre els declarats per aquests professionals com a més determinants del seu nivell de benestar laboral?
3. ¿Com són viscudes i valorades les condicions i les formes d'organització del treball, la nova cultura de la gestió i el clima social dels centres de salut?
4. Quin és el nivell de pressió assistencial percebut en aquests àmbits?. Amb quines estratègies i pràctiques individuals i col·lectives afronta el professional de la salut la demanda organitzacional i assistencial?

Pel que fa als factors de risc psicosocials emergents i que amenacen fortament la qualitat de vida laboral del professional de la salut:

5. Quina és la prevalença i la tipologia de la violència ocupacional dels diferents àmbits assistencials catalans?
6. Quines són les característiques dels incidents violents, les circumstàncies de la seva producció i els perfils psicosociològics de les persones implicades en aquesta problemàtica de risc psicosocial emergent i rellevant a Catalunya?

Hipòtesis

En la present investigació, s'hi combinen diverses intencions, que tenen a veure amb el grau de coneixement preexistent, de caràcter més o menys sistemàtic o fragmentari, puntual en el temps o local en l'espai, actualitzat i generalitzable, sobre els temes de les preguntes. Un estudi de l'estat de la informació científica disponible, de caràcter global o d'àmbit europeu, espanyol o català, indueix a adoptar diverses actituds davant les qüestions plantejades: en uns casos, hi ha prou informació contextual, prou precedents i prou evidència quotidiana com per a establir hipòtesis de partida amb un mínim risc d'error.

Primera hipòtesi: La pressió assistencial serà percebuda com intensa per tots els col·lectius investigats.

Ací es tracta de veure quant intensa és i com s'afronta.

Pel que fa a altres tòpics, com els relatius a condicions de treball i a clima social en general -components centrals de la qualitat de vida laboral-, hi ha indicis previs a la mateixa recerca que fan pensar que el personal sanitari acumula arguments per a posar en ambdós plats de la balança.

Segona hipòtesi: Hi haurà una combinació de judicis de valor de signe positiu i negatiu concernents a condicions de treball i a clima social. De manera que l'interès de la present recerca es centra en avaluar-ne intensitats, signes i tendències.

En relació a factors de risc psicosocials específics, com els relacionats amb la violència en el lloc de treball, la informació global i local disponible abans d'aquesta recerca dóna peu per a pressuposar que la violència ocupacional constitueix un factor de risc psicosocial que afecta el benestar psicològic i la qualitat de vida personal i laboral del personal sanitari català. Per tant, no es tracta de demostrar allò que es dóna per obvi.

Fins ara, la informació epidemiològica del tema ha estat habitualment obtinguda mitjançant l'aplicació de la tècnica d'enquesta que, com totes, té avantatges i

limitacions a l'hora de la seva aplicació: en un tema com aquest, l'enquesta, alhora que aporta informació rellevant i verificable, inclou una alta probabilitat de biaix d'autoselecció del personal més afectat o sensibilitzat pel tema; cosa que convida a posar entre parèntesi la generalitzabilitat de les dades sobre freqüències i percentatges.

El procediment metodològicament i tècnicament innovador aplicat en aquesta recerca no dona peu per a establir hipòtesis precises sobre freqüències o percentatges de resposta esperades, ja que fins el present no hi ha experiència prèvia ni paral·lela rellevant. El que es sap per altres estudis és que hi ha una quantitat notable i variable d'incidents que no es recullen per les enquestes. I que hi ha encara una altra important quantitat d'incidents, la informació dels quals no transcendeix l'àmbit del seu escenari més immediat. Ací doncs, davant del fet que només es rep informació d'una persona tècnica especialitzada per centre, autoritzada pel mateix per a donar part d'incidents de violència ocupacional, que s'hi ha esdevingut i que han arribat a transcendir a les instàncies del mateix centre competents en la matèria, l'investigador no pot adoptar una altra actitud que la que tindria davant una caixa de sorpreses. Ací no es tracta de demostrar el verificar hipòtesis sobre dades quantitatives referents a prevalença, més aviat cal explorar què passa, sabent que el que passi serà prou interessant de conèixer. Això no obstant, i atesa la informació científica disponible en la literatura, hom parteix d'un seguit d'expectatives de resultats a la confirmació de les quals pot contribuir aquesta recerca.

Tercera hipòtesi: La violència ocupacional constitueix un factor de risc psicosocial que es farà visible en taxes d'incidència quantitativament i qualitativament rellevants.

Quarta hipòtesi: Alguns dels motius invocats per les persones agents de la violència com a justificació de la seva conducta violenta remetent a fenòmens i processos organitzacionals (informació, assistència, temps d'espera, tractament, etc.). En la mesura en que es confirmi la informació sobre aquest punt, pot donar pistes de cara a pràctiques preventives dirigides a afrontar els elements recurrents en la agressió a professionals de la salut.

Quinta hipòtesi: En general, el personal de serveis sanitaris víctima d'incidents violents en el seu treball no ha estat prou dotat per la seva organització de les competències ni de la formació i preparació necessàries per a la gestió de situacions potencialment conflictives i que comporten risc d'activació d'incidents violents. Una confirmació d'aquesta hipòtesi donaria motius renovats per a reforçar la prevenció també en aquest punt.

Objectius de la recerca

1. Generals

Examinar aspectes generals rellevants de la qualitat de vida laboral i dels factors de risc psicosocial en l'àmbit del treball assistencial i no assistencial de la sanitat catalana (hospitalària, ambulatoria, socisaniària i salut mental), i particularment del de la pressió assistencial, atenent a les valoracions que fan professionals de la salut de Catalunya integrats a la XHUP, Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (a) de les condicions de treball del seu centre, del clima social que s'hi respira (b) de l'impacte psicosocial d'aquest entorn de treball i (c) de les estratègies i pràctiques d'afrontament individual i col·lectiu de la demanda organitzacional i assistencial.

Avaluar la prevalença i la tipologia de la violència ocupacional com a factor de risc psicosocial emergent i rellevant a l'àmbit sanitari català, mitjançant el sistema informatitzat de Notificació on-line d'Incidents Violents (NIV), www.violenciaocupacional.net, examinant les característiques d'aquests incidents, les circumstàncies de la seva producció i els perfils psicosociològics de les persones implicades.

2. Específics

2.a. Epistemològics i Teòrics

- Elaborar un marc de referència teòric per a l'estudi dels processos contemporanis de la pressió assistencial i de la violència ocupacional en l'àmbit sanitari català.
- Sistematitzar informació disponible sobre pressió assistencial i violència ocupacional .
- Descriure i comprendre, mitjançant el recurs a fonts secundàries, les coordenades del macrosocial i de les mega tendències històriques en el món del treball en general i de l'àmbit laboral sanitari en particular que permetin

contextualitzar els fenòmens i processos observables en l'entorn laboral sanitari català contemporani.

- Construir un mapa significatiu de dimensions rellevants de l'experiència laboral del personal sanitari que treballa a centres de salut catalans.
- Identificar variables clau del procés de retroalimentació recíproca entre el model d'organització flexible del treball sanitari i l'experiència laboral del personal assistencial i no assistencial.
- Actualitzar i reforçar el potencial de les categories d'anàlisi "pressió assistencial" i "violència ocupacional" de cara a la comprensió de l'experiència laboral del professional de la salut que treballa a centres de salut catalans.
- Aportar elements per a una reflexió autocrítica sobre els factors organitzacionals de risc psicosocial presents en el model vigent d'organització del treball sanitari als centres de salut catalans.

2.b. Metodològics i tècnics

- Aplicar conjuntament tècniques quantitatives i qualitatives de recollida i tractament d'informació, generant sinèrgies positives del procés.
- Construir, aplicar i avaluar uns indicadors psicosocials i unes eines d'avaluació d'aspectes rellevants de la qualitat de vida laboral als centres de salut catalans.
- Dissenyar i posar en marxa eines informàtiques per a facilitar la implementació on-line dels qüestionaris, tot respectant els principis de confidencialitat i anonimat.
- Desenvolupar, consolidar i ampliar l'àmbit d'implementació de la Web www.violenciaocupacional.net, un model de sistema informatitzat de Notificació on-line d'Incidents Violents (NIV) al conjunt dels centres sanitaris de Catalunya, que participen voluntàriament en el projecte.
- Desenvolupar la Web <http://www.setfile.org/climalaboral/index.php?le=3> com a sistema informatitzat de complimentació de les enquestes de Condicions de Vida i Treball, Clima Sociolaboral i Benestar Psicosocial al conjunt dels centres sanitaris de Catalunya.

2.c. Empírics

- Caracteritzar la incidència percebuda de l'actual entorn organitzacional del treball a centres de salut catalans en la qualitat de vida laboral i el benestar psicològic del professional de la salut.
- Avaluar la direcció, el sentit, la intensitat, l'evolució i l'abast dels canvis percebuts en les condicions de treball i en el clima social de l'entorn laboral dels centres de salut catalans.
- Identificar circumstàncies laborals, pràctiques professionals i grups de risc de desgast professional, per exposició a la pressió assistencial i també de risc de patir violència en el lloc de treball.
- Avaluar l'efectivitat de plans de millora de les condicions de treball i de la qualitat de vida laboral.
- Comparar els resultats obtinguts, tant pel que fa a qualitat de vida laboral en general com els específicament referits a pressió assistencial i a violència ocupacional, en funció de diverses categories sociodemogràfiques, com estatus professional, lloc de treball, departament, gènere, generació, torn, comandament i tipus de contracte.
- Contrastar les dades obtingudes, tant pel que fa a qualitat de vida laboral en general com les específicament referides a pressió assistencial i a violència ocupacional, amb les d'altres investigacions de referència.

2.d. Pràctics

- Extreure de les dades empíriques aportades, propostes teòricament i empíricament fonamentades en una doble línia política: (a) de prevenció de riscos laborals, atenent especialment a les circumstàncies i pràctiques organitzacionals saturades de factors de risc psicosocial relatius a pressió assistencial i a violència ocupacional, i (b) de promoció d'un model d'organització de serveis de salut saludable i generador de qualitat de vida laboral.
- Crear las bases operatives per l'establiment d'una xarxa estable i sostenible de centres sanitaris que comparteixin informació epidemiològica sobre violència ocupacional, així com de grups de investigació especialitzada.

- Participar activament en la creació, manteniment i consolidació d'una xarxa de centres sanitaris que comparteixin informació epidemiològica i dades empíriques actualitzades i situades sobre les que fonamentar polítiques de prevenció de riscos laborals en l'àmbit de la violència ocupacional.
- Participar en xarxes estables, operatives i sostenibles de recerca en els àmbits del projecte, de cara al desenvolupament de futures investigacions, publicacions i aplicacions, com les organitzades al voltant de les Webs www.violenciaocupacional.net i <http://psicologiasocial.uab.es/colaborando/es>, a l'entorn de les quals es constitueix un observatori permanent dels fenòmens i processos investigats en aquesta recerca.

I. MARC REFERENCIAL. Escenari social i coordenades teòriques

ÍNDIX DEL CAPÍTOL

I. MARC REFERENCIAL. Escenari social i coordenades teòriques	26
1. Qualitat de Vida Laboral i Riscos Psicosocials en la pràctica professional sanitària	27
1.2. Macrocontext i megatendències de l'organització sanitària	27
1.1.1. Processos globals de reorganització <i>flexible</i> de serveis sanitaris	27
1.1.2. Dinàmica local de desenvolupament del model sanitari català i de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública)	29
1.1.2.1. El model sanitari català (breu descripció)	29
1.1.2.2. Breu història del model	29
1.1.2.3. La XHUP, Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública	31
1.2 Dimensions i indicadors de la Qualitat de Vida Laboral	33
1.3. Models de Benestar psicosocial en el treball	35
1.4. Riscos Psicosocials en professionals de la salut	37
1.4.1. El treball dens	37
1.4.2. Alerta groga: Pressió Assistencial (<i>Attendance pressure</i>)	41
1.4.3. Alerta vermella: <i>Estrès i Burnout</i>	44
1.5. Violències emergents en el món laboral	48
1.5.1. L'assetjament moral (mobbing)	48
1.5.2. Violència ocupacional (Workplace violence)	50

1. Qualitat de Vida Laboral i Riscos Psicosocials en la pràctica professional sanitària

Aquest capítol I presenta, en primer lloc, una visió esquemàtica de les transformacions generals que s'estan operant en el món del treball i que incideixen particularment en la reorganització flexible del treball en el món sanitari. En aquest marc de referència de canvi social, cultural i organitzacional s'inscriuen els micro processos estudiats en els capítols II i III, uns fenòmens psicosocials que s'esdevenen en l'entorn laboral del personal que treballa en l'àmbit de la salut a Catalunya. Posteriorment, s'establiran les coordenades teòriques i conceptuals per al desenvolupament del treball empíric que es presenta en els capítols II i III. El primer d'ells tracta sobre qualitat de vida laboral, Condicions de Treball, ambient sociolaboral, benestar subjectiu en el treball i risc psicosocial a la feina, especialment el concernent a fenòmens associats a la pressió assistencial que sol experimentar el personal treballador en l'àmbit de la salut, com l'estrès i el burnout. El darrer tracta de violència ocupacional (*workplace violence*), que serà presentada conceptualment, al costat d'una altra forma corrent i emergent en el camp de les violències que es desenvolupen en el món del treball, com és el cas del *mobbing*.

1.1. Macrocontext i megatendències de l'organització sanitària

En primer lloc es presenta el canvi sociohistòric d'abast global i que repercuteix en les transformacions que s'estan operant a nivell més local, com les que afecten al desplaçament del model sanitari català.

1.1.1. Processos globals de reorganització flexible de serveis sanitaris

En els darrers decennis, s'ha produït una reestructuració flexible dels entorns de treball, acompanyada d'una redefinició de la mateixa cultura de les organitzacions. Tot això, s'ha esdevingut en el context d'un conjunt de significatives mega tendències socioeconòmiques, polítiques i culturals de canvi: globalització, post fordisme, innovació tecnològica, informacionalització, etc. Han estat uns temps marcats per la visió neoliberal de les coses, impulsada per organismes com el Banc Mundial "World Bank" (1993, 2006) i que condiciona les polítiques sanitàries a escala mundial impulsades per la mateixa Organització Mundial de la Salut WHO (2003, 2007). Segons aquesta visió, la reforma del sector de la salut s'ha d'inscriure en el marc d'una modernització dels serveis públics, que comporta una professionalització de la gestió, una flexibilització i desregulació de les relacions laborals, una desburocratització, una reducció del crònic dèficit financer, un increment de l'eficiència i productivitat, una millora de la competitivitat i una aposta per la innovació tecnològica. Tot això de cara a respondre amb garanties de qualitat la massiva demanda d'assistència per una ciutadania feta d'usuaris- pacients -clients cada cop més informats i conscients dels seus drets, i per tant més exigents. En aquesta línia, s'ha donat per suposat que el model d'organització i gestió d'una empresa privada ofereix més garanties d'eficiència i qualitat que el del sector públic.

Els nous models d'organització han estat implantats a escala global, però amb característiques d'aplicació ben diferenciades, segons si es tracta d'entorns on gairebé tot es posa en mans del mercat (el model anglosaxó) o si es fa en el marc d'un estat del benestar implantat (model europeu, espanyol, català). I també segons si es tracta de països econòmicament desenvolupats o no. El que en teoria organitzacional se'n diu el model de la *nova gestió* (*New management*) ha estat aplicat també al camp de la sanitat, i concretament de l'organització i gestió de tota mena de serveis de salut.

Aquest model busca doncs la “*qualitat*” de l’organització, del treball i del servei per la via d’una nova cultura centrada en la planificació dels *objectius* i l’avaluació dels *resultats*, aplicant indicadors de *cost-benefici*, *rendibilitat*, *economia* de mitjans, qualitat total, excel·lència organitzacional, i *satisfacció dels “clients”*, respectius.

Aquesta implantació de models empresarials d’organització i gestió dels centres sanitaris ha tingut sens dubte impacte positiu en molts sentits per a l’organització, per al personal, per a la qualitat de vida laboral i per a la del servei prestat. Però també a efectes col·laterals negatius en tots aquests àmbits. Existeix una abundant literatura en la sociologia i la psicologia social de la sanitat en la qual es critica l’aplicació indiscriminada d’estratègies *empresarials* de *reconversió mercantil* del món de la sanitat, que condicionen i determinen la quantitat i la qualitat dels serveis sanitaris disponibles i efectivament prestats. Les crítiques a aquest model es centren en els inconvenients d’aplicar un model d’*empresa privada* a una organització de *servei públic*, en aspectes inconvenients de l’*empresarització privada de la salut*, de la *industrialització i gerencialització* dels serveis sanitaris i de la *pràctica* mèdica, del règim d’*economia política de la salut*, de la conversió de la salut en un bé *mercantil* i en un objecte de *consum*, de la transformació d’hospitals i tota mena de centres sanitaris en una mena d’*hipermercats* on els professionals de la salut venen *el seu servei*. També s’ha criticat el *negoci de la malaltia*, la *invasió capitalista* del sistema sanitari per corporacions farmacèutiques, la *mercantilització* general (més òbvia a països com USA que en altres com Suècia) dels serveis sanitaris, de la medicina, de la investigació, la docència i de les publicacions sobre salut i malaltia; així com la reconceptualització *econòmica* d’aquests termes i dels *problemes* i les *solucions* en aquest camp. (Abramson, 2004; Angell, 2004; Barlett & Steele, 2004; Berridge & Loughlin, 2004; Blanch y Cantera, 2009; Blanch i Stecher, 2009; Breggin, 2004; Callahan, 2003; Fort, Mercer & Gish, 2005; Greider, 2003; Greenberg, 2003; Kassirer, 2004; Kawachi & Kennedy, 2003; Navarro, 2002, 2003; Waitzkin, 2003).

La Gerencialització de l’assistència sanitària té un impacte complex multidimensional; ja que comporta una transformació radical d’aspectes rellevants de les condicions de treball i de la cultura organitzacional, dels valors, l’ètica i la deontologia, respectius als més diversos col·lectius professionals implicats (Blanch y Cantera, 2009, Blanch y Stecher, 2009). Això és perquè la reorganització i la gestió flexible dels hospitals fa que elements centrals de la seva cultura fundacional entrin en tensió latent o manifesta entre “*nous*” *valors gerencials* i “*velles*” *tradicions professionals*. Entre elles, figuren les derivades de demandes contradictòries que rep el personal assistencial pel seu doble rol: d’una banda, com empleat en una empresa que treballa amb càlcul econòmic del cost-benefici i d’altra, com a empleat en una professió amb un determinat codi ètic i deontològic amb un marcat esperit humanista i de servei (Blanch y Stecher, 2009).

La experiència de treball en hospitals (re)organitzats empresarialment ha donat lloc a noves maneres de pensar, sentir i practicar la professió. Tot això fa urgent l’avaluació de com aquest canvi de sistema és vist i viscut pels professionals implicats, de com l’afronten individualment i col·lectivament, i de com això afecta la seva qualitat de vida laboral, la seva experiència professional, el benestar en el seu treball, la qualitat percebuda de l’assistència que fan i, en darrer terme, de com la seva feina contribueix al benestar individual i a la qualitat de vida de la mateixa societat.

En un nivell més immediat i proper, el que s’esdevé als centre de salut catalans no es pot comprendre sense ubicar-lo en les coordenades del micro context del model sanitari català.

1.1.2. Dinàmica local de desenvolupament del model sanitari català i de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública)

1.1.2.1. El model sanitari català. (breu descripció)

Font: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_models.htm

El model sanitari català és mixt. Integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública, i que recull una tradició d'entitats (mútues, fundacions, consorcis, centres de l'església) històricament dedicades a l'atenció de la salut.

Es va concretar al 1990 en la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), que creava el Servei Català de la Salut i consolidava un sistema sanitari mixt, propi del país, amb l'extensió del model a totes les línies de productes sanitaris i socio-sanitaris.

Aquest model d'integració es va iniciar amb la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP). Des de la XHUP el model es va estendre a altres línies (primària, socio-sanitària, salut mental) i altres serveis sanitaris (emergències, transport sanitari).

El CatSalut, eix fonamental del model sanitari català. El Servei Català de la Salut (CatSalut), neix al gener de 1991 i es constitueix: planificador, finançador, avaluador i comprador dels serveis sanitaris.

Actualment, el CatSalut és el garant de les prestacions sanitàries de cobertura pública i el Departament de Salut recupera la funció de planificació i avaluació i promou un projecte de descentralització que permetrà incorporar els ajuntaments en el govern territorial de salut.

El CatSalut compra i avalua els serveis sanitaris en funció de les necessitats de la població tot desenvolupant, d'una banda, una gestió integral de l'oferta i la demanda, i de l'altra, la comunicació amb la ciutadania i la seva participació.

1.1.2.2. Breu història del model

El model sanitari català, que segueix les orientacions de l'OMS per al segle XXI, evoluciona cap a un sistema català de la salut amb els ciutadans i les ciutadanes com a protagonistes i es prepara per afrontar els reptes de futur.

De la LOSC al CatSalut com a asseguradora pública. Dates significatives:

Gener de 1991. Es crea el Servei Català de la Salut, que comença el seu camí per transformar-se en una asseguradora pública.

1995-1999. Modificació de la LOSC del 1995.

- Aprofundiment en la diversificació de proveïdors en l'àmbit de l'atenció primària.
- Pla de serveis sanitaris i socio-sanitaris de Catalunya.
- Nou model de finançament sanitari 1998-2001.

Principis de la LOSC

- Sanitat com a servei públic, finançat públicament.
- Assistència sanitària universal.
- Sistema sanitari integrat: èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.
- Equitat i superació de les desigualtats territorials i socials en la prestació dels serveis sanitaris.
- Racionalització, eficàcia, simplificació i eficiència.

2001. 10 anys després de la seva creació, el Servei Català de la Salut ha assolit de manera efectiva la separació de funcions entre el finançament i la provisió i canvia la seva forma abreujada, fins ara SCS, per la de CatSalut.

El CatSalut potencia la funció asseguradora, que inclou la compra de serveis però també d'altres funcions. La funció de finançament queda fora del seu àmbit i es situa en l'àmbit de l'autoritat sanitària, i en definitiva en l'àmbit del Parlament.

2002. Inici de la fase operativa per a l'elaboració del projecte de cartera de serveis entesa com a l'instrument que ha de permetre respondre a les necessitats de la ciutadania.

2003. Revisió del model sanitari per integrar i prioritzar tres grans eixos: la salut pública, l'atenció sanitària i els serveis socials i l'atenció a la dependència. Lliure elecció de metge de capçalera i pediatre.

2004. Orientació explícita a una política integral de salut.

Revisió de l'organització i del finançament del nou model sanitari amb mesures de descentralització en el marc de la nova organització territorial de Catalunya en vegueries. La funció de planificació se situa en el Departament de Salut.

. Mesura de la satisfacció de la ciutadania.

. Constitució de la "Mesa Social" per a un acord en el marc de recursos humans del sistema sanitari.

. Projecte de decret de descentralització.

. Revisió del sistema de finançament.

2005. Tramitació legislativa del Decret de creació dels governs territorials de salut

. Signatura dels primers pactes per a la salut amb els ajuntaments.

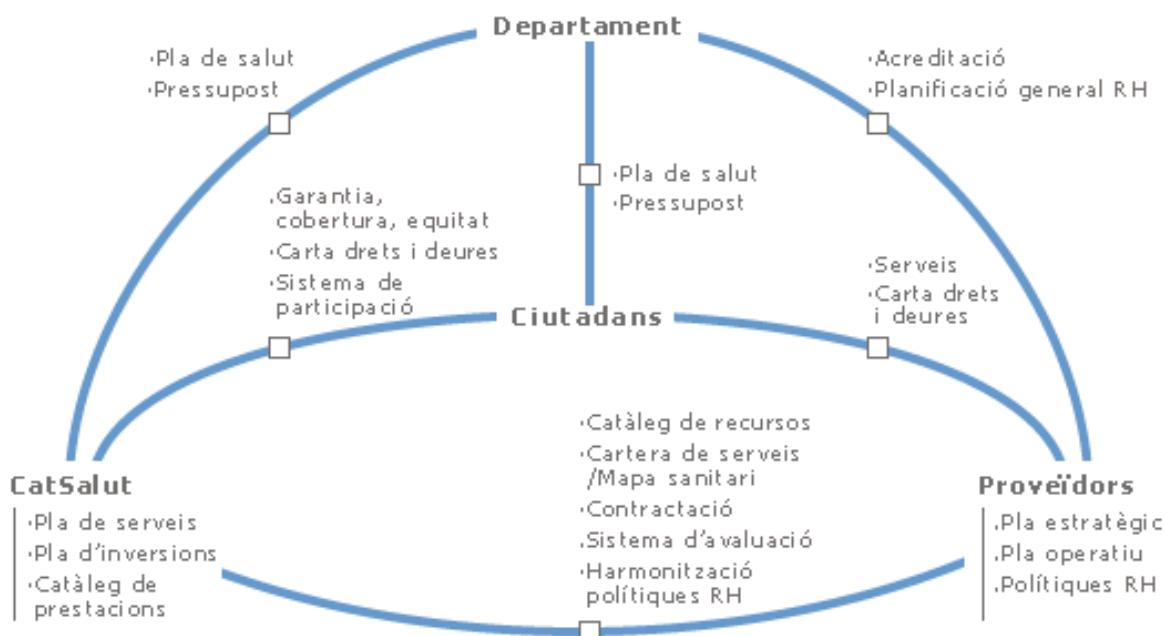


Figura importada de http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_models.htm

Figura I.1. Agents que intervenen al model sanitari català

1.1.2.3. La XHUP, Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública

La XHUP és la consolidació d'un sistema sanitari mixt, basat en l'aprofitament de tots els recursos, ja siguin públics o privats.

La XHUP és un instrument adreçat a la prestació de l'assistència sanitària pública a pacients que requereixin atenció hospitalària aguda.

Així com els centres hospitalaris de l'Institut Català de la Salut són finançats directament per la Generalitat de Catalunya, els centres hospitalaris de la XHUP (no-ICS) no són finançats directament per la Generalitat de Catalunya, sinó mitjançant la contraprestació econòmica dels serveis sanitaris contractats pel Servei Català de la Salut

Un resum descriptiu d'aspectes significatius d'aquesta xarxa apareix a la taula I.1.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Data creació de la XHUP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pel Decret 202/1985, de 15 de juliol, es crea la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motius creació XHUP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La xarxa d'hospitals propis de la Seguretat Social gestionada per l'Institut Català de la Salut resulta insuficient ▪ Necessitat de comptar amb els hospitals concertats d'una forma continuada i estable
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectiu fonamental de la XHUP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ És l'assoliment d'una ordenació hospitalària que permeti l'adequada homogeneïtzació de les prestacions assistencials i la utilització òptima dels recursos humans i materials.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Composició de la XHUP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centres i establiments hospitalaris integrats en el SCS, Servei Català de la Salut. ▪ Altres centres que satisfan regularment necessitats del sistema sanitari públic de Catalunya, mitjançant els convenis pertinents.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcions de la XHUP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participació en els programes sectorials i territorials, programes d'urgències hospitalàries, plans d'emergència. ▪ Desenvolupament de funcions de promoció de la salut i educació sanitària de la població, medicina preventiva, recerca clínica, epidemiològica, i docència. ▪ Coordinació i desenvolupament de tasques de suport a l'atenció primària.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipus de centres de la XHUP 	<p>Es classifiquen d'acord amb els nivells següents:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivell A: Hospitals Generals Bàsics <ul style="list-style-type: none"> ○ La dotació d'aquests hospitals haurà de ser l'adequada per atendre, aproximadament, les quatre cinquenes parts de la demanda hospitalària de la població de referència ○ Els hospitals generals bàsics han d'estar molt a prop de la població que atenen per poder atendre la majoria de les seves necessitats assistencials. ▪ Nivell B: Hospitals de Referència d'àrea o subàrea sanitària <ul style="list-style-type: none"> ○ Haurà d'existir un hospital d'aquest nivell per cada 400.000 habitants (per raons d'accés o de capacitat del centre, l'àrea podrà ser de major o menor població). ○ Excepcionalment, podrà ubicar-se una especialitat o equipament d'alta tecnologia en un d'aquests hospitals quan, per criteris de demanda, quedi suficientment justificat. ▪ Nivell C: Hospitals de Referència amb serveis i equipaments d'alta tecnologia <ul style="list-style-type: none"> ○ Disposen d'especialitats i equipaments que, pel seu alt cost, complexitat o baixa freqüència d'utilització, siguin classificats com d'alta tecnologia. ○ Un hospital d'aquest nivell per cada 1.500.000 habitants.

Taula I.1. Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública

1.2 Dimensions i indicadors de la Qualitat de Vida Laboral

Des d'un punt de vista psicosocial (Alcover, Martínez, Rodríguez y Domínguez, 2004; Blanch, 2005, 2003; Peiró i Prieto, 1996), la **Qualitat de Vida Laboral** (QVL) constitueix un fenomen complex, heterogeni, multidimensional, invisible i intangible, culturalment relatiu i històricament canviant. A efectes operatius, es pot definir com el grau de satisfacció i benestar físic, psicològic i social experimentat per les persones en el seu lloc de treball. Inclou una doble dimensió: l'objectiva, relacionada amb les condicions de treball i la subjectiva, associada a valoracions sobre la pròpia experiència laboral. En la present tesi, estudiem la QVL a partir dels indicadors bàsics proporcionats per mesures de Condicions de Treball, de Clima Sociolaboral i de Benestar Psicosocial en el treball.

Les Condicions de Treball son el sistema de circumstàncies en el marc de les quals es desenvolupa l'activitat laboral i que incideixen significativament tant en l' experiència del treball com en la dinàmica de les relacions laborals. Per la seva part, el **Clima Sociolaboral** és el conjunt de propietats objectives i percebudes de l' ambient sociolaboral que explica i prediu processos com rendiment, productivitat, absentisme, rotació, conflictivitat, satisfacció, qualitat de vida laboral o eficàcia i eficiència organitzacionals. El **Benestar Psicosocial** constitueix la dimensió subjectiva de la qualitat de vida, configurada per les cognicions i emocions implicades en la pròpia experiència vital. El seu camp inclou cognicions i emocions associades a la satisfacció amb la vida, al sentit i realització que comporta la mateixa experiència vital, al control i al sentit d'aquesta mateixa vida.

La dimensió **objectiva** de la QVL remet a les circumstàncies ecològiques, materials, tècniques, contractuals, salarials, temporals, de càrrega de treball, de seguretat i higiene, de protecció social, d'estabilitat en la feina, d'estructura organitzacional, de disseny de lloc, d'oportunitats de participació en decisions organitzacionals, de formació i de promoció, etc. La **subjectiva** té a veure amb percepcions sobre la millorabilitat de les condicions laborals, sobre recursos per a afrontar demandes laboralment estressants, sobre l'ambient social de treball (tant pel que fa a les relacions horitzontals amb companys de feina com en les verticals, del tracte rebut de la direcció), sobre el clima organitzacional, sobre el grau en el qual se sent que la feina contribueix al desenvolupament personal, etc.

Una determinada filosofia organitzacional sosté que el desenvolupament de la QVL millora el funcionament i l'efectivitat de l'organització. En virtut d'això, la QVL passa a ser un objectiu polític de l'organització i, al mateix temps, un mitjà d'estratègic per a assolir-lo. En definitiva, constitueix un referent central de qualsevol model organitzacional.

Les ciències del treball i de l'organització donen per suposat que les condicions de treball incideixen significativament sobre la qualitat de vida laboral en general i sobre la salut i el benestar psicològic del personal, sobre la seva motivació, satisfacció i rendiment, sobre les taxes d'accidentalitat i d'absentisme, sobre les patologies professionals i les baixes laborals; sobre l'eficàcia i l'eficiència de l'organització i sobre l'experiència del treball i sobre la dinàmica de les relacions laborals. També sobreentenen que tot canvi en les condicions de treball repercuteix també en aquests camps. Així mateix, el clima social de treball influeix en les tendències motivacionals, que es tradueixen en comportaments que tenen conseqüències sobre l'organització, els seus processos i els seus resultats (productivitat, satisfacció, rotació, qualitat de servei o de producte, etc.).

L'Enquesta Europea sobre les Condicions de Treball, la Fundació Europea per al Millorament de les Condicions de Vida i de Treball i l'Agència Europea de la Salut i de la Seguretat en el Treball com a conjunt, donen una idea de la importància de la informació actualitzada i situada sobre el tema de cara a la definició de polítiques relatives a la qualitat de la vida i del treball.

1.3 Models de Benestar psicosocial en el treball

Els estudis sobre QVL i sobre Benestar en el treball, parteixen sempre de la consideració del seu caràcter multidimensional, que comporta nivells d'anàlisi que abasten des de l'àmbit intraindividual, passant pel grupal i l'organitzacional, fins el macrosocial i cultural (Cooper & Robertson, 2004; Doyle, 2003; Drenth, Thierry & de Wolff, 1998; Dunnette & Hough, 1991).

Diferents models teòrics han estat utilitzats en l'avaluació de la qualitat de vida i treball, benestar psicosocial i clima sociolaboral en el sector salut, com els proposats per Parkes (1994), que engloba condicions de treball, personalitat, tensió emocional i recolzament social. Kristensen, T.S., Borg V, & Hannerz, H. (2001) apliquen el CoPSQ (*Copenhaguen, Psychosocial Questionnaire*), que mesura 20 dimensions o condicions laborals. Karasek & Theorell (1990) proposen el *Demand-Control-Support Model*, que planteja dos grans tipus de riscos psicosocials: Les *demandes* excessives de treball (sobrecàrrega de feina) i el *control* sobre les mateixes. Warr (1987) proposa el model *Vitamínic*.

A l'entorn més proper, Oliver, Grací-Layunta y Tomás (2006) apliquen un *Model Estructural* per a avaluar els predictors del *benestar psicològic* en treballadors del sector sanitari, combinant els models de Parkes, de Karasek i de Warr. Per la seva part, Escribà-Agüir y Tenías-Burillo (2004) investiguen l'efecte del gènere i de l'entorn psicosocial del treball en el benestar psicològic dels professionals de la salut, aplicant a una mostra de treballadors de 2 hospitals generals valencians un autoqüestionari que conté el "SF-36 Health Survey" per les variables de benestar psicològic i el Karasek *demand-control-support model* per les variables explicatives (Karasek, 1998).

El model de *Benestar Psicològic* en el treball de Warr (1987) considera distintes dimensions de benestar psicològic i les seves relacions complexes amb diversos riscos psicosocials. Warr defineix el benestar psicològic considerant 3 eixos o dimensions: satisfacció-insatisfacció, ansietat-confort i presència-absència d'estats depressius. El "*Model Vitamínic*" tracta de la relació de les condicions de l'ambient de treball amb el benestar psicosocial i la salut mental. S'inspira en el paper de les vitamines en la salut física dels organismes.

Segons Warr, l'entorn sociolaboral funciona com una font de vitamines psicosocials. La relació de les vitamines amb la salut física, igual que la de l'experiència laboral amb la salut mental es regeix per un model no lineal. En efecte, per a un organisme, un dèficit vitamínic té sempre repercussions negatives. En totes les categories de vitamines existeix una dosi determinada que es correspon amb un estat òptim de salut. Quan hi ha nivells excessius de vitamines, l'impacte en la salut de l'organisme pot correspondre a una de les dos següents modalitats: en casos com en el de les vitamines C i E, davant un excés vitamínic, l'organisme reacciona retornant a l'ambient la part excedent. En casos com el de les vitamines A i D, l'organisme no està equipat dels dispositius que li permetrien alliberar-se dels sobrants, i pateix trastorns a causa dels efectes tòxics de tal excés. Jugant amb aquesta analogia i amb les lletres, l'autor utilitza l'abreviació CE per a significar el *constant effect* (efecte constant) i la AD per a referir-se al *additional decrement* (disminució addicional), tal com apareix a la figura següent:



Figura I.2. Vitamines psicossocials de l'àmbit laboral segons Warr (2007)

Segons el model, l'ambient sociolaboral pot proporcionar fins a nou categories de recursos vitamínics relacionats amb la salut mental i el benestar psicològic en general. Com passa amb les vitamines físiques, un dèficit en les psicossocials va associat a trastorn en salut mental i a malestar psicològic general. Pel que fa als nivells excessius, en la persona poden esdevenir processos de tipus CE i de tipus AD. Són les que figuren en la taula I.2:

Tipus	Categoria Vitamínica
CE	Diner Seguretat física Posició socialment valorada
AD	Oportunitats de control de l'entorn Ocasions per al desenvolupament d'habilitats Finalitats generades pel medi extern Varietat d'alternatives Claredat ambiental Contextos per a les relacions interpersonals

Taula I.2. Vitamines psicossocials de l'àmbit laboral segons Warr (2007)

Al tipus CE corresponen tres de les categories vitamíniques: diner, seguretat i status. Al tipus AD pertanyen les sis restants: control, habilitats, fins, varietat, claredat i relacions interpersonals. Nivells òptims de tals categories vitamíniques comporten els corresponents efectes en salut mental positiva.

Pel contrari, la sobreabundància d'oportunitats de *control* i de desplegament d'habilitats professionals pot resultar agobiant; la multiplicitat de metes: fatiga i desorienta; la extrema varietat d'alternatives, en lloc d'augmentar els graus de llibertat individual, pertorba la serenitat, confon i pot obstaculitzar processos de decisió; l'excés de interaccions sociables mareja, cansa i insensibilitza. El personal treballador en el camp de la salut no té cap mena de risc d'hipovitaminosis psicossocial en cap dels tipus vitamínics (CE i AD), però sí d'hipervitaminosis tipus AD, com a clau explicativa de moltes situacions d'estrès psicossocial en situacions de sobrecàrrega de treball associada a la pressió assistencial.

1.4. Riscos Psicosocials en professionals de la salut

Riscos Psicosocials en el treball sanitari

La Directiva Marc de l'UE transposada a l'Estat Espanyol com a **Llei de Prevenció de Riscos Laborals de 1995**, emfatitza la importància de l'acció preventiva en el camp dels factors de risc psicosocials, orientada a eliminar els riscos evitables i a combatre i minimitzar els inevitables. La normativa vigent en matèria de polítiques de salut i seguretat en el treball **concep el risc psicosocial** com la probabilitat de producció d'un dany biopsicosocial derivat de les condicions de treball. La legislació europea inclou en aquest camp aspectes concernents als entorns: físic, social i interpersonal.

Al costat de conceptes com Condicions de Treball, Clima Sociolaboral, Benestar Psicosocial i factors de risc com el *Mobbing* i el *Burnout* (aquest amb les seves 3 combinacions de sobrecàrrega de treball, despersonalització en les relacions humanes i manca de realització professional), en les societats desenvolupades econòmicament, fenòmens com la **violència ocupacional**, **emergeixen** com algunes de les més rellevants epidèmies contemporànies en el camp de la salut i de la qualitat de vida laboral.

La literatura científica **especialitzada** indueix a pensar que aquests processos que s'esdevenen en el món laboral en general **es fan sentir de manera particularment intensa en el món dels serveis de salut**, i molt especialment pel que fa als factors de "risc psicosocial".

1.4.1. El treball dens

L'**Observatori de Risc Europeu** va publicar al seu informe de 20/2/2008 que cada vegada més persones treballadores afronten **riscos psicosocials en el treball**. El funcionament dels ambients de treball canvia considerablement amb la introducció de noves tecnologies, materials i processos. Els canvis en el disseny de treball, l'organització i estils de direcció poden ser focus de tensió que finalment produeixin danys a la salut tan física com mental. L'**Agència Europea per a la Seguretat i Salut en el Treball** no para d'insistir en que els riscos psicosocials estan relacionats amb fenòmens com les noves formes de contractes i la inseguretat del treball, però també amb la **intensificació del treball**, les altes demandes emocionals, la violència ocupacional i un baix equilibri de la vida laboral amb la personal i familiar.



També hi insisteix en els seus successius informes la **Fundació Europea per la Millora de les Condicions de Vida i de Treball**, a partir de la publicació dels resultats de la Quarta Enquesta Europea de les Condicions de Treball (Parent-Thirion; Fernández, Hurley & Vermeylen, 2007, Weiler, 2006 a. b). Precisament atenent al factor **càrrega de treball**, segons l'enquesta, una quarta part dels treballadors declaren que el seu ritme de treball és sempre o quasi sempre molt elevat, si bé més del 60% poden elegir o modificar aspectes com l'ordre amb el que fan les tasques, la velocitat o els mètodes de treball.



La *intensitat del treball* està augmentant i cada cop és major el nombre de persones que han de treballar a un ritme molt elevat i sotmès a terminis ajustats. Entre els riscos

laborals més habituals, destacats per l'enquesta tant en homes com en dones, figuren la fatiga i l'estrès (22%). Aquests signes i símptomes afecten principalment als treballadors del sector de la sanitat. També s'hi deixa constància de que les persones que pateixen violència o assetjament moral en el treball solen manifestar un major grau de problemes de salut laboral que les persones que no en pateixen. Les que en pateixen tenen altes probabilitats de trastorns psicològics, com problemes per a conciliar el son, ansietat, irritabilitat, a més a més de dolences físiques com dolor epigàstric. I que els treballadors exposats a riscos psicosocials tenen molta més incidència d'absentisme per causes relacionades amb el treball.

En el sector de la Salut, a tots aquests problemes, s'afegeix la manca de professionals, tant en número com en qualificació. Nombrosos informes de **l'Organització Mundial de la Salut** que tracten de "malalties relacionades amb el treball", entre els factors de les quals senyalen els "riscos psicosocials" especialment relacionats amb les condicions socials i organitzacionals de l'activitat laboral.



La OMS fa informes anuals sobre la salut en el món. Pel que fa a referències a professionals de la salut, a l'informe de 2006 ja assenyalava que 57 països - la majoria de l'Àfrica subsahariana i Àsia- tenien carències molt greus i que era molt poc probable que en un futur pròxim estiguessin en condicions de proporcionar una àmplia cobertura de les intervencions sanitàries essencials. Aquesta carència equival a un dèficit mundial de 2,4 milions de metges, infermeres i matrones. A l'informe de 2007, capítol 5: per un futur més segur, s'assenyala la importància d'enfortir els sistemes de salut com a part del desenvolupament de la seguretat sanitària al món. Moltes de les emergències de salut pública descrites en aquest informe podrien haver-se previngut o controlat millor si els països afectats haguessin disposat d'uns sistemes de salut més sòlids i millor preparats. A alguns països els hi resulta més difícil que a altres fer front a les amenaces per a la seguretat sanitària perquè no disposen dels recursos sanitaris o perquè les seves infraestructures sanitàries s'han enfonsat per falta d'inversions i manca de professionals sanitaris formats, o han estat danyades o destruïdes per conflictes armats o per un desastre natural. A l'informe de 2008 els usuaris estan cada vegada més descontents davant de la incapacitat dels serveis de salut de proporcionar nivells d'abast per cobrir les demandes i les noves necessitats. L'Atenció Primària de Salut ha de poder fer front a aquests desafiaments.



Organismes com ACCIÓ PER A LA SALUT GLOBAL, xarxa Europea d'organitzacions no governamentals, insisteixen en la màxima prioritat que cal donar a la formació i contractació del personal sanitari nacional suficient, a que s'ofereixin incentius adequats i millores de les condicions de treball per a garantir la retenció dels professionals i que es doni atenció a la necessitat de "proporcionar personal sanitari per a tota la població". La OMS calcula que la carència mundial de personal sanitari supera els 4 milions de treballadors i, que en el món hi ha almenys 57 països en els que aquesta carència és molt greu.



La salut dels professionals

Des d'una perspectiva psicosociològica els professionals de la salut, representen un interessant índex de salut/malaltia de la població general. La relació riscs psicosocials-salut ha estat un dels principals temes d'investigació en la psicosociologia del treball des de fa molt anys, havent generat un nombre considerable de models teòrics d'investigació i estudis sobre poblacions, que han portat a una progressiva i millor comprensió dels mecanismes d'acció dels riscs i la seva importància relativa.

Tal i com anomenen Rohlfs et al. (2007), en els països llatins, sembla com si el problema fos mínim o inexistent, malgrat les múltiples situacions que es viuen a diari en el treball quotidià i que queden reflectides tant a nivell d'incident intern, com en alguns casos a nivell de premsa especialitzada o fins i tot general. Hi ha una dicotomia, doncs per una banda posseeixen un coneixement previ sobre com evitar, prevenir i tractar malalties, o de com actuar en cas d'emergència, i per tant, com a grup haurien de tenir un menor risc d'accident o d'emmalaltir, però d'altra els professionals de la salut s'exposen a situacions de risc, tant externs, envoltats de gent malalta, com interns de la pròpia organització.

Els metges i metgesses d'avui dia viuen més que els seus col·legues de generacions anteriors, i viuen més que els seus pacients. Una de les raons podria ser que l'entorn fisicoquímic i bacteriològic advers gairebé ha desaparegut, i un altre és que les actituds saludables vers la pròpia salut ha augmentat. Un exemple és el nombre de fumadors que ha caigut dràsticament en els últims anys amb la implantació del model *Hospital sense fum* que promou la Xarxa Catalana d'Hospitals Lliures de Fum, www.xchsf.com, ja consolidat a la majoria de centres de salut de la nostra investigació. Un treball específic fet entre professionals de la medicina a Suïssa (Sebo, Bouvier, Goehring, Kunzi & Bovier, 2007), indica el descens en l'hàbit tabàquic, i assenyala una prevalença del 12%, per un 30% en la població general.

Si la població general segueix als metges en el camí de les bones conductes com la de no fumar, i les diferències entre el grau socio-econòmic de professionals de la salut i la població continua disminuint, hi ha una raó per creure que aviat hi haurà una convergència entre la morbimortalitat dels professionals de la salut i pacients, a on ambdós milloren, si bé la dels pacients ho fa amb més acceleració. Com el nombre de metges també s'incrementa, aquests es convertiran més com els seus pacients, la qual cosa significa que el nombre de metges malalts creixerà també. Els professionals de la salut, que han estat o estan malalts, ens recorden que són persones corrents, i pot ser que també es converteixin en millors professionals de la salut. L'any 1984 un treball va posar de manifest que els consells mèdics donats als pacients reflecteixen les creences i comportaments lligats a la salut dels propis professionals que les fan (Wells, Lewis & Ware, 1984).

Pel que fa a estudis de morbimortalitat, un estudi Danès (Juel, Mosbech & Hansen, 1997), va avaluar 2.387 morts, 1.900 homes i 296 dones en el període 1973-1992. Pels professionals de la salut, la mortalitat per totes les causes va ser menor que en la població general, amb una taxa de mortalitat estàndard de 0,87 per a les dones i 0,78 per als homes. No obstant això, la prevalença de morts violentes (suïcidi, homicidi, accidents, etc.) que comprenia el 14% de totes les morts, era significativament major entre metges. Una vista més detallada revela que són particularment les morts per suïcidi les que contribueixen a aquestes sinistres estadístiques. Similars patrons de mortalitat per a metges comparats amb altres grups de població es troben a Finlàndia (Rimpelä AH,

Nurminen, Pulkkinen, Rimpelä MK, & Valkonen, 1987), Regne Unit (Carpenter, Swerdlow & Fear, 1997) i USA (Frank, Biola & Burnett, 2000).

Un aspecte rellevant és el suïcidi. Les taxes entre els professionals de la medicina són molt superiors a les de la població general, fet que ha estat confirmat clarament per diversos estudis. Un estudi al 1987 (Hörte, Hedberg, Theorell, Allander, & Malker), ja apuntava una elevada taxa de mortalitat estandarditzada (SMR) per suïcidi en les metgesses en comparació amb altres acadèmics, així com amb la població en general. Aquestes dades han estat motiu d'estudi per altres autors amb conclusions similars (Lindeman, Laara, Hakko & Lonnqvist, 1996; Aasland, Ekeberg & Schweder, 2001; Schernhammer, & Colditz, 2004).

Més endavant trobem treballs que relacionen morbimortalitat amb benestar psicosocial o condicions de vida i treball. Remarquem els d'entorn psicosocial en el treball dels professionals de la medicina (Firth-Cozens, 2003; McManus, Winder & Gordon, 2002) o altres que ens alerten sobre l'increment progressiu de la insatisfacció documentada des dels anys 70 (menys d'un 15%), a partir dels anys 80 (més del 30%), i a l'any 90 que ja ho manifesta un 58% dels professionals de la salut de la medicina (Zuger, 2004).

Als anys 90 trobem els primers estudis sobre *Burnout* al col·lectiu de professionals de la salut, concretament de medicina, a on es mostra la relació entre factors de riscos psicosocial i símptomes somàtics. Alguns estudis apunten que les metgesses tindrien més tendència al desgast psicològic que els metges (Bergman, Ahmand & Stewart, 2003). Un estudi més recent (Esteve, Larraz y Jimenez, 2006) fet entre metges de família a les Illes Balears amb el qüestionari GHQ 28, apunta que la salut mental dels metges d'Atenció Primària sembla estar protegida per una major satisfacció laboral, però és més precària entre els que presenten major estrès laboral.

En alguns aspectes concrets com la salut reproductiva, alguns estudis recents han demostrat que la salut de les metgesses és especialment sensible a l'entorn psicosocial negatiu del treball (Stewart, Ahmad, Cheung, Bergman, & Dell, 2000). Les metgesses tenen un 60% més de probabilitat que els metges de presentar signes i símptomes de desgast psíquic i de pèrdua de motivació professional o burnout. El risc relatiu de burnout s'incrementa de 12% a 15% per cada 5 hores addicionals que es treballin a la setmana, per sobre les 40 hores (McMurray, Linzer, Konrad, Douglas, Shugerman & Nelson, 2000). Així es corrobora en alguns estudis que relacionen l'increment de problemes obstètrics entre metgesses (Pharoah, Alberman, Doyle & Chamberlain, 1977; Phelan, 1988; Miller, Katz & Cefalo, 1989).

Per últim un aspecte concret com la automedicació, el consum d'alcohol i estupefaents. Un estudi molt recent (Reinhart, Chavez, Jackson & Mathews, 2005) pretén determinar en un únic centre mèdic acadèmic, la prevalença de símptomes psiquiàtrics i trastorns per la salut personal i comportaments. Gairebé el 5% va reconèixer l'ús de hipnòtics o sedants sense recepta en els últims 12 mesos, i un 6% d'alcohol. La prevalença de símptomes depressius entre els metges que van respondre va ser de gairebé 30%. L'estudi de Rohlf et al. (2007), "Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya", editat per la Fundació Galatea al novembre de 2007 esmentat anteriorment, conclou que el resultat observats de consum, lleuger o de risc, d'alcohol, són molt baixos entre metges i metgesses que entre la població general, tot i que cal tenir en compte una possible infradeclaració per l'estigma social. També s'apunta un preocupant percentatge de consum, bàsicament a partir d'automedicació, de substàncies psicoactives entre metges, i especialment entre les metgesses.

1.4.2. Alerta groga: Pressió Assistencial (*Attendance pressure*)

Fa referència a la quantitat de persones ateses per professional en una unitat de temps. Consisteix en una situació objectiva i documentada que experimenta, de manera habitual i crònica, la gran majoria del personal mèdic i d'infermeria del país i de bona part del món, en la seva pràctica assistencial. S'expressa a través de moltes expressions que pertanyen a un mateix camp semàntic: "sobrecàrrega de treball", "excés de feina", "manca de temps per a fer-la bé", "saturació de tasques", "desequilibri demanda- recursos assistencials", "situació límit", "risc de col·lapse", etc.; que és viscuda com estressant, insatisfactòria, desgastadora, preocupant i desanimadora, com a context de risc d'errors i de mala praxis clíniques i com a font potencial de conflictes i dilemes en l'àmbit de l'ètica i la deontologia professionals.

El concepte de *pressió* està relacionat amb el d'*estrès*, però no es confon. A l'*estrès* s'hi combinen símptomes fisiològics, psicològics i comportamentals que apareixen quan una persona afronta una situació de canvi que comporta una demanda desafiant i alhora una dificultat (objectiva i/o percebuda) de satisfer-la. Una certa pressió o tensió és necessària per a funcionar sanament. L'*estrès* s'esdevé només quan hi ha un excés objectiu o percebut de demanda, atesos els recursos per a afrontar-la. Així que la *pressió assistencial* no comporta necessàriament un problema de *estrès*, sinó només que la seva intensitat és o sembla excessiva.

Entre els elements que causen, componen i caracteritzen la *pressió assistencial* destaquen els següents:

- Massificació, diversificació i complexificació de la demanda assistencial.
- Asimetria entre els creixements respectius de la demanda assistencial i dels recursos humans per a satisfer-la.
- Condicions de treball deficitàries: Dèficits quantitius i qualitius dels recursos necessaris per a una assistència de qualitat.
- Clima social de treball tens: dificultats per a relacions humanes tranquil·les i disteses entre col·legues i amb la direcció.
- Sobrecàrrega de treball per al personal assistencial.
- Exigència de gestió eficient de tots els recursos humans, tècnics i materials disponibles per a l'assistència.
- Augment de les expectatives dels pacients en relació als seus drets com a usuaris de serveis de salut.
- Temps assistencial disponible escàs, insuficient, deficitari que comporta un seguit d'efectes potencials.
- Treball sota tensió, pressa i cansament acumulats, del qual en deriven manca de serenitat en l'exercici del treball assistencial.
 - Dificultat de dedicació del temps mínim adequat per visita per a resoldre adequadament els problemes del pacient, cosa que comporta alhora una deshumanització de la pràctica clínica, per la dificultat d'establir una relació d'empatia, aspecte crucial de la relació assistencial.
 - Risc de errors i de mala praxis professionals imputables a les presses.
 - Disminució rendiment com efecte de cansament acumulat.
 - Dèficit de la qualitat assistencial.
 - Tendència a pràctiques professionals d'economia de temps en forma de medicina defensiva, de prescripció precipitada i injustificada de medicaments o a la derivació a proves complementaries.
 - Densitat temps agreujada per augment de càrrega burocràtica.

- Manca d'ocasions per a la formació i per a les relacions socials en el treball.
- Estrès, preocupació, desànim i malestar en el personal assistencial.
- Risc d'errors diagnòstics i terapèutics.
- Dèficit en la qualitat de l'assistència sanitària, deteriorament de l'excel·lència de les institucions sanitàries, i de la imatge del mateix sistema sanitari.
- Potencial problemàtica ètica i deontològica.
- Risc de vulneració del dret de les persones assistides a un servei amb qualitat humana i científica.

Segons un titular del *Diariomedico.com*, de l'11.12.2007, "*la pressió assistencial és el problema que més inquieta als metges valencians*". Aquesta informació prové dels resultats de l'*Enquesta de Desgast Professional* desenvolupada per la *Oficina del Defensor del Metge* del Col·legi de Metges de València, que posen de manifest que la pressió assistencial és el problema que més preocupa als facultatius valencians. La immensa majoria dels consultats insisteix en tòpics com "excés" del nombre de pacients, el "dèficit" del temps que se'ls pot dedicar, la "saturació" assistencial, l'estrès" que comporta per al personal, el risc d'errors diagnòstics i terapèutics, i la dificultat de donar un tracte "humà" als pacients atesos.

Pressió assistencial i presentisme laboral

Absentisme i *presentisme* laborals són dues cares d'una mateixa moneda: la baixa laboral per malaltia o el romandre a la feina malgrat estar malalt (essent-ne ben conscient o no). El *presentisme* ve impulsat per una mena de sentit del deure que empeny a anar a la feina fins i tot quan hom està massa malalt, tensionat o distret per a ser productiu. L'absentisme, les rotacions i altres problemàtiques organitzacionals relacionades amb les condicions (adverses) de treball han estat estudiats sobradament en els darrers tres decennis, per la seva relació amb el rendiment del personal i la competitivitat de les empreses (Ahola, Kivimäki, Honkonen, Virtanen, Koskinen, Vahtera & Lönnqvist, 2008; Boles, Pelletier & Lynch, 2004; Grinyer & Singleton, 2000; Johansson & Lundberg, 2004; Nicholson, 1977).

Però no ha estat fins molt més recentment que no s'ha començat a estudiar el "*presentisme*"; que és un fenomen de característiques inverses. Aquest anar a treballar malgrat estar malalt s'explica per raons d'especial implicació i compromís professional i vital amb la feina; això és, de centralitat personal del treball que hom fa, com a font de realització individual i social, d'autoestima, identitat i reconeixement social. El personal sanitari encaixa en el perfil dels professionals amb alta implicació professional i moral amb el seu treball. A manca de dades epidemiològiques sobre "*presentisme*" en el personal sanitari català, podem mantenir la hipòtesi d'un nivell de prevalença considerable d'aquest fenomen, amb les implicacions corresponents en l'àmbit de la salut del personal, de la qualitat de vida laboral i també de la qualitat del servei prestat.

Diversos estudis (Aronsson, Gustafsson & Dallner, 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008) analitzen factors del context laboral que incideixen en el fet que molta gent vagi a treballar tot i sentir-se malalta i sabent que podria demanar la baixa per malaltia. En recerques fetes sobre mostres sueques, identifiquen diversos tipus de factors de risc en la presència d'aquesta *malaltia* del *presentisme*, entre els que figuren certes autoexigències personals i laborals, les dificultats organitzacionals de substitució del personal, la pressió temporal per la feina i la situació financera personal; així com el

tenir una bona feina, de jornada completa i horari regular, amb setmanes sobrecarregades de tasca a fer.

Segons la metanàlisi que fan Shultz & Edington (2007), de les dades d'un recull de 113 estudis empírics recents del tema se'n desprèn, entre altres coses, que la taxa de prevalença del presentisme pot ser equivalent a la de l'absentisme i que els costos en productivitat d'estar treballant a mig gas pel pes de la malaltia presentista també son comparables al que comportaria el tractament mèdic del personal afectat. Altres recerques també apunten la idea de que aquest sobre esforç del treball *presentista* no només comporta disminució de la productivitat a mig termini (Goetzel, Long, Ozminkowski, Wang, & Lynch, 2004), sinó que també te conseqüències negatives a llarg termini (Ahola et al., 2008; Dew, Keefe & Small, 2005).

Un altra estudi de la Fundació Europea per a la Millora de les Condicions de Vida i de Treball (EUROFOUND, 2003) afirma literalment que "*Els estudis han demostrat que quan més gran és la pressió al treball (subratllat nostre), tan més alt és el percentatge de la gent que va a treballar tot i sentir-se malalta*". En la línia dels estudis fets a Suècia amb mostres de milers de subjectes, ací es dóna compte d'un estudi fet a Holanda sobre una altra mostra gran de persones empleades i que treballen en règim d'autònomes. A l'estudi es controlen variables demogràfiques, ocupacionals, de tipus d'organització i de salut. La pregunta referida al *presentisme* s'inspira en la formulada en l'estudi d'Aronsson et al. (2000) i es planteja en els següents termes: "Durant els darrers 12 mesos passats, va anar vostè a treballar en alguna ocasió, inclòs sabent que hauria pogut demanar la baixa per malaltia?" La pregunta incloïa tres opcions de resposta: "no"; "sí, un cop" i "sí, més d'un cop". Un 63.2% dels enquestats va declarar haver anat a treballar en el darrer any en deficientes condicions de salut. El que resulta més significatiu de les dades aportades per Irene Houtmann, la redactora de l'informe, és la relació entre la *pressió al treball (work pressure)* i el percentatge de persones empleades que van a treballar tot i sentir-se malaltes: Amb la mínima *pressió* declara haver-hi anat la meitat i amb la màxima gaire bé tothom, tal com apareix en la següent taula, importada de l'informe sobre *Presenteeism among Sick Workers* citat.



Figura I.3. Vitamines psicosocials de l'àmbit laboral segons Warr (2007)

Gràfic importat de www.eurofound.eu.int/working/2003/12/NL0312NU02.htm

Com comenta l'autora, sembla com si sentir *pressió al treball* va acompanyat de la pressió a anar a treballar a les verdes i a les madures.

1.4.3 Alerta vermella: *Estrès i Burnout*

L'anàlisi de la Qualitat de Vida i Treball i el Clima Sociolaboral als centres de salut es centra fonamentalment en factors de risc de la complexa problemàtica de l'estrès laboral, del que sobresurt el burnout o desgast psicològic en el treball.

S'entén per *Estrès* l'experiència sostinguda d'una persona que afronta demandes ambientals que li resulten o li semblen excessives, amb uns recursos disponibles que són o considera insuficients per a satisfer-les, i per *Burnout* una síndrome complexa integrada per tres components principals: Esgotament físic i emocional, tractament despersonalitzat i consciència de baixa realització professional i laboral.

La problemàtica de l'estrès laboral i el burnout té una doble rellevància:

- Teòrica, perquè en ella es condensen les complexes relacions entre les condicions de treball i la salut, i
- Pràctica, per la seva incidència sobre la qualitat de vida individual i col·lectiva; i també sobre l'eficàcia, l'eficiència i, fins i tot, la viabilitat i la sostenibilitat de les organitzacions.

Aquesta problemàtica, que Golembiewski, Boudreau, Munzenrider, & Luo (1996) qualifiquen de pandèmia global, afecta especialment els treballadors de la salut (Freudenberger, 1974; Gil-Monte y Peiró, 1997).

Davant d'una situació estressant es pot fer una conducta d'afrontament (coping), definida com a conjunt d'estratègies i actuacions mitjançant les quals una persona tracta de respondre a la situació estressant; gestionant, d'una banda, les demandes ambientals (que valora com a amenaçadores, desafiadors o desbordants) i, de l'altra, el seu propi procés emocional i els recursos disponibles. Quan aquest conjunt d'estratègies no són suficients, s'entra en una situació de fallida de rendiment. I un seguit d'efectes associats a sentiments de malestar, insatisfacció i alienació, així com a percepcions de inadequació, fracàs, incompetència, ineficàcia, inutilitat, falta d'autorealització, a expectatives negatives envers la professió, l'organització, l'ambient sociolaboral i també a conductes de distanciament social.

Les tècniques d'avaluació del burnout inclouen observacions clíniques, entrevistes estructurades i qüestionaris estandarditzats, entre els que destaca el MBI, o *Maslach Burnout Inventory* (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Estudis tant a nivell qualitatiu com quantitatiu sobre factors de risc psicosocial a l'àmbit de la salut ens posen de manifest que els professionals es senten més o menys estressats i estressables davant la circumstància objectiva: la "pressió assistencial", que unes vegades senyalen en termes de demandes excessives de la institució i altres de dèficit de recursos humans, tècnics i materials per a afrontar-les.

El **burnout** és un desgast psicològic que arriba a cremar professionalment per distrès laboral (Freudenberger, 1974). És una síndrome especialment característica de professions assistencials, entre les que sobresurten les sanitàries. El treball hospitalari pot arribar a cremar psicològicament perquè, a part de comportar sovint l'haver d'actuar sota la pressió de decisions arriscades, implica una interacció social directa amb els més diversos tipus d'usuaris (pacients, familiars, col·legues, professionals d'altres

especialitats, direcció, proveïdors, associacions privades o administracions públiques implicades en el servei, etc.). En aquest context, resulta altament probable l'emergència de demandes, aspiracions, interessos i expectatives difícils de conjuntar i satisfer plenament, a més d'eventuals motius de tensió i contradicció entre demandes situacionals immediates, condicions laborals, deontologia professional, imperatius organitzacionals, vida privada, etc. Aquestes circumstàncies fan per elles mateixes difícil afrontar les múltiples demandes creuades de l'ambient amb els recursos (personals i organitzacionals) disponibles i percebuts.

Sovint, el burnout és el final d'un llarg camí recorregut en diverses etapes, entre les que la literatura especialitzada en destaca tres:

- Il·lusió inicial, derivada de l'esperit vocacional, tant central en la professió sanitària, reforçada pels valors i actituds que solen influir en l'elecció d'aquestes carreres.
- Bloqueig i decepció, pel xoc entre les expectatives inicials i les limitacions imposades per la realitat quotidiana de l'entorn laboral.
- Desil·lusió i resignació, distanciament del servei i desimplicació professional.

Existeixen diversos models seqüencials dels tres components bàsics de la síndrome. Alguns presenten la “despersonalització” com un efecte final induït per la “baixa realització” i per l’“esgotament emocional”; altres com la culminació d'un procés que s'inicia en els altres dos factors, etc.

Els efectes del distrès laboral no són automàtics, ni es reparteixen aleatòriament; sinó que venen mediatitzats per un seguit de variables moduladores, entre les que en sobresurten les següents:

- Recolzament social (formal i informal, objectivament rebut o subjectivament percebut), rebut d'iguals, superiors o inferiors en l'escalafó organitzacional, en les seves múltiples facetes d'ajut físic, econòmic, jurídic, teòric, tècnic, emocional, informatiu, orientatiu, etc.
- Perfil psicològic: autoeficàcia, autocontrol, valors i actituds, habilitats, competències, fortalesa i resistència, vulnerabilitat, intel·ligència emocional, control percebut, estratègies d'afrontament (coping), etc.
- Tracte laboral rebut de l'organització (direcció, comandaments, supervisió, etc.), que pot abraçar qualsevol posició d'un continu entre el pol positiu del tracte més humà, excel·lent i exquisit i el negatiu d'una conducta organitzacional caracteritzada per formes més o menys subtils de maltractament psicològic i moral del personal (lideratge autoritari, gestió per estrès, tracte burocràtic i despersonalitzat, etc., que poden traduir-se en accions d'aïllament, comunicació, ninguneig, desqualificació, amenaça, intimidació, etc.).

Processos	Indicadors
Baixen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitat del servei ▪ Productivitat i rendiment laborals ▪ Qualitat organitzacional i de la vida laboral ▪ Efectivitat i eficiència organitzacionals ▪ Imatge institucional
Pugen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insatisfacció de pacients i de professionals ▪ Absentisme, retards, rotacions, <i>baixes</i> laborals ▪ Accidentalitat ▪ Abdicació de responsabilitats professionals ▪ Incompliment de tasques ▪ Tracte despersonalitzat a pacients i entre professionals ▪ Crispació i conflictivitat laborals ▪ Tensions familiars

Taula I.3 Impacte del burnout en la dinàmica assistencial

El burnout no és un simple “estat” final al que ha accedit la persona que “ja està cremada” i davant la qual no hi ha cap altra intervenció que la reparació terapèutica. És també un “procés” de la persona que “està cremant-se” o a punt de fer-ho, sobre la qual convé una intervenció preventiva. A la taula I.3 (Blanch, 2003) es relacionen alguns dels processos i indicadors de l'impacte negatiu del distrès laboral i de la seva culminació en el burnout sobre una organització com un centre de salut.

A la taula I.4. (Blanch, 2003) es relacionen elements per a la prevenció primària del distrès laboral.

Objectius	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduir-ne la incidència ▪ Debilitar el potencial estressor de l'ambient ▪ Desactivar factors de risc ▪ Reforçar la capacitat d'afrontament
Estratègies	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reestructuració i desenvolupament organitzacionals en funció de de la qualitat de vida laboral. ▪ Millora de les condicions de treball (contracte, salari, entorn físic, ergonomia, horaris, torns, tasques, etc.). ▪ Redefinició de les polítiques de gestió dels recursos humans i de la seva incidència en el clima i la cultura de l'organització ▪ Redisseny dels sistemes de comunicació i dels mecanismes de participació organitzacionals. ▪ Augment de l'efectivitat dels processos de selecció i de formació del personal, d'assignació de llocs de responsabilitat (de caps de servei, supervisió, etc.) ▪ Creació de xarxes de recolzament social. ▪ Comitès de Seguretat i Salut en el treball ▪ Observatori de qualitat de vida laboral

Taula I.4. Model d'operar en la prevenció primària de distrès laboral (Blanch, 2003)

A la literatura consultada hi ha nombrosos estudis sobre el síndrome del Burnout en professionals de la salut. Chopra SS, Solite W.M. & Sotile, M.O (2004) estudien el burnout dels metges. Escribà-Agüir & Bernabé, (2002) i Escribà Agüir & Tenias-Burillo (2004) estudien el burnout en personal mèdic i d'infermeria. Grau, Suñer i García (2005) estudien la Síndrome de Desgast Professional en els Hospitals de Girona, aplicant a una mostra de 2.290 treballadors de 5 hospitals de la província de Girona un qüestionari que incloïa, entre altres proves, el Maslach Burnout Inventory. Les dades d'aquests estudis reflecteixen la gravetat i la urgència del problema. Per la seva part, Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) i Chopra et al. (2004) relacionen el burnout i l'abandonament de la professió mèdica.

1.5. Violències emergents el món laboral

El informe per a la Oficina Internacional del Treball de Chappell & Di Martino (2000), destaca la tendència contemporània a l'increment de la violència psicològica en els centres de treball de tot el món. Entre les violències que apareixen en l'escenari laboral en general figuren el mobbing i la violència ocupacional. La primera es dona en tota mena d'ambient laboral, la segona es concentra més en determinats sectors, entre els que destaca el dels treballadors de la salut.

Mobbing és la violència psicològica en forma de conducta hostil, destructiva i vexatòria, que no comporta agressió física manifesta, sinó latent, subtil, psicològica (aïllament, incomunicació, ninguneig, desqualificació, amenaça, intimidació, etc.).

Violència Ocupacional és qualsevol incident en el que un treballador es abusat, amenaçat o atacat per un membre del públic. Es considera que no solament la violència física provoca grans impactes en la salut del treballador, sinó també la que s'infringeix a partir d'un comportament repetitiu, que gradualment danya la integritat psicològica de l'afectat, podent arribar a tenir repercussions de major grau que la violència física.

1.5.1. L'assetjament moral en el treball (*mobbing*)

L'assetjament moral té una llarga prehistòria dins i fora del món laboral. Però les circumstàncies socioculturals contemporànies faciliten la seva visibilització i problematització social, fins el punt que avui ningú no discuteix que les múltiples formes d'assetjament moral són un important factor de risc laboral de desgast i destrucció psicosocials. En els darrers lustres, l'epidemiologia taxa en percentatges d'entre el 5% i el 25% la incidència d'aquesta patologia sociolaboral, depenent dels criteris, procediments i instruments d'avaluació utilitzats, així com dels sectors professionals, categories demogràfiques i entorns laborals considerats.

A la següent taula (Blanch, 2003), s'esquematitzen el concepte i l'estructura del mobbing.

Què	▪ Violència psicològica en forma de conducta hostil, destructiva i vexatòria (que pot adoptar multiplicitat d'aparences, segons les persones, cultures, organitzacions i tipus de relacions implicades), que no comporta agressió física manifesta, sinó latent, subtil, psicològica (aïllament, incomunicació, ninguneig, desqualificació, amenaça, intimidació, etc.).
On	▪ Es desenvolupa en un context organitzacional d'asimetria de recursos i de poder entre els dos agents implicats mobber-mobbed.
Quan	▪ Reiteradament (al menys una vegada a la setmana, durant més de sis mesos).
Com	▪ Deliberada i sistemàticament, directament o indirecta (pressió i intimidació persistents, a múltiples nivells i de distintes formes, afectant la qualitat de les xarxes i mitjans de comunicació, de les relacions interpersonals, de la dignitat, identitat, salut, integritat física, laboral, social, emocional i moral de la persona victimitzada, així com a les seves condicions i clima de treball).

A qui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A una persona treballadora (que pot ser excel·lent, normal o deficient en el desenvolupament del seu rol laboral i en les seves relacions socials de treball).
Per qui(ns)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una o vàries persones de la mateixa organització, de rang superior –cap(s)-, igual –col·lega(es)- o inferior –subordinat(s)- al de la víctima.
Per a què	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desestabilitzar, fer mal o destruir psicològicament i/o laboralment a la víctima, obtenint d'això alguna mena d'efecte “desitjat” (prevenció de “risc”, reducció d'amenaça, autoprotecció, alliberament d'una persona potencialment competidora, desplaçament de l'agressió vers una víctima propiciatòria, etc.).

Taula I.5 Concepte descriptiu del mobbing

El mobbing com un fet que es manifesta en la dimensió interindividual, però que constitueix alhora un exemple de “mala pràctica organitzacional”. Pel seu caràcter polifacètic i multinivell, no sempre resulta fàcilment diagnosticable ni prevenible. Pot formar part d'una constel·lació més complexa, per exemple, antecedint, acompanyant o succeint processos de burnout, d'assetjament sexual, de depressió, de conflictes laborals o de baralles interpersonals. Qualsevol persona treballadora pot convertir-se en protagonista del mobbing, ja sigui com subjecte actiu fustigador o com a víctima.

El LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) (Leymann, 1996, Leymann & Gustafsson, 1996) senyala cinc vessants principals del problema:

- Comunicacional (incomunicació física o informàtica, ninguneig, negació de la salutació, etc.)
- Social (aïllament, negació de contacte, violació de la privacitat, etc.)
- Moral (menyspreu, burla, desacreditació, desqualificació, insult, calúnnia, assetjament sexual, etc.)
- Laboral (atemptats contra les condicions de treball, per la imposició de sobrecàrrega, buidor, conflicte o ambigüïtat de rol, negació de drets laborals, com els de formació o promoció, bloqueig sistemàtic d'iniciatives, crítica injustificada de decisions, destrucció d'instruments i mitjans de treball, assignació de tasques denigrants, etc.)
- Sanitària (imposició de feines especialment dures, perilloses o esgotadores, sobre pressió temporal, etc.).

La seqüència del mobbing s'ha descrit d'acord amb un model multi fase (Blanch, 2005):

- **Conflicte.** Incident(s) crític(s) en forma d'un aparent conflicte entre dos o més persones.
- **Estigmatització.** Activació de la fustigació sistemàtica de la víctima.
- **Implicació de la direcció.** Intent de “resoldre el problema” atribuint la responsabilitat del mateix a la víctima (a partir de la confusió dels “efectes” amb les “causes”).
- **Diagnòstic extern.** Professionals (de diverses disciplines) reforcen la culpabilització de la persona assetjada, confonent un cop més símptomes amb causes del problema.
- **Destrucció laboral de la víctima.** En casos greus, sol·licita “voluntariament” la baixa, l'excedència o el trasllat laboral. En altres, la situació es “resol” amb un espiral d'absències, baixes i recaigudes, que poden reforçar les “raons” d'un acomiadament per absentisme o baixa productivitat.

A nivell organitzacional, el mobbing va associat a l'augment d'absentisme i accidentalitat laborals, a disminució de l'efectivitat i eficiència, de productivitat i competitivitat organitzacionals, a dèficit de qualitat de serveis, al deteriorament de la imatge de la institució, a la ruptura del contracte psicològic implícit de recíproca lleialtat entre organització i personal, i a l'amenaça d'eventuals sancions econòmiques per la responsabilitat organitzacional en el mobbing.

La prevenció organitzacional del mobbing passa per un canvi en la forma convencional de pensar-lo i de tractar-lo: afrontant-lo com un "problema organitzacional" que només pot tenir una "solució organitzacional".

1.5.2. La Violència Ocupacional (Workplace Violence)¹

Introducció

La violència en el lloc de treball, en les seves diverses modalitats de manifestació (de la física a la psicològica, de la verbal a la sexual, etc.) és actualment observada i percebuda com un problema global amb matisos locals, que travessa fronteres polítiques i culturals, sectors econòmics, entorns laborals i categories professionals. Igual que altres formes de violència quotidiana com per exemple, la familiar o la de gènere, i havent estat considerada durant molt de temps una qüestió de rang menor, gairebé privada i d'escassa transcendència social i organitzacional, s'ha anat convertint, durant els últims anys, en una preocupació prioritària per als més diversos organismes internacionals. Interessats en la qualitat de vida i el benestar humà, la presenten com un important factor de risc psicosocial en el treball, com un problema de drets humans i com una qüestió socialment urgent i econòmicament rellevant que influeix tant al benestar de les persones com a la salut dels ambients laborals, a l'efectivitat i l'eficiència de les organitzacions i també a la qualitat dels serveis que presten a la ciutadania. (OIT / CIE / OMS / ISP, 2002; Paoli i Merllié, 2001; Parent-Thirion et al., 2007; Weiler, 2006 a. b). Di Martino (2003) destaca entre els costos directes de la violència laboral l'absentisme, les rotacions i les baixes i inclou en els indirectes el deteriorament de la motivació i de la implicació laborals, del rendiment professional i de la competitivitat de la mateixa organització.

En el marc de la investigació sobre violència en el lloc de treball -workplace violence, violence at work-, etc. (Chapell i Di Martino, 2000; Di Martino, Hoel & Cooper, 2003; Einarsen, Hoel, Zapf & Cooper, 2003), s'obren pas estudis que enfoquen específicament la violència ocupacional contra professionals de l'assistència sanitària -Health Care Workplace Violence-. Fent un cop d'ull històric d'aquest sector, on la problemàtica arriba a les majors cotes de gravetat, ha contribuït notablement la publicació conjunta el 2002 de les Directrius marc per afrontar la violència laboral en el sector de la salut per

¹ Aquest apartat recull, gaire bé textualment, continguts extrets dels dos articles següents, en els que G.Cervantes participa com a coautor:

Cantera, L., Cervantes, G.; Blanch, JM. (2008). Violencia Ocupacional: El caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 49-58.

Cervantes, G., Cantera L, i Blanch JM. (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.

L'Organització Internacional del Treball (OIT) , el Consell Internacional d'Infermeria (CIE), l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i la Internacional de Serveis Públics (ISP), que proclamen que la violència ocupacional en el sector de la salut no constitueix una mera qüestió individual i aïllada concernent a les víctimes, sinó un desafiament estructural i estratègic que afecta tot el sistema sanitari del món global (OIT / CIE / OMS / ISP, 2002).

Si bé no es pot parlar encara d'una definició operacional del constructe violència ocupacional contra professionals de la salut universalment consensuada i assumida, en els últims lustres, diversos organismes internacionals implicats en la promoció de la salut, en la millora de les condicions de vida i de treball i en la prevenció de riscos laborals, igual que institucions corporatives que vetllen per les condicions socials del desenvolupament de la pràctica professional, estan realitzant significatius intents en aquesta direcció. Integrant elements de diverses propostes al respecte (Krug et al., 2002; OSHA, 2004; Parent-Thirion et al., 2007; Di Martino, Hoel, & Cooper, 2003; Gerberich, Church, McGovern, Hansen, Nachreiner, Geisser, Ryan, Mongin & Watt 2004; Rumsey, Foley, Harrigan, & Dakin, 2007; CIE, 2007), es pot definir la violència ocupacional contra professionals del sector de la salut com un incident (aïllat o en sèrie) en forma de conducta hostil (generalment verbal, de vegades física) dirigida per una o diverses persones (pacients, familiars o acompanyants) cap al personal que els atén en el marc d'una organització de serveis sanitaris, en circumstàncies relacionades amb la seva feina i que posen en perill la seguretat del mateix, el seu benestar o la seva salut, considerades en la seva triple dimensió somàtica, psicològica i social. L'escenari d'aquesta violència abasta qualsevol espai (permanent o temporal) on aquest personal desenvolupa les seves tasques professionals i qualsevol modalitat d'instal·lació d'un servei sanitari, - independentment de la seva grandària o ubicació i del tipus d'activitat realitzada- incloent-hi tot tipus d'hospitals i clíniques , centres sociosanitaris, de rehabilitació o de cures de llarga durada, consultes de metges de família o d'altres professionals de la salut, serveis ambulatoris o domicili, habitatges particulars de pacients o de professionals, i també entorns exteriors o interiors dels edificis per on es mou el personal sanitari (aparcaments, vies d'accés, passadissos, sales d'espera, escales, ascensors, vehicles particulars o del centre, etc.). L'acció violenta pot adoptar múltiples manifestacions, segons les persones, cultures, organitzacions i tipus de relacions implicades. En les interaccions cara a cara, destaquen dues modalitats principals de violència: (a) la física, o utilització de la força corporal (que inclou cops puntuals, empentes, bufetades, puntades, mossegades, pessics, estirades de cabell, pallisses, punyalades, tirs, etc.) que produeix danys somàtics, sexuals o psicològics i (b) la psicològica, en forma d'abús verbal (amenança, insult, injúria, etc.), intimidació, assetjament, invasió de l'espai personal, etc. Les tecnologies de la comunicació ofereixen altres mitjans de violència psicològica via telèfon, fax, mail, SMS, etc.

L'acord bàsic sobre una definició no representa més que el primer d'una sèrie de passos urgents i necessaris que poden conduir al salt qualitatiu des de la notable quantitat d'informació empírica acumulada a la literatura científica recent sobre el tòpic cap a la qualitat de la producció en forma de conclusions empíriques generalitzables i de comparacions transversals i longitudinals dels resultats de les diferents investigacions, requisits clau per a l'avaluació de necessitats i la identificació de tendències, així com per al disseny i avaluació de programes preventius (Di Martino, 2002 a; Magin, Adams, Sibbritt, Joy, & Ireland, 2005; Ferns; 2006, Maguire & Ryan, 2007; Rumsey et al., 2007). Fins el present, la informació empírica sobre la problemàtica és tan extensa com heterogènia, fragmentària i dispersa. Aquesta circumstància resulta explicable per la notable diversitat de contextos, situacions, fenòmens i processos investigats, i també per

la manca d'una caixa d'eines universalment compartida, que inclogui un glossari bàsic consensuat i criteris comunament acceptats i assumits concernents a categorització de dimensions i indicadors, a variables crucials, i a un full de ruta precisa quant a procediments, instruments i tècniques de recollida d'informació en el camp de la violència ocupacional.

En efecte, la producció científica sobre "workplace violence" maneja vocables tan diversos i heterogenis com els de violence, aggression, abuse, injury, threat, assault, intimidation, harassment, bullying, mobbing, battering o victimizing i inclou des d'investigacions que tracten sobre qualsevol tipus d'incident violent en general (Benveniste, Hibbert & Runciman, 2005; Farrell, Bobrowski, & Bobrowski, 2006) fins a les que arriben a distingir 14 categories d'agressió i violència ocupacionals (Ryan & Maguire, 2006), passant per les que manegen classificacions dicotòmiques (Benveniste et al., 2005; Krug et al, 2002; Di Martino, 2003), de tres categories (Rumsey et al., 2007; Parent-Thirion et al, 2007), de quatre (Kwok RP, Law, Li, Ng, Cheung, Fung, Kwok KT, Tong, Yen, & Leung , 2006; COMB, 2004 a,b) o de cinc (Magin et al., 2005), combinada ocasionalment amb tipus de maltractament amb "nivells de severitat" del mateix (Magin et al., 2005). A la literatura nord-americana, a més, quan es fa servir la categoria específica *homicide* sol recórrer de pas a la subdistinció "fatal / non fatal injuries" (Gerberich et al., 2004). Pel que fa a la operacionalització de variables com la del període temporal considerat per al registre d'incidents violents, el continu contemplat pels diversos informes abasta referències tan disperses com la de "durant la darrera setmana" i la de "al llarg de la seva vida laboral ". Les tècniques de recollida d'informació inclouen bàsicament enquestes d' autoinforme (cara a cara, per telèfon o per correu postal o electrònic), entrevistes semiestructurades i documentació proporcionada per organismes públics de l'àmbit laboral, social, sanitari, judicial o policial o bé per entitats privades relacionades amb la gestió de pòlisses d'assegurança. En les enquestes d' autoinforme (que solen presentar percentatges de resposta molt dispersos), sol donar-se una sobre-representació de les persones més sensibilitzades cap a la problemàtica, mentre les fonts documentals sobredimensiona la violència "física".


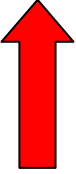
Al mig de tant soroll i confusió, del conjunt de la informació epidemiològica actualment disponible sobre violència ocupacional contra professionals de la salut emana certa evidència acumulada que ja forma part de les premisses de qualsevol investigació sobre el tema (AMA, 1995; ANA, 2002; OIT / CIE / OMS / ISP, 2002; Di Martino, 2002 b; Di Martino et al., 2003; WHO, 2003; Gerberich et al., 2004; COMB, 2004 a; OSHA, 2004; Schopper, Lormand, & Waxweiler, 2006; Rumsey et al., 2007; CIE, 2007) i que s'organitza en voltant d'unes tesi clau:



- (a) Constitueix un problema emergent a escala global.
- (b) Té greus efectes en les víctimes, a les organitzacions, en el sistema sanitari i en la qualitat de vida de la població (veure taula I.6).
- (c) Els serveis sanitaris majorment exposats al risc d'ocurrència d'incidents violents són els psiquiàtrics, les urgències hospitalàries i les ambulàncies.
- (d) La major probabilitat de conducta violenta contra professionals sanitaris es concentra en pacients amb patologia psiquiàtrica o amb problemes derivats de l'abús d'alcohol o d'altres drogues.
- (e) La dimensió psicològica de la violència ocupacional, sent greu, ha estat tradicionalment minimitzada .
- (f) Els "Motius" invocats de la violència remetent principalment a la informació, al tracte, al temps d'espera i al servei rebuts.

(g) Els factors de risc d'ocurrència d'incidents violents tenen a veure amb l'estructura i el comportament de l'organització, amb la dinàmica del context sociolaboral i amb factors individuals que predisposen (veure taula I.7).

(h) La prevenció de la problemàtica exigeix la combinació de mesures tàctiques i de plans estratègics basats en un millor coneixement dels factors de risc i en programes preventius fonamentats en aquest coneixement (veure taula I.8).

Pel que fa a la prevenció del que qualifica d'epidèmia, el programa conjunt sobre la violència laboral en el sector de la salut proposat per OIT / CIE / OMS / ISP (2002) enumera una sèrie de drets i responsabilitats generals dels diferents agents implicats en el tema. Correspon (a) a les Administracions demanar que es reculli informació i dades estadístiques sobre l'abast, les causes i les conseqüències de la violència laboral, (b) als Ocupadors avaluar habitualment la incidència de la violència laboral i els factors que afavoreixen la violència a la feina o la generen, (c) als Treballadors comunicar els incidents, fins i tot els de poca importància, (d) als Òrgans professionals el perfeccionar els procediments de recopilació de dades per als incidents de violència en el sector de salut i promoure l'aprovisionament d'aquestes dades, (e) a la Comunitat en general contribuir a la creació d'una xarxa d'informació i coneixements en aquest sector i (f) a les Organitzacions activar comitès o equips de salut i seguretat, que rebin informes dels incidents de violència, facin enquestes sobre ells i estudis sobre la violència laboral, i responguin amb recomanacions d'estratègies correctores.

DIMENSIONS	PROCESSOS	INDICADORS
L'organització	<p>Descens significatiu</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Quantitat de les hores de treball - Quantitat i qualitat dels serveis prestats - Qualitat de la vida laboral i del clima social - Imatge institucional - Productivitat, eficiència, competitivitat i excel·lència organitzacionals
	<p>Augment significatiu</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Costos dels serveis sanitaris, per adopció d'estratègies de medicina defensiva que sol traduir-se en l'augment de sol·licituds de proves complementàries innecessàries, la derivació sistemàtica a urgències hospitalàries o especialistes, el desenvolupament de visites ràpides, superficials i poc compromeses, la prescripció injustificada de fàrmacs, l'autorització automàtica de l'ús d'ambulàncies o la prolongació de baixes laborals per la simple petició de pacients exigents percebuts com a perillosos - Insatisfacció d'usuaris, clients i professionals - Interaccions socials negatives entre professionals - pacients - Crispació i conflictivitat laboral

L' individu	<p>Descens significatiu</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivació per al treball - Implicació amb l'organització - Autoestima professional - Rendiment laboral - Empatia en la relació assistencial - Disponibilitat per atenció a pacients potencialment conflictius - Durada de certes visites mèdiques
	<p>Augment significatiu de símptomes</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Fisiològics (disfuncions gastrointestinals, respiratòries, insomni, cefalees, fatiga, etc.) - Emocionals (malestar, insatisfacció, ansietat, estrès, irritabilitat, sentiments d'inseguretat, indefensió, impotència, frustració, por, culpabilitat, vergonya, desconfiança, depressió, etc.) - Cognitius (perplexitat, confusió, injustícia percebuda, pessimisme professional, dificultats d'atenció, memòria, concentració en la tasca, planificació i execució d'activitats, etc.) - Conductuals (actituds d'absentisme laboral i baixes efectives per malaltia, retards, peticions de permís, de trasllat, de rotació, d'excedència, canvi de treball, jubilació anticipada, abandonament de l'organització, del treball o de la professió, recurs a psicofàrmacs, etc.) - Psicosocials (retraïment, incomunicació, tracte despersonalitzat a pacients, abdicació de responsabilitats professionals, etc.)

Taula I. 6 Efectes de la violència en el lloc de treball

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estructura de l'organització. Organització molt rígida (burocratitzada o autoritària), molt flexible (inestable, precària, impredecible), mancada de polítiques i normatives coherents, amb circuits i canals d'informació inoperants o deficitaris, amb continguts informatius insuficients, ambigus, tardans, etc. ▪ Conducta organitzacional. Gestió arbitrària o autoritària, tracte de favor o discriminatori, etc. ▪ Context laboral i sociocultural. Condicions i clima de treball estressants, massives (en sales d'urgències, de consultes externes, etc.); temps d'espera llargs, valoració cultural de l'individualisme, de la violència instrumental i de models de conducta agressiva (qui no ho exigeix agressivament no és atès adequadament), etc. ▪ Factors individuals que predisposen. Perfils de risc (pacients amb historial violent, psiquiàtrics, alcohòlics, dependents d'altres drogues, etc.)
--

Taula I.7. Factors de risc de violència ocupacional

NIVELL	PROPOSTES
PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilització - Informació - Formació - Capacitació
ORGANITZACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Reforç dels dispositius de seguretat. - Redisseny organitzacional, l'espai físic assistencial, de vies d'accés i de sortida de sales d'atenció, canvis en la cultura i en l'estil de gestió, en la quantitat i en la qualitat de la informació administrada a les persones usuàries del servei. - Creació d'observatoris de violència ocupacional. - Dispositius de detecció precoç, d'intervenció en crisi, de tractament pal·liatiu i, sobretot, de prevenció primària. - Optimització de sistemes de comunicació. - Protocols de conducta antiviolència.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolupament i actualització d'un marc legal adequat i suficient que funcioni com a factor preventiu de caràcter dissuasori. - Promoció de valors culturals com el civisme actiu.

Taula I.8. Elements per a la prevenció de la violència en el lloc de treball

II. ESTUDI EMPÍRIC. Riscos Psicosocials en el treball de professionals de la salut catalans

ÍNDIX DEL CAPÍTOL

II. ESTUDI EMPÍRIC. Riscos Psicosocials en el treball de professionals de la salut catalans	56
Introducció	58
2. Qualitat de Vida Laboral i Riscos Psicosocials en professionals de la salut catalans.	59
Resum. Resumen. Abstract	59
2.1. Disseny general de la recerca i objectius	62
2.1.1. Generals	63
2.1.2. Específics	63
2.2. Mètode	64
2.2.1. Procediment	64
2.2.2. Població i Mostres	66
2.2.3. Instruments	67
2.3. Resultats	70
2.3.1. Estudi en dos temps (2003/2008) de l'“Hospital Central” (HC)	70
2.3.1.1. Condicions de Treball, Clima Sociolaboral i Benestar Psicosocial. Mostra HC 2008	70
2.3.1.1.A. Puntuacions de les escales segons variables censals.	70
2.3.1.1.B. Observacions puntuals sobre les diferents escales	82
2.3.1.2. Tendències evolutives a l'HC de Temps-1 i Temps-2	86
2.3.1.1.A. Puntuacions ítem a ítem de l'escala de CT	88
2.3.1.1.B. Puntuacions ítem a ítem de l'escala de CSL	90
2.3.1.1.C. Balanç descriptiu de les observacions	91
2.3.2. Mostra XHUP 2006	95
2.3.2.1. Població i mostra XHUP	95
2.3.2.2. Comparació de mitjanes HC 2008 i XHUP 2006	97
2.3.2.3. Balanç descriptiu de les observacions sobre les mostres 2003, 2006 i 2008	99
2.3.2.3.A. Aspectes generals	99
2.3.2.3.B. Observacions sobre aspectes concrets de variables censals	100
2.3.2.4. Present i futur percebuts del treball per la mostra 2009	103
2.4. La Pressió Assistencial, de 2003 a 2009, un problema crònic	121
2.4.1. Dades de la mostra de l'HC 2003	121
2.4.2. Dades de comparació quantitatives entre mostres 2003/2008 de l'HC	125

2.4.3 Dades mostra 2006	127
2.4.3.1. Satisfacció en el treball	127
2.4.3.2. Síntomes cognitius d'estrès	127
2.4.3.3. Síntomes conductuals d'estrès	128
2.4.3.4. Síntomes somàtics d'estrès	128
2.4.4. Dades qualitatives sobre pressió assistencial, mostres 2003 i 2009	129

Introducció

L'estudi empíric es desenvolupa en dos capítols diferenciats: el primer tracta especialment de la *Pressió Assistencial*, que representa un dels eixos centrals a l'entorn dels quals giren molts altres components estudiats de la *Qualitat de Vida Laboral*. El segon es fixa específicament en un dels aspectes emergents de la complexa problemàtica configurada pel conjunt dels factors de risc psicosocial característics dels entorns organitzacionals on realitzen la seva feina els professionals de la salut: la *Violència Ocupacional*.

Qualitat de Vida Laboral i Riscos Psicosocials en professionals de la salut catalans

RESUM

Paraules clau: Qualitat de Vida Laboral. Risc Psicosocial. Pressió Assistencial. Professionals de la Salut.

Introducció. El increment quantitatiu i qualitatiu de la demanda de serveis sanitaris, combinat amb el procés de reorganització flexible del treball sanitari, comporta per al personal empleat en centres de salut, un nou marc de l'experiència laboral i un escenari marcat per la *pressió assistencial*. La investigació apunta a un doble objectiu (a) d'avaluar alguns components psicosocials de la qualitat de vida laboral i del benestar en el treball i (b) d'identificar factors de risc psicosocial, especialment els associats a la *pressió assistencial*.

Mètode. De l'extensa i heterogènia població treballadora en centres de salut ubicats a Catalunya s'extragué una sèrie de mostres de centres integrats en la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública): 2002-03 (n=169), 2006 (n=1.677), 2008 (n=226), 2009 (n=154). Essent la primera aleatòria i les altres de conveniència, totes foren estratificades amb criteris com professió, especialització, lloc i torn de treball, gènere, generació, situació contractual, responsabilitats de gestió i antiguitat en el lloc. En la recollida d'informació, es combina l'ús d'una tècnica quantitativa (enquesta) i d'una altra qualitativa (entrevista semiestructurada). La primera consisteix en un qüestionari autoaplicable que inclou series d'ítems tancats i de preguntes obertes. Entre els primers figuren les escales de *Condicions de treball* i de *Clima Sociolaboral* (comunes a totes les mostres) i la de *Benestar Laboral* (aplicada en algunes d'elles). Les dades quantitatives han estat processades amb el paquet estadístic SPSS i les qualitatives ho han estat per l'Atlas ti.

Resultats. Totes les mostres coincideixen en valorar de forma relativament positiva les condicions materials i tècniques de treball, així com el clima social que es respira als centres de treball, especialment en el que concerneix a les relacions horitzontals de companyerisme entre col·legues. D'altra part, alts nivells de *pressió assistencial* (o sobrecàrrega percebuda de treball) són visibles transversal i longitudinalment en totes les categories i especialitzacions professionals, situacions ocupacionals, llocs i torns de treball, gèneres i generacions. A més, a "l'*Hospital Central*" -centre de referència de l'estudi-, baixen significativament les puntuacions mitjanes en els principals indicadors de qualitat de vida laboral al llarg del sexenni considerat.

Discussió. Les dades exposades confirmen hipòtesis prèvies i són congruents amb les d'altres estudis.

Conclusions. Els resultats indiquen (a) que la qualitat de vida laboral en la població estudiada apareix en general com moderadament acceptable, (b) que té un important punt feble: alts nivells de pressió assistencial, que és un factor de risc psicosocial per al personal i una senyal d'alarma per al conjunt del sistema dels centres de salut implicats, (c) que una intervenció efectiva sobre aquesta problemàtica, requereix el reconeixement de la seva severitat i l'adopció de mesures pal·liatives i de prevenció primària de pràctiques organitzacionals saturades de factors de risc psicosocial i (d) que urgeix una reflexió crítica sobre l'actual model d'organització del treball en centres de salut com els investigats i una proposta de promoció de models més saludables d'organització d'aquests centres.

Calidad de Vida Laboral y Riesgos Psicosociales en profesionales de la salud catalanes

RESUMEN

Palabras clave: Calidad de Vida Laboral. Riesgo Psicosocial. Presión Asistencial. Profesionales de la Salud.

Introducción. El incremento cuantitativo y cualitativo de la demanda de servicios sanitarios, combinado con el proceso de reorganización flexible del trabajo sanitario, comporta para el personal empleado en centros de salud, un nuevo marco de la experiencia laboral y un escenario marcado por la *presión asistencial*. La investigación apunta al doble objetivo (a) de evaluar algunos componentes psicosociales de la calidad de vida laboral y del bienestar en el trabajo y (b) de identificar factores de riesgo psicosocial, especialmente los asociados a la *presión asistencial*.

Método. De la extensa y heterogénea población trabajadora en centros de salud ubicados en Catalunya se extrajo una serie de muestras de centros integrats en la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública): 2002-03 (n=169), 2006 (n=1.677), 2008 (n=226), 2009 (n=154). Siendo la primera aleatoria y las otras de conveniencia, todas fueron estratificadas con criterios como profesión, especialización, lugar y turno de trabajo, género, generación, situación contractual, responsabilidades de gestión y antigüedad en el puesto. En la recogida de información, se combina el uso de una técnica cuantitativa (encuesta) y otra cualitativa (entrevista semiestructurada). La primera consiste en un cuestionario autoaplicable que incluye series de ítems cerrados y de preguntas abiertas. Entre los primeros figuran las escalas de *Condiciones de Trabajo* y de *Clima Sociolaboral* (comunes a todas las muestras) y la de *Bienestar Laboral* (aplicada en algunas de ellas). Los datos cuantitativos han sido procesados mediante el paquete estadístico SPSS y los cualitativos lo han sido por el Atlas ti.

Resultados. Todas las muestras coinciden en valorar de forma relativamente positiva las condiciones materiales y técnicas de trabajo, así como el clima social que se respira en los centros de trabajo, especialmente en lo que concierne a las relaciones horizontales de compañerismo entre colegas. Por otra parte, altos niveles de *presión asistencial* (o sobrecarga percibida de trabajo) son visibles transversal y longitudinalmente en todas las categorías y especializaciones profesionales, situaciones ocupacionales, lugares y turnos de trabajo, géneros y generaciones. Además, en el "*Hospital Central*" -centro de referencia del estudio-, descienden significativamente las puntuaciones medias en los principales indicadores de calidad de vida laboral a lo largo del sexenio considerado.

Discusión. Los datos expuestos confirman hipótesis previas y son congruentes con otros estudios.

Conclusiones. Los resultados indican (a) que la calidad de vida laboral en la población estudiada aparece en general como moderadamente aceptable, (b) que tiene un importante punto débil: altos niveles de presión asistencial, que es un factor de riesgo psicosocial para el personal y una señal de alarma para el conjunto del sistema de los centros de salud implicados, (c) que una intervención efectiva sobre esta problemática, requiere el reconocimiento de la severidad de la misma y la adopción de medidas paliativas y de prevención primaria de prácticas organizacionales saturadas de factores de riesgo psicosocial y (d) que urge una reflexión crítica sobre el actual modelo de organización del trabajo en centros de salud como los investigados y una propuesta de promoción de modelos más saludables de organización de tales centros.

Quality of Working Life and Psychosocial Risk on Catalan Health Workers

ABSTRACT

Key Words: Quality of Working Life. Psychosocial Risk. Well-Being. *Attendance pressure*

Introduction. The quantitative and qualitative increase in the demand for health services, combined with flexible reorganization of health work, provides to the staff employed in health centres, a new framework for work experience and a stage marked by the workload. The research suggests the dual purpose (a) to assess psychosocial components of quality of working life and welfare at work and (b) identify psychosocial risk factors, especially those associated with the *Attendance Pressure*.

Method. From the extensive and diverse work force in Catalan health centres was extracted a sample of centres XHUP (Public Use Hospital Network): 2002-03 (n = 169), 2006 (n = 1.677), 2008 (n = 226), 2009 (n = 154). The first was a random sample and the other was convenience samples. All they were stratified with criteria such as profession, expertise, time and place of work, gender, generation, status, management responsibilities and seniority in the job. The collection of information combines the quantitative (survey) and qualitative (semi structured interview) techniques. A self-administered questionnaire includes series of closed items and of open questions. Among the former are the scales of *Work Conditions* and *Social Climate* (common to all samples) and *Labour Wellbeing* (applied in some of them). Quantitative data were processed using SPSS and qualitative have been processed using the Atlas ti software.

Results. All samples show a relatively positive assessment of the material and technological working conditions, as well as the social atmosphere that is breathed in the workplace, especially in regard to the horizontal relationships of fellowship among colleagues. Moreover, high levels of *Attendance pressure* (or perceived work overload) are traversal and longitudinally visible in all categories and professional skills, occupational situations, locations and shifts, genders and generations. Furthermore, in the "*Central Hospital*" centre-of-reference for the study, the mean scores fell significantly in the main indicators of quality of life throughout the six years considered.

Discussion. The data confirms previous hypotheses and are consistent with other studies.

Conclusions. The results indicate that (a) that the quality of working life in the study population as a whole appears as moderately acceptable, (b) that has a major weakness: high *Attendance Pressure*, which is a psychosocial risk factor for personnel and an alarm signal for the entire system of health centres involved, (c) that an effective intervention on this problem requires recognition of the severity of the punishment and the adoption of mitigation measures and primary prevention of organizational practices saturated of psychosocial risk factors and (d) which urges a critical reflexion on the current pattern of work organization in health services as those being investigated and a proposal to promote healthier models of organization of such centres.

2.1 Disseny general de la recerca i objectius

Aquest informe presenta en primer lloc un resum dels antecedents, objectius i metodologia de recerca de l'enquesta 2008, que inclou una breu descripció de la mostra i de l'eina de treball. Tot seguit ofereix les dades (generals i creuades amb les principals variables censals) de les puntuacions mitjanes en les escales de Condicions de Treball, Clima Sociolaboral i Benestar Psicosocial, acompanyades de comentaris sobre el seu significat i implicacions. A continuació, es compara les dades amb les obtingudes en l'estudi fet al HC al 2003 i amb les d'una mostra de 2006 a hospitals d'aguts de la XHUP. Finalment, es fa una valoració de la nova escala introduïda al 2008: Benestar Psicosocial.

La recerca empírica s'ha portat a terme en diversos centres de salut i en diversos temps. A fi de mantenir l'anonimat no només de les persones que voluntàriament hi han participat - comunicant aspectes de la vivència personal del seu treball-, sinó també dels centres de salut que han obert les seves portes per a facilitar la realització d'aquesta recerca, de la institució sanitària de referència bàsica per a la tesi, on se n'ha fet un seguiment longitudinal en dos temps (2002-03 i 2008), en direm "Hospital Central", expressió que condensarem amb les sigles "HC".

El conjunt de l'estudi s'ha centrat en la Qualitat de Vida Laboral dels professionals de la salut catalans i dels Factors de Risc Psicosocial que l'amenacen i condicionen. Com s'ha exposat a la introducció general, la població de la qual se n'ha extret les mostres objecte de la present recerca està integrada pel conjunt de professionals que treballen en centres de salut integrats a la Xarxa XHUP. Un d'aquests centres, representatiu del conjunt, és el que ací en diem l'Hospital Central ("HC"). A l'HC, s'ha realitzat la recerca empírica en dos temps: T-1, 2002-2003 i T-2, 2008. Als demés centres de la Xarxa, el treball s'ha portat a terme al 2006.

L'actual escenari de l'HC es caracteritza, d'una part, per la progressiva implantació d'un model empresarial d'organització hospitalària hegemònic a escala general de Catalunya i, d'altra, per la conjuntura local d'un important procés d'increment, diversificació i complexificació de la demanda de serveis sanitaris per una població que també creix en quantitat, diversitat i complexitat.

La presentació del conjunt de la informació empírica, es farà en dues fases: en primer lloc, es presentarà els resultats de la mostra de 2008 a l'HC, que seran adoptats com a base de referència. I sobre aquesta base es farà una comparació longitudinal amb les dades de 2003 del mateix HC i transversal amb les de la mostra 2006.

L'estudi combina l'aplicació de dues eines de treball bàsiques: una de qualitativa - l'entrevista semiestructurada -, i una de quantitativa -l'enquesta per qüestionari de paper i llapis i d'autoaplicació individual-.

Aquest estudi persegueix els següents objectius operatius concrets:

2.1.1. Generals

- Estudiar les Condicions de Treball, el Clima Sociolaboral i el Benestar Psicosocial a l'HC a 2008.
- Fer comparacions longitudinals, per tal de detectar tendències evolutives internes, entre les dades de 2003 i les de 2008.
- Fer comparacions transversals entre les dades de l'HC de 2008 i les dels altres centres vinculats a la xarxa XHUP de 2006.

2.2.2. Específics

- Identificar els grups, els sectors professionals i les circumstàncies laborals que comportin major risc psicosocial en el treball.
- Extreure de la informació elaborada, idees per la posada en marxa de plans de millora del sistema.

2.2 Mètode

2.2.1 Procediment

A finals de l'exercici 2002, s'inicia una recerca empírica a l'HC, que s'acaba a la primavera de 2003. L'estudi compta amb el *vist i plau* dels Delegats de Prevenció en el Comitè de Seguretat i Salut en el Treball (CSiST a partir d'ara), del Servei de Prevenció de Riscos Laborals i de la mateixa Direcció del centre. Es tracta d'un estudi sobre factors de Risc Psicosocial, Clima Laboral i Condicions de Vida i Treball a l'HC, que s'acorda denominar *Estudi sobre Qualitat de Vida Laboral*. En totes les fases de l'estudi, participa activament un equip d'estudiants de "Practicum De Psicologia Social" de la Càtedra de Psicologia Social Aplicada de la UAB.

L'**estudi de 2002-2003** es desenvolupa en les següents etapes:

a. **Fase pilot**, hivern de 2002-2003:

- Entrevistes de 90 a 120 minuts a 39 persones treballadores de diferents sectors professionals i categories sociolaborals de l'hospital.
- Recollida de dades històriques, actuals i del pla estratègic del centre.
- Construcció d'un qüestionari fet a mida de l'HC, sobre la base del material informatiu obtingut de les entrevistes i de la revisió teòrica de la literatura científica sobre el tema. Està integrat per 2 escales (Condicions de Treball i Clima Sociolaboral) i 4 Factors de Risc Psicosocial (realització professional, mal tracte laboral, despersonalització en les relacions humanes i saturació de rol per sobrecàrrega de treball).

b. **Fase de treball de camp**, primavera 2003:

- Selecció de 130 persones treballadores mitjançant mostreig aleatori estratificat (70 divisió infermeria, 30 divisió mèdica i 30 divisió administrativa) de tots els torns i categories professionals.
- Aplicació individualitzada del qüestionari de l'Enquesta sobre Qualitat de Vida Laboral, precedida i seguida d'una breu entrevista, en una sessió d'una durada mitjana de 60 minuts amb cada persona participant en l'estudi.
- Processament i anàlisi de les dades qualitatives (Atlas-ti) i quantitatives (SPSS).

c. **Elaboració i presentació de l'Informe de devolució dels resultats** al centre, que s'havia compromès a considerar les dades de l'estudi per al disseny d'un *Pla de Millora* (que efectivament es fa fer i aplicar), estiu-tardor 2003: Aquest informe presentat al centre, i al que va tenir accés tot el personal, va incloure una síntesi esquemàtica de les dades globals i un conjunt de propostes de prevenció i millora.

L'**estudi de 2008**. Passats 5 anys de la presentació de la recerca inicial sobre *Condicions de Treball, Clima Sociolaboral i Factors de Risc Psicosocial*, a l'HC, s'ha fet un nou estudi a partir d'una proposta consensuada en el Comitè de Seguretat i Salut en el Treball. El context de producció d'aquesta nova investigació de 2008 es diferencia del de 2003 en alguns aspectes importants:

II. ESTUDI EMPÍRIC. Riscos Psicosocials en el treball de professionals de la salut catalans

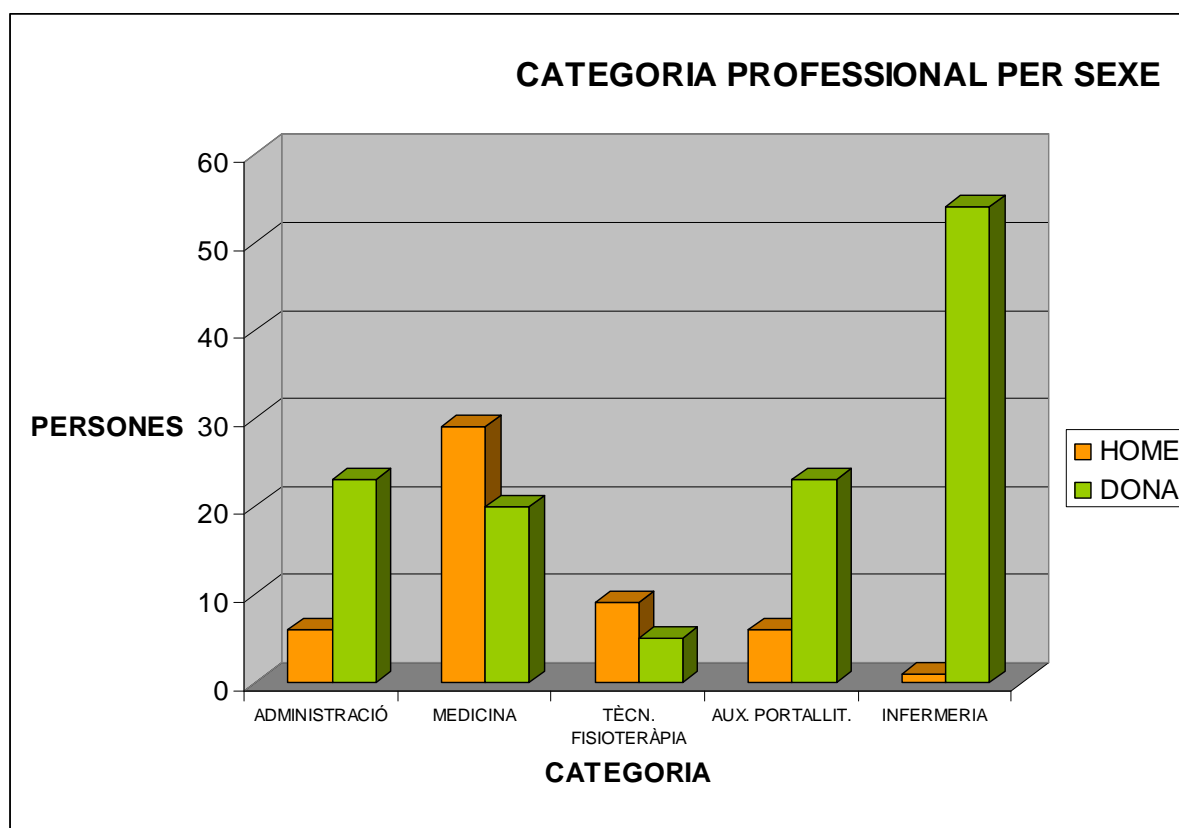
- a. Dinàmica organitzacional de l'Hospital condicionada per factors externs (nou Conveni XHUP, increments dels paràmetres d'activitat de l'hospital, creixement de la població de referència, etc.) i interns (canvi de l'estructura de retribució, implantació d'un Pla de Qualitat, introducció d'un nou sistema informàtic de gestió, etc.)
- b. Procediment de mostreig diferent: mentre la mostra de 2003 fou aleatòria i estratificada, la de 2008 està composta pel personal que l'ha contestat voluntàriament (que supera el 50% de la població total del personal treballador del centre). Aquest sistema permet una potencial major participació teòrica, però en contrapartida té el biaix de la tendència a la sobre-representació del personal amb major predisposició a contestar l'enquesta.
- c. L'eina de treball de 2008 incorpora una nova escala de Benestar Psicosocial en el treball i conserva les escales de Condicions de Treball i de Clima Sociolaboral aplicades a 2003, però no la sèrie d'ítems relatiu a factors de risc psicosocial, que tractaven, entre altres fenòmens i processos, de desgastament psicològic en el treball (burnout) i de diverses formes d'assetjament laboral (s'ha considerat que es podien solapar amb continguts de l'altra qüestionari que també s'ha aplicat al centre al 2008, el PSQ CAT21). Tampoc no ha estat autoritzada la incorporació al qüestionari 2008 de preguntes obertes, per raó d'economia de temps d'aplicació i també per a evitar efectes de solapament.

Pel que fa a l'**ètica de la recerca**, el lliurament del qüestionari ha estat fet de forma personalitzada a partir dels comandaments de cada unitat i servei i la seva recollida s'ha fet en urnes disposades a les entrades principals dels centres de salut o als vestuaris, salvaguardant-se en tot moment el dret a l'anonimat i la confidencialitat. Les persones que l'han retornat complimentat ho han fet de manera lliure i voluntària. Prèviament s'havia realitzat un pla d'informació i sensibilització, amb la conformitat del Comitè de Seguretat i Salut en el Treball de l'HC. Així mateix, a la portada del mateix text del qüestionari s'hi fa constar.

2.2.2 Població i Mostra

A la taula 1 de la introducció general es presenta les característiques generals de les diferents mostres de l'estudi. Pel que fa referència al de 2008, hi han participat un total de 226 persones, cosa que representa el 52,25% de les 441 que treballen a l'*Hospital Central*. Donat que no totes elles han contestat la totalitat de les preguntes censals del qüestionari, es posarà entre parèntesi el nombre dels casos que han contestat l'ítem de referència.

Prop de tres quartes parts d'aquest conjunt són dones (158) i la quarta part restant homes (58), que no es reparteixen aleatòriament entre les diferents categories professionals, sinó amb uns biaixos especials, entre els que destaquen una sobre-representació masculina en la divisió mèdica (26 de les 43 que han especificat les seves categories de sexe i de professió a l'enquesta) i una sobre-representació femenina en la divisió d' infermeria (80 de les 97 que ho han fet). Per torns, 63 corresponen al matí, 20 a la tarda, 23 a la nit, 46 al torn partit i 56 a les altres formes (corretorn, altern o irregular).



Gràfic II.1. Distribució de la mostra per SEXE i CATEGORIA PROFESSIONAL

87 persones enquestades tenen menys de 40 anys, i 89 en tenen 40 o més.

167 declaren que fan tasca assistencial i 31 que no en fan.

31 exerceixen càrrec de Comandament i 188 no.

Pel que fa al Tipus de Contracte, 211 declaren tenir-lo Indefinit – estable i 10 Temporal – inestable. A 190 ja els està bé aquest tipus de contracte i 19, si tingués la possibilitat de canviar-lo, ho faria.

2.2.3 Instruments

Per a l'avaluació de la qualitat de vida laboral al HC, s'ha aplicat un qüestionari a una mostra de persones treballadores del centre que inclou, entre altres escales sobre *Condicions de Treball*, sobre *Clima Sociolaboral* i sobre *Benestar Psicosocial*, elaborades per Blanch (2005, 2006). Les dues primeres han estat aplicades en T-1 i T-2. La darrera només a T-2. La taula II.1 resumeix els conceptes respectius de cada escala.

ESCALA	CONCEPTE implicat
Condicions de Treball	Conjunt de circumstàncies en el marc de les quals es desenvolupa l'activitat laboral i que incideixen especialment en la qualitat de vida laboral i sobre la salut i el benestar psicològic del treballador, així com en la seva motivació i satisfacció laborals i sobre la seva implicació en el treball, així com en l' experiència del treball i en la dinàmica de les relacions laborals.
Clima Sociolaboral	Conjunt de propietats objectives i percebudes de l' ambient sociolaboral que explica i prediu processos com rendiment, productivitat, absentisme, rotació, conflictivitat, satisfacció, qualitat de vida laboral o eficàcia i eficiència organitzacionals.
Benestar Laboral	Grau de satisfacció física, psicològica i social experimentada per les persones en l'exercici del seu treball i davant les connotacions del futur laboral percebut. Abrasa una doble dimensió: objectiva, relacionada especialment amb les condicions de treball, i subjectiva, associada a les percepcions i valoracions de la pròpia experiència laboral desenvolupada en els plans social i individual. Configura el component subjectiu de la qualitat de vida, que comporta cognicions i emocions implicades en la pròpia experiència vital.

Taula II.1. Definició dels constructes

Pel que fa a les dues primeres escales en conjunt, tant els resultats de l'anàlisi factorial (66,3%) com de la fiabilitat o consistència interna indicada per l'*Alpha de Cronbach* (0,915) presenten valors òptims. L'anàlisi de *components principals* amb rotació ortogonal *varimax*, mostra una estructura de 5 subfactors; 4 resultants de l'escala de Condicions de Treball i 1 de l'escala de Clima Sociolaboral (taula II.2.).

Els resultats de l'anàlisi factorial de l'escala Condicions de Treball mostren una estructura de 4 factors que expliquen el 64,98 % de la variabilitat. Els ítems Remuneració rebuda i Càrrega de treball també tenen un pes de la variància explicada en la subescala de Desenvolupament professional. Els de l'escala Clima Sociolaboral, tal com apareix a la taula II.4, mostren una estructura d'un únic factor que explica el 62,86 % de la variabilitat.

II. ESTUDI EMPÍRIC. Riscos Psicosocials en el treball de professionals de la salut catalans

Escala	Subescales	Ítem	1	2	3	4	5	
CONDICIONS DE TREBALL	Subescala 1: Entorn laboral	a1. Salut i seguretat		X				
		a2. Instal·lacions i equipaments		X				
		a3. Entorn físic		X				
		a4. Serveis		X				
	Subescala 2: Condicions contractuals	a5. Temps de treball				X		
		a6. Remuneració	X		X			
		a7. Tipus de contracte			X			
		a8. Càrrega de treball	X		X			
		a9. Estabilitat			X			
		a10. Compatibilitat			X			
	Subescala 3: Desenvolupament professional	a11. Organització	X					
		a12. Formació	X					
		a13. Promoció	X					
		a14. Participació	X					
	Subescala 4: Motivació en el treball	a15. Motivació					X	
		a16. Satisfacció					X	
		a17. Rendiment					X	
		a18. Realització					X	
CLIMA SOCIOLABORAL	Subescala 5: Clima Sociolaboral	b1. Companyerisme					X	
		b2. Relacions amb càrrecs					X	
		b3. Suport iguals					X	
		b4. Recolzament càrrecs					X	
		b5. Reconeixement					X	
		b6. Avaluació del rendiment	X				X	
		b7. Autonomia i iniciativa	X				X	
		b8. Igualtat i justícia	X				X	

Taula II.2. Escales i Factors

Calculats un coeficient d'Alpha de Cronbach per cadascuna de les 5 subescales, resulten els valors de fiabilitat de consistència interna exposats a la taula II.3.

Escales i factors	Alpha de Cronbach Anàlisi 2008
Entorn laboral	0,806
Condicions contractuals	0,822
Desenvolupament professional	0,844
Motivació laboral	0,844
Total escala Condicions de Treball	0,915
Satisfacció laboral	
Total escala Clima SocioLaboral	0,915

Taula II.3. Dades psicomètriques escales i factors

Pel que fa a l'escala de *Benestar Psicosocial*, que mesura el grau de satisfacció per l'actual experiència de treball i per les connotacions del futur laboral percebut (Blanch, 2006), l'anàlisi de *components principals* amb rotació ortogonal *varimax*, mostra una estructura d'un sol factor, que explica un 60.4 % de la variància, essent totes les càrregues factorials superiors a 0.35 i la seva Alpha de Cronbach de 0.93. Considerant les escales globalment, s'obté les següents dades:

Escala	Variància explicada	Alpha de Cronbach	Nº ítems
Escala <i>Condicions de Treball</i>	65,0	0.91	18
Escala <i>Clima Sociolaboral</i>	62,9	0.91	8
Escala <i>Benestar Psicosocial</i>	60,4	0.93	17

Taula II.4. Dades psicomètriques de les Escales

A la vista d'aquests resultats es conclou que tant l'escala de *Condicions de Treball* com la de *Clima Sociolaboral* i la de *Benestar Psicosocial* poden ser uns instruments adequats per a mesurar aquests components de la qualitat de vida laboral als centres de salut de la XHUP, Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública.

2.3 Resultats

Es presenta en primer lloc una selecció esquemàtica dels principals resultats de l'enquesta 2008 pel que fa a puntuacions globals en les 3 escales i als seus creuaments amb les variables censals considerades. Posteriorment, es fa el mateix escala per escala creuada amb la variable censal categoria professional, que fa referència als diferents sectors professionals implicats.

2.3.1 Estudi en dos temps (2003/2008) de l' "Hospital Central"

2.3.1.1 Condicions de Treball, Clima Sociolaboral i Benestar Psicosocial. Mostra HC 2008

2.3.1.1.A. Puntuacions en les escales segons variables censals

La taula II.5. presenta les puntuacions mitjanes globals de les 3 escales en la mostra 2008.

ESCALA	CONDICIONS DE TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
Mitjana (de 0 a 10)	5,29	5,76	5,55
Desviació Estàndard	1.39	1.42	1.79

Taula II.5. Puntuacions mitjanes globals de les escales

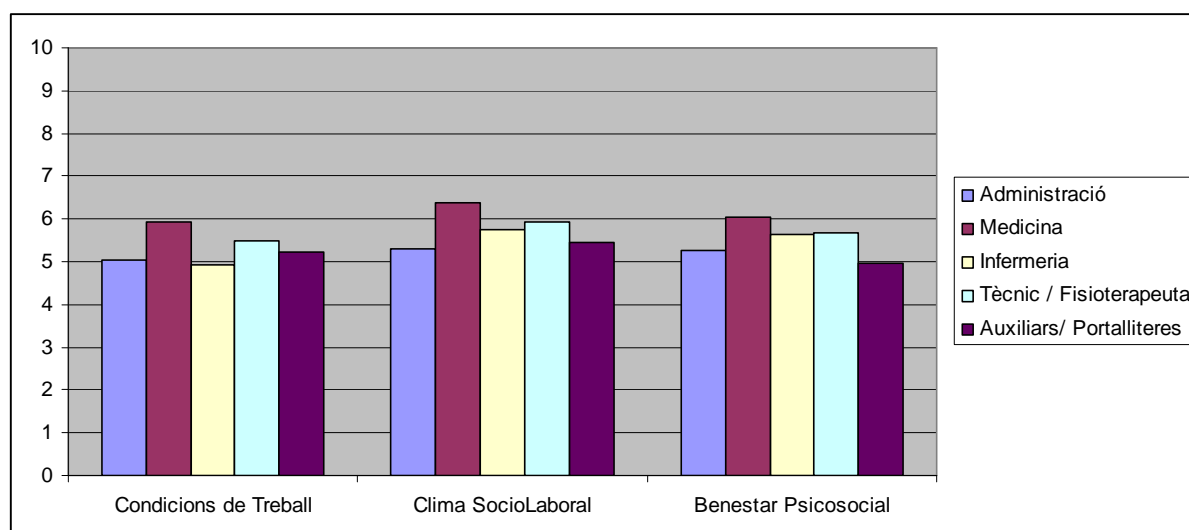
Comentari. Les puntuacions mitjanes de les tres escales superen (per relativament poc) el 5 en una escala de 0 a 10. No obstant, les desviacions estàndard indiquen que una porció important de la mostra s'ubica por sota d'aquesta puntuació.

A les taules següents, apareix el seu creuament amb cadascuna de les variables censals.

▪ **CREUAMENT de les escales per CATEGORIA PROFESSIONAL**

Mitjana i (desviació) Escales			
CATEGORIA PROFESSIONAL	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
Administració (n=31)	5,05 (1,40)	5,29 (1,81)	5,26 (1,33)
Medicina (n=50)	5,93 (1,12)	6,37 (1,75)	6,06 (1,01)
Infermeria (n=56)	4,91 (1,49)	5,74 (1,47)	5,62 (1,37)
Tècnic / Fisioterapeuta (n=14)	5,49 (1,10)	5,95 (1,74)	5,68 (1,89)
Auxiliars/ Portalliteres (n=29)	5,23 (1,54)	5,45 (1,90)	4,95 (1,82)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	0.003	0.051	0.022

Taula II.6. Mitjanes i desviacions a les escales per CATEGORIA PROFESSIONAL



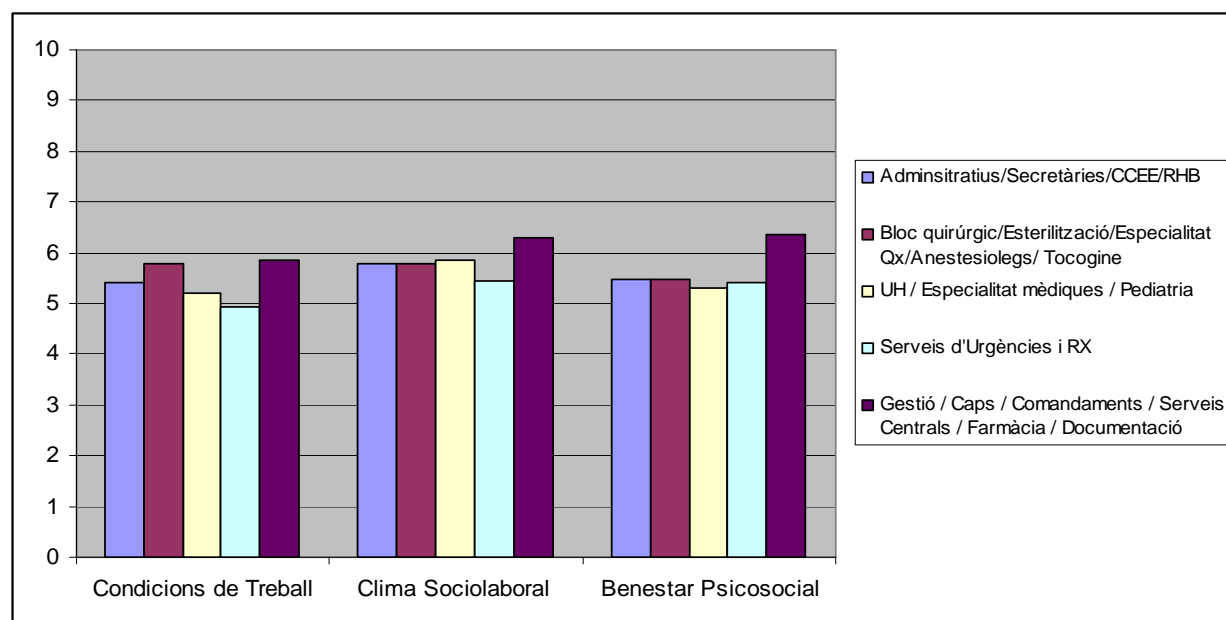
Gràfic II.2. Puntuacions mitjanes a les escales per CATEGORIA PROFESSIONAL

Comentari. La variable CATEGORIA PROFESSIONAL marca diferències estadísticament significatives sobre tot en l'escala Condicions de Treball i també en Benestar Psicosocial, i pràcticament ratllant la significació, en Clima Sociolaboral. En totes les escales, Medicina tendeix a puntuar més alt. Infermeria fa les valoracions més desfavorables en Condicions de Treball, Administració en Clima Sociolaboral i el grup Auxiliars/Portalliteres en Benestar Psicosocial.

▪ CREUAMENT de les escales per DEPARTAMENT

Mitjana i (desviació) Escales			
DEPARTAMENT	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
Admi/Arxiu/Secret/CCEE/RHB (n= 25)	5,403 (1,31)	5,782 (1,91)	5,468 (1,49)
Bloc quirúrgic /Esterilitz/ Especialitats Quirúrgiques /Anestesiol /TocoGinec (n= 32)	5,768 (1,24)	5,782 (2,00)	5,468 (1,20)
Unitats d'Hospitalització /Especialitats Mediques/Pediatrics (n= 54)	5,219 (1,48)	5,860 (1,42)	5,307 (1,40)
Servei d'Urgències i Radiodiagnòstic (n= 45)	4,933 (1,51)	5,448 (1,87)	5,397 (1,60)
Gestió/Caps/Comand/Serveis Centrals/Farmà/Documentació (n= 23)	5,860 (1,21)	6,286 (1,55)	6,370 (1,28)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	0.037	0.28	.031

Taula II.7. Mitjanes i desviacions a les escales per DEPARTAMENT



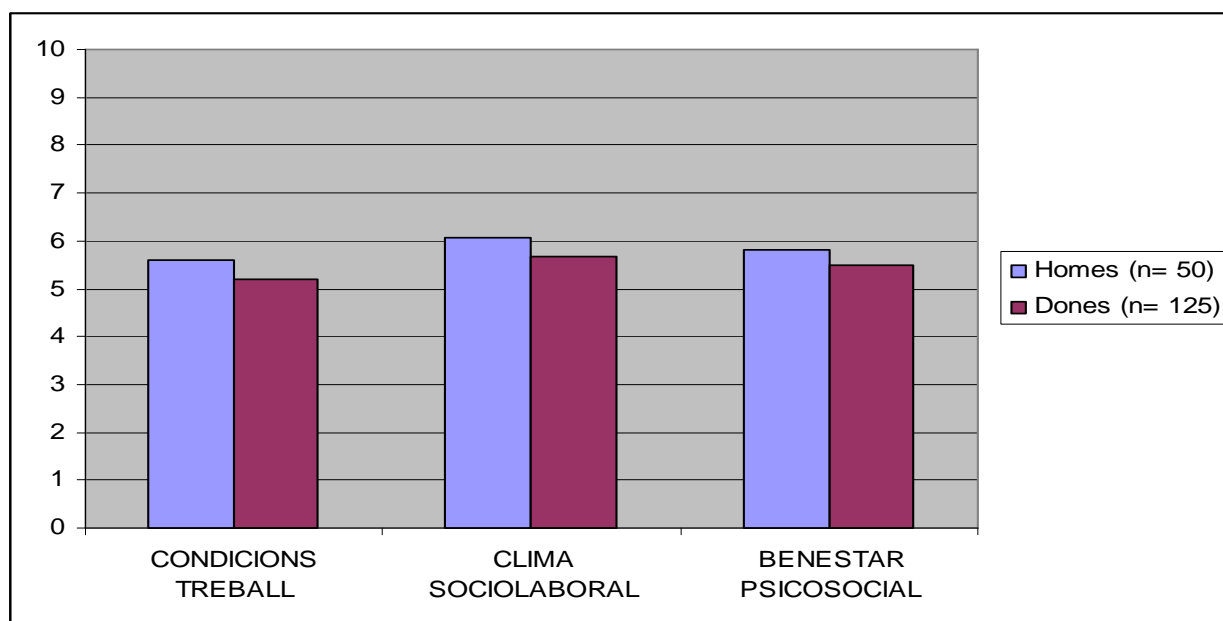
Gràfic II.3. Mitjanes de les escales per DEPARTAMENT

Comentari. La variable DEPARTAMENT marca diferències estadísticament significatives en les escales de Condicions de Treball i Benestar Psicosocial. En ambdues escales, la categoria *Gestió, Caps, Comandaments, ...* puntua més alt. Servei d'Urgències i Servei de Radiodiagnòstic tendeix a fer les valoracions més desfavorables en les escales.

▪ **CREUAMENT de les escales per SEXE**

Mitjana i (desviació) Escales			
SEXE	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
Homes (n= 50)	5,58 (1,31)	6,07 (1,85)	5,80 (1,48)
Dones (n= 125)	5,21 (1,49)	5,68 (1,64)	5,49 (1,40)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	0.085	0.140	0.188

Taula II.8. Mitjanes i desviacions a les escales segons SEXE



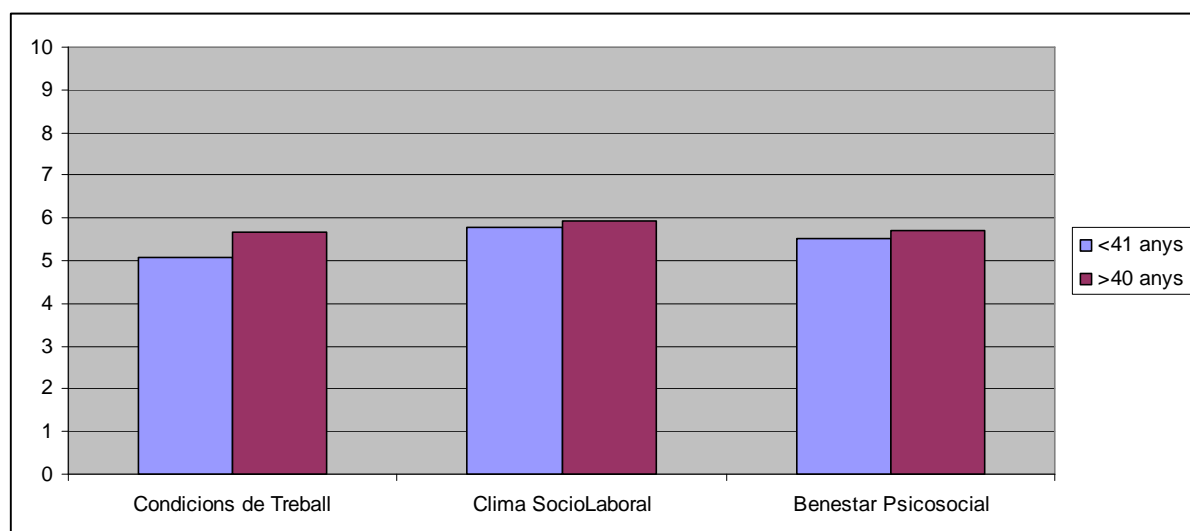
Gràfic II.4. Mitjanes a les escales per SEXE

Comentari. La variable SEXE no marca diferències estadísticament significatives en cap de les escales. Darrera dels indicis de puntuació més alta en els homes s'amaga el fet de la desigual distribució de dones i homes per categories professionals, estant les dones subrepresentades a medicina i tècnics/fisioteràpia (les categories que donen puntuacions més altes a les escales) i sobrerrepresentades a infermeria, administració i auxiliars- portalliteres (les categories que donen puntuacions més baixes a les escales).

▪ **CREUAMENT de les escales per EDAT**

Mitjana i (desviació) Escales			
EDAT	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
<41 anys (n=87)	5,08 (1,55)	5,80 (1,68)	5,53 (1,39)
>40 anys (n=89)	5,68 (1,23)	5,92 (1,73)	5,71 (1,49)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	0.004	0.634	0.445

Taula II.9. Mitjanes i desviacions a les escales segons EDAT



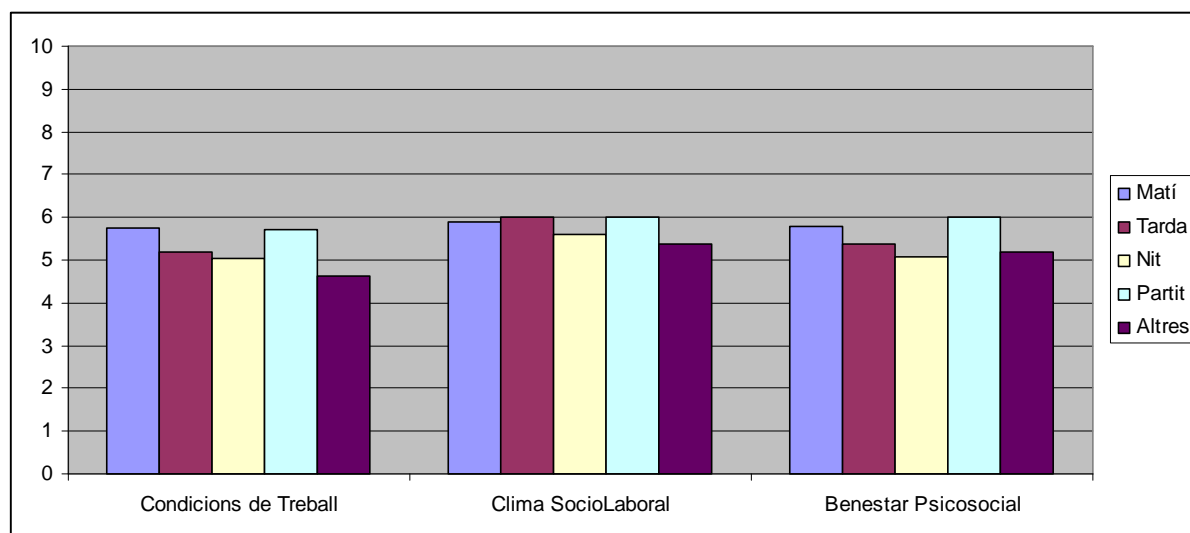
Gràfic II.5. Puntuacions mitjanes a les escales segons EDAT

Comentari. La variable EDAT marca diferències estadísticament significatives en l'escala de Condicions de Treball. El personal de més de 40 anys puntua més alt que el que en té menys.

▪ CREUAMENT de les escales per TORN

Mitjana i (desviació) Escales			
TORN	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
Matí (n= 65)	5,73 (1,20)	5,89 (1,70)	5,77 (1,40)
Tarda (n= 20)	5,17 (1,47)	6,02 (1,92)	5,39 (1,45)
Nit (n= 23)	5,02 (1,55)	5,61 (1,62)	5,08 (1,65)
Partit (n= 47)	5,71 (1,17)	6,01 (1,74)	6,01 (1,79)
Altres (n= 58)	4,64 (1, 46)	5,39 (1,71)	5,18 (1,27)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	0.000	0.328	0.027

Taula II.10. Mitjanes i desviacions a les escales per Torn



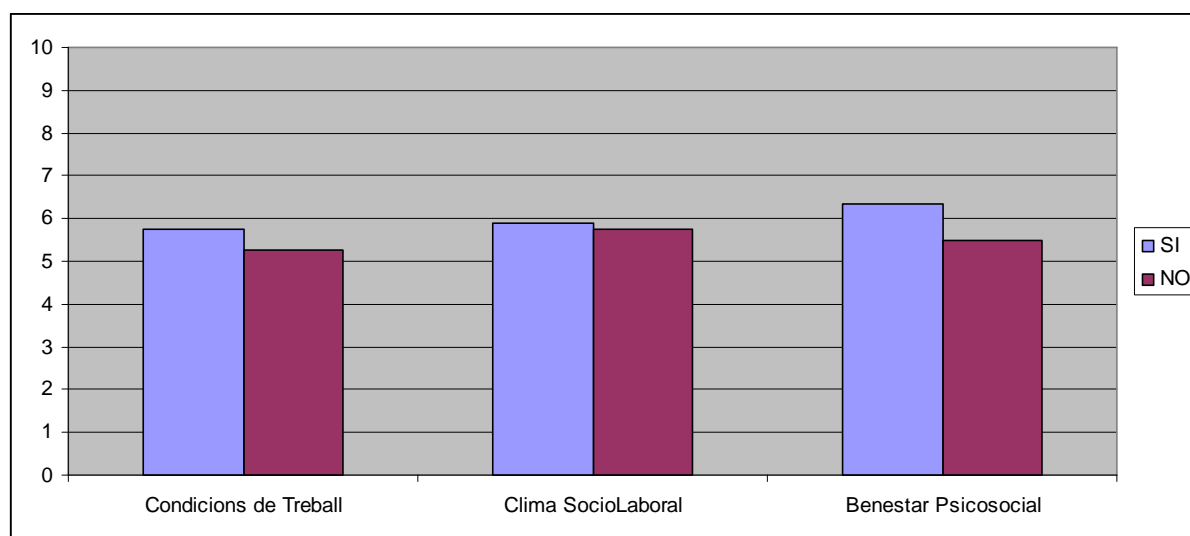
Gràfic II.6. Puntuacions mitjanes a les escales segons TORN

Comentari. La variable TORN marca diferències estadísticament significatives en les escales de Condicions de Treball i Benestar Psicosocial. En ambdues escales, les categories *Matí* i *Torn partit* puntuen més alt que *nit* i *altres* (corretorn, altern, irregular, etc.).

▪ CREUAMENT de les escales per CÀRREC COMANDAMENT

Mitjana i (desviació) Escales			
CÀRREC COMANDAMENT	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
SI (n= 20)	5,76 (1,41)	5,91 (1,74)	6,35 (1,40)
NO (n= 192)	5,25 (1,15)	5,75 (1,50)	5,47 (1,46)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	0.281	0.871	0.043

Taula II.11. Mitjanes i desviacions a les escales segons CÀRREC COMANDAMENT



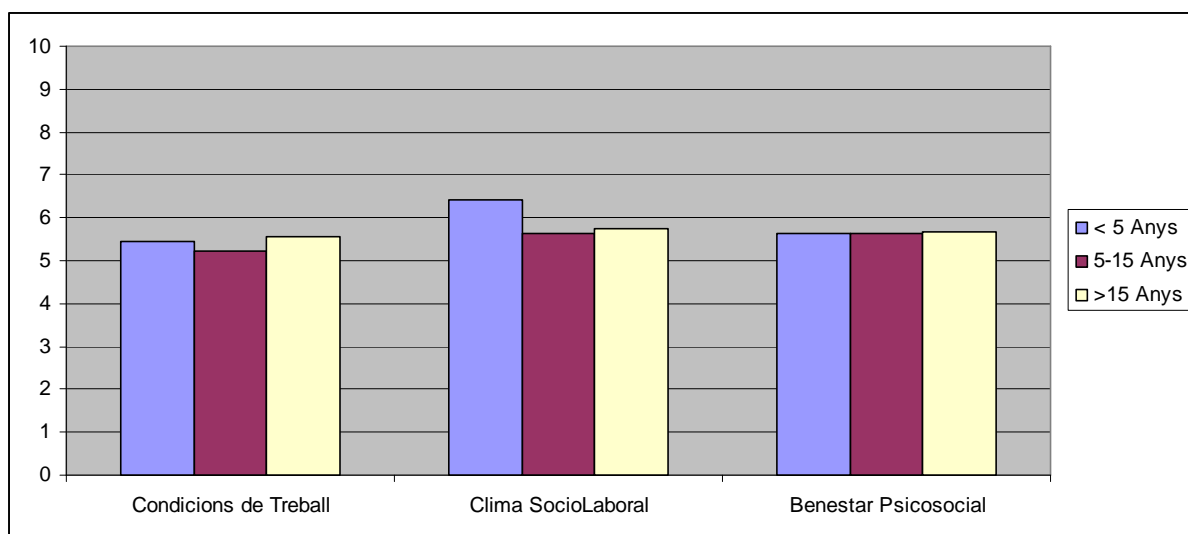
Gràfic II.7. Puntuacions mitjanes a les escales segons CÀRREC COMANDAMENT

Comentari. La variable CÀRREC COMANDAMENT marca diferències estadísticament significatives en l'escala de Benestar Psicosocial. El personal amb responsabilitats de Comandament puntua més alt a l'escala que el que no en té.

▪ **CREUAMENT de les escales per ANTIGÜITAT**

Mitjana i (desviació) Escales			
ANTIGUITAT	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
< 5 Anys (n=42)	5,43 (1,54)	6,41 (1,60)	5,62 (1,32)
5-15 Anys (n=48)	5,22 (1,44)	5,63 (1,75)	5,62 (1,26)
>15 Anys (n=63)	5,57 (1,24)	5,74 (1,54)	5,68 (1,62)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	0,469	0,030	0,969

Taula II.12. Mitjanes i desviacions a les escales per ANTIGÜITAT



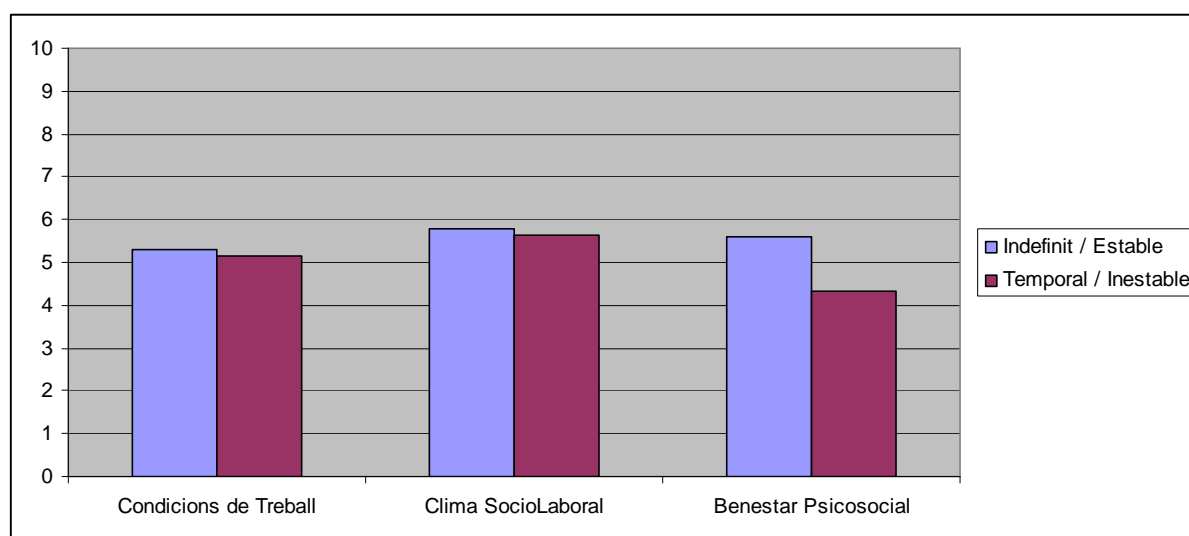
Gràfic II.8. Puntuacions mitjanes a les escales segons ANTIGÜITAT

Comentari. La variable ANTIGUITAT marca diferències estadísticament significatives en l'escala de Clima Sociolaboral. El personal amb contracte d'una antiguitat inferior a 5 anys puntua més alt que el més antic en l'escala en l'escala de Clima Sociolaboral.

▪ **CREUAMENT de les escales per TIPUS DE CONTRACTE**

Mitjana i (desviació) Escales			
TIPUS DE CONTRACTE	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
Indefinit/ estable (n= 209)	5,31 (1,31)	5,77 (1,70)	5,60 (1,42)
Temporal/inestable (n= 10)	5,15 (1,57)	5,62 (2,00)	4,34 (0, 57)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	0.769	0.790	0.021

Taula II.13. Mitjanes i desviacions a les escales per TIPUS DE CONTRACTE



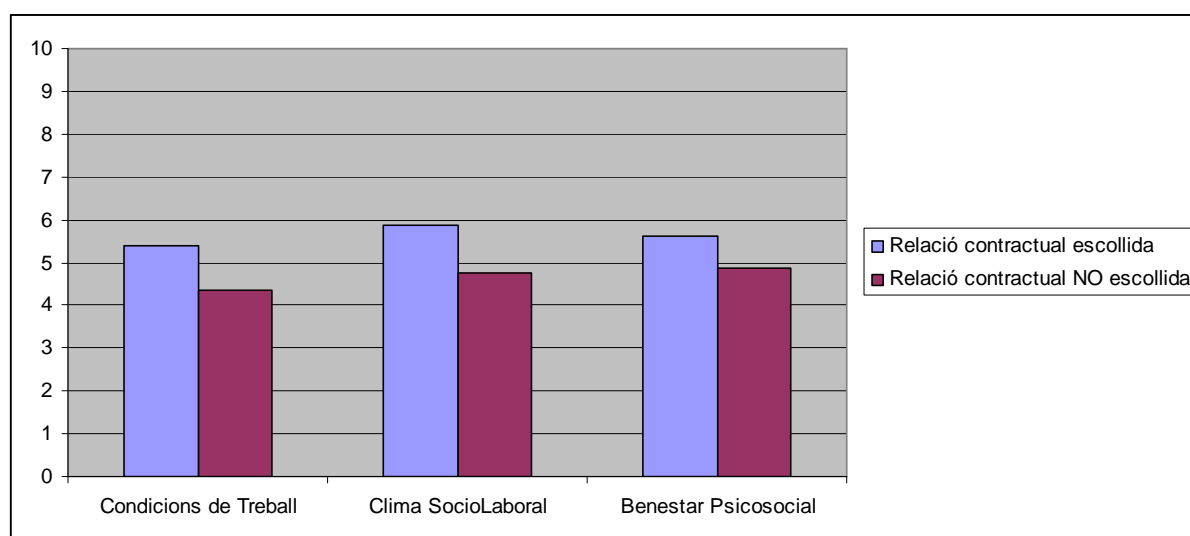
Gràfic II.9. Puntuacions mitjanes a les escales segons TIPUS CONTRACTE

Comentari. La variable TIPUS CONTRACTE marca diferències estadísticament significatives en l'escala de Benestar Psicosocial. El personal amb contracte estable puntua més alt.

▪ **CREUAMENT de les escales per caràcter (escollit o no) del TIPUS DE RELACIÓ CONTRACTUAL**

Mitjana i (desviació) Escales			
TIPUS DE RELACIÓ CONTRACTUAL	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
SI Escollida (n= 191)	5,38 (1,59)	5,88 (1,64)	5,62 (1,35)
NO Escollida (n=19)	4,35 (1,34)	4,77 (2,12)	4,87 (1,41)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	0.002	0.005	0.057

Taula II.14. Mitjanes i desviacions a les escales per TIPUS DE RELACIÓ CONTRACTUAL



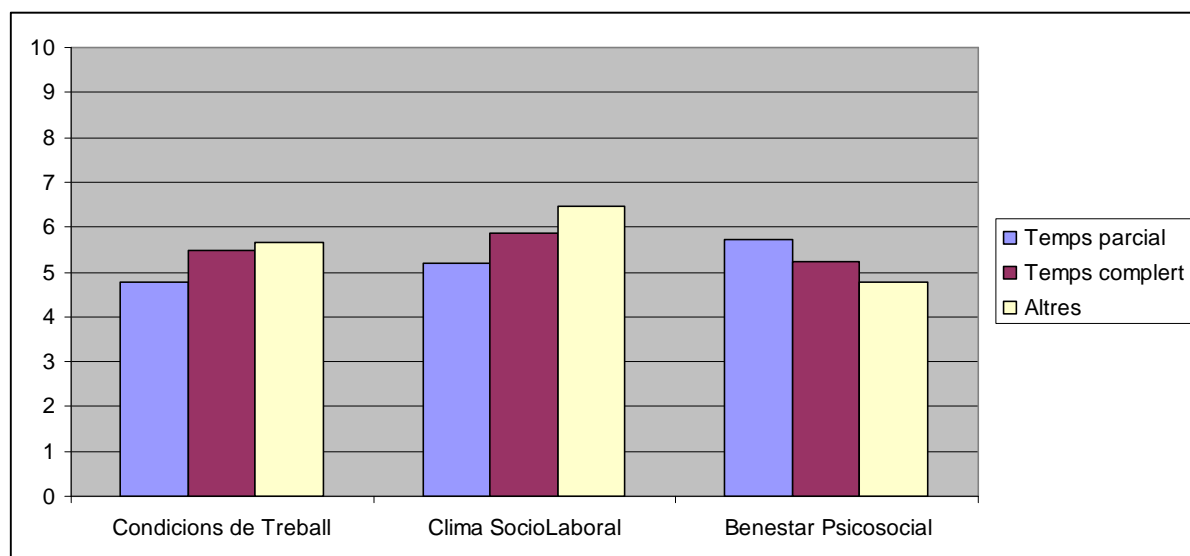
Gràfic II.10. Puntuacions mitjanes segons Si la RELACIÓ CONTRACTUAL és o no ESCOLLIDA

Comentari. La variable TIPUS RELACIÓ CONTRACTUAL marca diferències estadísticament significatives sobre tot en les escales Condicions de Treball i Clima Sociolaboral i pràcticament ratllant la significació també en Benestar Psicosocial. El personal amb un tipus de Contracte No Escollit puntua més baix a les tres escales que el que ja li va bé el contracte que té.

▪ **CREUAMENT de les escales per caràcter del TIPUS DE JORNADA**

Mitjana i (desviació) Escales			
TIPUS DE JORNADA	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
Temps parcial (n= 61)	4,77 (1,46)	5,19 (1,59)	5,73 (1,30)
Temps complert (n=134)	5,47 (1,33)	5,87 (1,78)	5,22 (1,45)
Altres (n=25)	5,64 (1,32)	6,48 (1,18)	4,76 (1,38)
SIGNIFICACIÓ Diferències (P)	0.002	0.068	0.003

Taula II.15. Mitjanes i desviacions a les escales pel TIPUS DE JORNADA



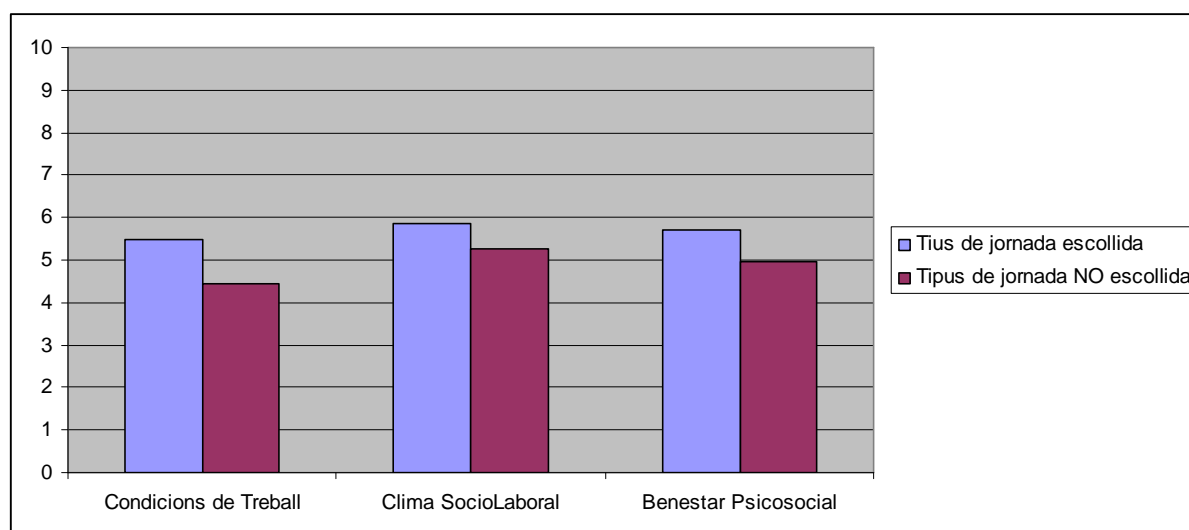
Gràfic II.11. Puntuacions mitjanes segons el TIPUS DE JORNADA

Comentari. La variable TIPUS DE JORNADA marca diferències estadísticament significatives en l'escala de Condicions de Treball i la de Benestar Psicosocial. El personal amb un tipus de Jornada a temps complert i altres (jornada continuada més guàrdies) puntuava més alt en les Condicions de Treball i Clima Sociolaboral. El personal a temps parcial puntuava més alt la del Benestar Psicosocial.

▪ **CREUAMENT de les escales per caràcter (escollit o no) del TIPUS DE JORNADA**

Mitjana i (desviació) Escales			
TIPUS DE JORNADA	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL	BENESTAR PSICOSOCIAL
SI Escollida (n= 165)	5,50 (1,30)	5,87 (1,70)	5,71 (1,44)
NO Escollida (n=45)	4,45 (1,46)	5,26 (1,74)	4,96 (1,19)
SIGNIFICACIÓ Diferències (P)	0.000	0.040	0.004

Taula II.16. Mitjanes i desviacions a les escales per caràcter (escollit o no) del TIPUS DE JORNADA



Gràfic II.12. Puntuacions mitjanes segons caràcter (escollit o no) del TIPUS DE JORNADA

Comentari. La variable caràcter (escollit o no) del TIPUS DE JORNADA marca diferències estadísticament significatives en les tres escales, sobre tot en les de Condicions de Treball i de Benestar Psicosocial. El personal amb un tipus de Jornada no Escollit puntua més baixa a les tres escales que el que ja li va bé el que té.

2.3.1.1.B. Observacions puntuals sobre les diferents escales

ESCALA DE CONDICIONS DE TREBALL

La següent taula mostra les mitjanes i desviacions ítem a ítem de les puntuacions en l'Escales de Condicions de treball, tall 2008

Ítem	N	Mín.	Max.	Mean	SD
Promoció professional	224	0	9	3,50	2,32
Carrega de treball	217	0	10	3,53	2,24
Participació	224	0	9	3,56	2,38
Remuneració econòmica	223	0	8	4,15	2,22
Formació	226	0	9	4,34	2,27
Temps de treball	225	0	9	4,84	2,33
Entorn físic	224	0	9	5,00	2,21
Compatibilitat T-F	224	0	10	5,02	2,61
Organització	222	0	10	5,15	2,29
Instal·lacions i equipaments	225	0	9	5,34	2,00
Salut i seguretat	221	0	9	5,64	1,92
Motivació	225	0	10	5,76	2,50
Serveis	224	0	9	5,81	1,70
Tipus i qualitat del contracte	218	0	10	6,12	2,48
Realització	226	0	10	6,50	2,04
Estabilitat laboral	219	0	10	6,53	2,73
Satisfacció	224	0	10	6,76	1,98
Rendiment	226	2	10	7,65	1,49

Taula II,17. Escala Condicions de Treball – puntuacions mitjanes ítem a ítem

Comentari. En groc, 6 ítems que obtenen puntuacions mitjanes per sota de 5: Oportunitats de promoció professional, Càrrega de Treball, Participació en decisions organitzacionals, Remuneració econòmica rebuda, Formació rebuda en el treball i Temps de treball (torns, horaris, descansos, etc.). En verd, 5 ítems que les obtenen per sobre de 6: Tipus i qualitat de contracte, Realització, Estabilitat laboral, Satisfacció i Rendiment per la tasca feta. D'aquest panorama, en destaca com especialment rellevant de cara a la present recerca la següent observació sobre la relació entre les puntuacions dels ítems Rendiment personal en el treball, Càrrega de treball i Temps de treball.

El tòpic sobre el treball dens, que la IV Enquesta Europea sobre Condicions de Treball presenta com una de les característiques centrals de l'experiència laboral europea contemporània (Weiler 2006 a. B; Parent Thirion, 2007), ja va ser el problema central detectat en l'avaluació de 2003 al HC, on s'expressava en termes de pressió assistencial i en expressions com les de "massa feina en massa poc temps" o de "massa poc temps per a fer tanta feina".

Tot i que en la present avaluació no ha estat possible plantejar preguntes obertes (com en 2003), cosa que no permet tenir dades textuais al respecte, la problemàtica apareix reflectida en les dades quantitatives de l'Escales de Condicions de Treball. Com s'observa, d'una part, l'ítem més altament valorat és precisament el concernent al Rendiment personal en el treball a l'hospital (mitjana de 7,65 en una escala de 0 a 10). Precisament - i no és casual- aquest ítem és el que presenta una desviació més baixa de tots (1.486),

cosa que vol dir que la gran majoria de les persones enquestades coincideix en valorar el propi rendiment a la feina en l'interval comprès entre el 6 i el 9. D'altra, entre els ítems puntuats més baix figuren els de Càrrega de treball (mitjana = 3,53 i desviació = 2,244 -la majoria de les persones enquestades situa la seva valoració d'aquest ítem en l'espai que va entre l'1 i el 6-) i el de Temps de treball (horaris, torns, ritmes, descansos...) (mitjana = 4,84 i desviació = 2,235 -la majoria de les persones enquestades valora aquest ítem per sota de 5-).

Un altra component percebut com a problemàtic de la dimensió temporal del treball és el referit a Compatibilitat de la vida laboral amb la privada i familiar (mitjana = 5,02 i desviació = 2,607). L'alta desviació posa de manifest que hi ha considerables diferències entre el personal pel que fa a les possibilitats de conciliar feina i vida.

En síntesi, la majoria de les persones enquestades considera que la seva pròpia tasca professional genera un alt Rendiment per a l'hospital i la comunitat, però que, en contrapartida, li comporta una sobrecàrrega de feina, una experiència negativa del Temps de treball i una notable dificultat de Conciliació de la vida laboral amb la privada i familiar.

La sobrecàrrega de treball, associada a la saturació de rol, constitueix tradicionalment un important factor de risc psicosocial de desgastament psicològic en el treball (síndrome del cremat o burnout), que afecta molt especialment al personal sanitari. Les dades obtingudes a l'enquesta constitueixen una clara senyal d'alarma, que exigeix l'adopció de les mesures preventives corresponents.

En contrast amb les puntuacions per sota de 5, les persones enquestades puntuen de manera relativament alta els ítems Satisfacció personal pel treball a l'hospital (mitjana = 6,76 i desviació = 1,976) i Realització professional en el treball a l'hospital (mitjana = 6,50 i desviació = 2,045). Això vol dir que malgrat unes Condicions de Treball viscudes com a manifestament millorables, per al personal de l'hospital el seu treball no només té un valor instrumental (un simple mitjà d'obtenció dels diners necessaris per a viure), sinó que també té un component de valor expressiu, com és tradicional en professionals de la sanitat, que aporta un plus de satisfacció i de realització en la feina, independentment de les circumstàncies organitzacionals en què es realitza.

Aquesta important connotació "expressiva" observada a la mostra de 2008 reafirma una característica (no exclusiva) de la feina en el món sanitari (MOW, 1987), que remet a l'especificitat d'un treball de servei a persones amb fortes connotacions ètiques i que té un sentit, una finalitat i una funció que transcendeixen la simple lògica econòmica.

També mereixen puntuacions d'aprovat alt els ítems Estabilitat laboral (mitjana = 6,53 i desviació = 2,728) i Tipus i qualitat del contracte (mitjana = 6,12 i desviació = 2,475). Aquestes mitjanes indiquen que en general la gent està relativament satisfeta en aquests aspectes, però les altes desviacions deixen entreveure que la satisfacció "va per barris" i que en aquests apartats hi ha un percentatge considerable de persones que fan valoracions per sota del 5. Un comentari semblant mereix la puntuació donada a Motivació (mitjana = 5,76 i desviació = 2,504).

ESCALA DE CLIMA SOCIOLABORAL

La següent taula mostra les mitjanes i desviacions ítem a ítem de les puntuacions en l'Escala de Clima Sociolaboral, tall 2008.

Ítem	N	Mín.	Max.	Mean	SD
Igualtat i justícia	222	0	10	4,60	2,54
Avaluació del rendiment	220	0	10	4,93	2,29
Recolzament càrrecs	222	0	10	5,31	2,48
Autonomia i iniciativa	219	0	10	5,64	2,22
Relacions amb càrrecs	225	0	10	5,78	2,39
Reconeixement	222	0	10	6,36	2,01
Suport iguals	225	0	10	6,61	2,01
Companyerisme	224	1	10	6,73	2,13

Taula II.18. Clima Sociolaboral – puntuacions mitjanes ítem a ítem

Comentaris. Pel que fa a l'escala de Clima Sociolaboral, les persones enquestades puntuen de manera relativament alta els ítems Companyerisme (mitjana = 6,73 i desviació = 2,13) i el Suport entre iguals (col·legues) en el treball a l'hospital (mitjana = 6,61 i desviació = 2,013). Per l'altra extrem, 2 ítems obtenen puntuacions per sota de 5: Avaluació del rendiment professional per l'entitat i Igualtat i justícia (en contractació, remuneració, promoció, etc.).

Combinant les observacions fetes a les dues escales comentades, hom pot veure com el companyerisme i el suport entre iguals funcionen com a factors de motivació extrínseca per al treball a l' HC, que reforcen els de realització i satisfacció, que són més motivadors intrínsecs. Una de les preguntes que hom es fa davant d'això és la de si tots aquests factors de motivació no contribueixen, d'una part, al benestar laboral i, d'altra, a fer més suportable, i sense símptomes, la càrrega de treball.

ESCALA DE BENESTAR PSICOSOCIAL

La següent taula mostra les mitjanes i desviacions ítem a ítem de les puntuacions en l'Escala de Benestar Psicosocial, tall 2008.

Ítem	N	Mín.	Max.	Mean	SD
Impotència / potència	214	0	10	4,42	2,39
Injustícia / justícia	212	0	9	4,74	2,39
Insatisfacció / satisfacció	216	0	10	4,82	2,36
Malestar / benestar	215	0	10	4,87	2,43
Dificultat / facilitat	214	0	10	5,01	2,35
Pessimisme / optimisme	215	0	10	5,08	2,73
Desesperança / esperança	214	0	10	5,30	2,48
Confusió / claredat	215	0	10	5,39	2,37
Intranquil·litat / tranquil·litat	215	0	10	5,53	2,36
Fracàs / èxit	214	0	10	5,65	2,23
Incertesa / certesa	216	0	10	5,94	2,18
Inutilitat / utilitat	217	0	10	6,10	2,29
Ineficàcia / eficàcia	214	0	10	6,17	2,47
Inseguretat / seguretat	214	0	10	6,19	2,08
Inactivitat / activitat	216	0	10	7,19	2,11

Taula II.19. Benestar Psicosocial – puntuacions mitjanes ítem a ítem

Comentaris. 4 ítems tenen puntuacions per sota de 5: Impotència/Potència, Injustícia/Justícia, Insatisfacció/Satisfacció i Malestar/Benestar. I 4 ítems més tenen puntuacions per sobre de 6: Inutilitat/Utilitat, Ineficàcia/Eficàcia, Inseguretat/Seguretat i Inactivitat/Activitat.

En aquesta escala, crida l'atenció la dada general d'un aprovat de mitjana, però amb força altes desviacions, cosa que indica que al HC hi ha personal que viu raonablement bé la seva experiència laboral a l'Hospital, però que també n'hi ha que té arguments per a pensar que la cosa podria i hauria d'anar-li molt millor.

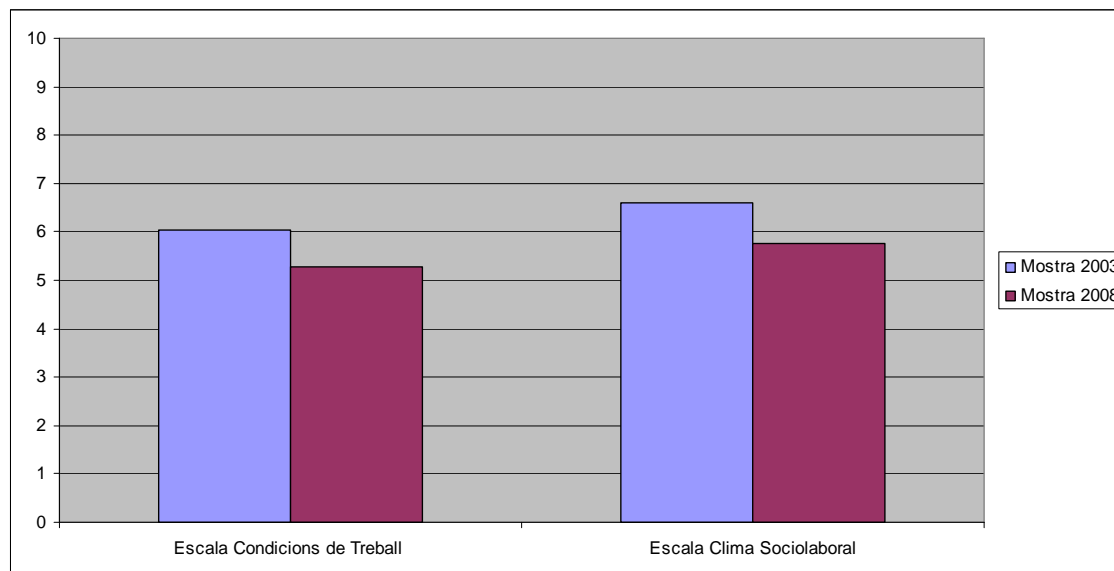
La taula II.19. posa en evidència que per a la majoria de les persones enquestades predominen els sentiments d'impotència, injustícia, insatisfacció i malestar sobre els seus contraris. Per l'extrem contrari, la gent tendeix a sentir-se especialment útil, eficaç, segura i activa. També posa en evidència que força gent es troba a mig camí entre trobar les coses fàcils i difícils, entre l'optimisme, l'esperança, la claredat, la tranquil·litat i la certesa d'una part i els seus contraris per l'altra.

Pel que fa a la percepció d'èxit-fracàs en la seva experiència laboral a l'hospital, cal analitzar què hi ha al darrera de que la majoria de les persones enquestades s'ubiqui en una forquilla que s'estén des del 3.17 al 7.89. Quins motius tenen tantes persones que es situen per sota del 5 per a sentir que a la seva vida laboral predomina la sensació de fracàs?.

Coherentment amb la percepció d'una forta càrrega de treball i d'un temps de treball dens i intens, el personal es sent molt "actiu" i també eficaç i útil, cosa que de pas contribueix a veure el costat positiu de la feina i del compromís amb ella, malgrat la "pressió" que comporta. En contrast, aquest col·lectiu tan ampli del "personal" inclou també importants bosses de malestar i d'insatisfacció, associats a sentiments d'impotència i d'injustícia.

2.3.1.2 Tendències evolutives a l'HC de Temps-1 a Temps-2

En aquest apartat es resumeix esquemàticament la tendència que defineix l'evolució de la qualitat de vida laboral a l'HC de 2003 i 2008, indicada per la comparació de les puntuacions mitjanes a les escales de Condicions de Treball i de Clima Sociolaboral aplicades en cadascun dels 2 temps.



Gràfic II.13. Mitjanes CT i CSL Mostres 2003 i 2008

TEMPS	Mitjana i (desviació) Escales	
	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL
TEMPS 1 (2003)	6,05 (1,42)	6,60 (1,54)
TEMPS 2 (2008)	5,29 (1,39)	5,76 (1,42)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	0.000	0.000

Taula II,20. Comparació mitjanes mostres 2003 i 2008

Comentari.

Comparant les puntuacions mitjanes a les escales de Condicions de Treball i de Clima Sociolaboral aplicades a l'HC de 2003 i 2008, apareix una tendència evolutiva de signe negatiu. Aquestes diferències són estadísticament significatives. Són imputables a diversos factors, que poden tenir un efecte per separat, un efecte conjunt o un efecte d'interacció d'alguns d'ells:

- Que les Condicions de Treball i el Clima Sociolaboral al HC hagin efectivament sofert una davallada.
- Que els diferents procediments d'accés a les persones enquestades hagi creat un efecte d'"artefacte estadístic", convertint les dues "mostres" en relativament incomparables (mostreig aleatori, estratificat i intencional en 2003 vs. mostreig no aleatori, no estratificat i no intencional en 2008, amb participació voluntària d'un determinat percentatge de la totalitat del personal de l'hospital en 2008, que podria

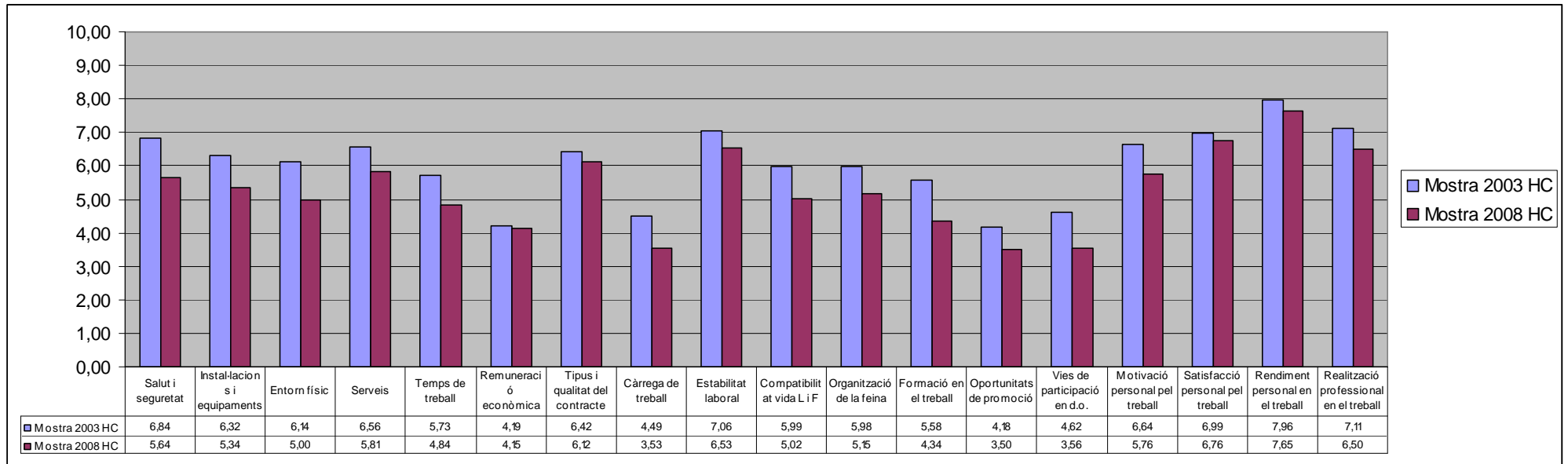
comportar un biaix de voluntarisme, consistent en una sobre-representació de mostreig del personal més “sensibilitzat” a la “problemàtica” estudiada).

- c. Que els diferents “temps” (més “tranquil” o més “mogut”) de la vida del HC en que s’ha fet l’avaluació hagin deixat un impacte conjuntural en forma de biaix de les respostes.
- d. Que l’evolució de la relació demanda-recursos sanitaris en l’entorn català i comarcal es deixi sentir en la valoració de la vida laboral a l’HC.

A la sèrie de gràfics que segueix, es presenta de forma més detallada alguns aspectes rellevants de la tendència observada en les dues escales aplicades en ambdós temps.

II. ESTUDI EMPÍRIC. Riscos Psicosocials en el treball de professionals de la salut catalans

2.3.1.2.A. Puntuacions ítem a ítem de l' escala de Condicions Treball



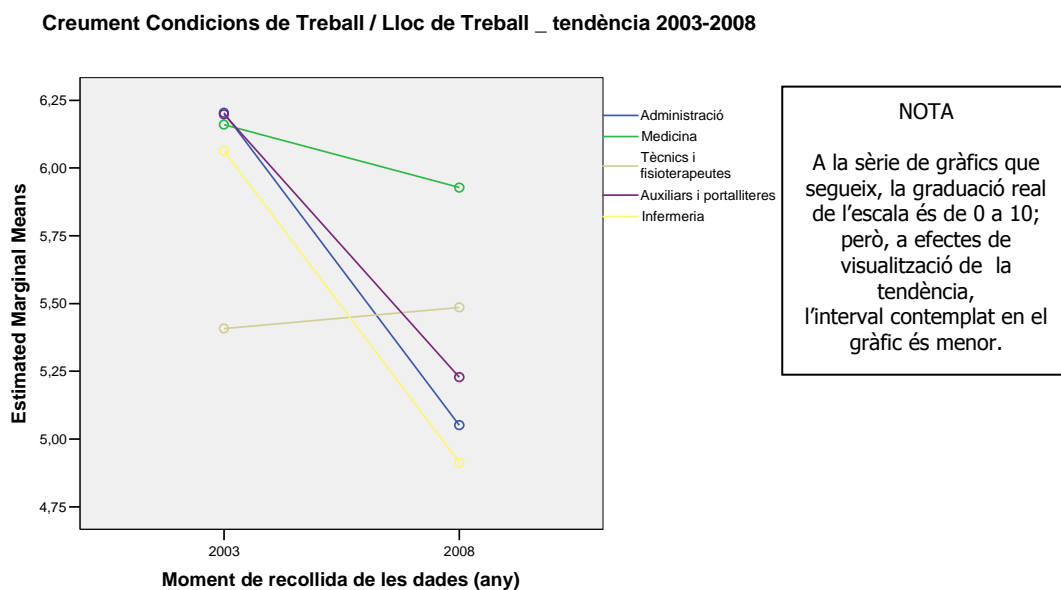
Gràfic II.14. Comparació mitjanes ítems escala de Condicions Treball. Mostres 2003 i 2008

Comentari.

La valoració global de les Condicions de Treball mostra una tendència decreixent en tots els ítem de l'escala.

A continuació, es representa la tendència en la puntuació mitjana de l'escala Condicions de Treball amb les variables Categoria Professional i Torn.

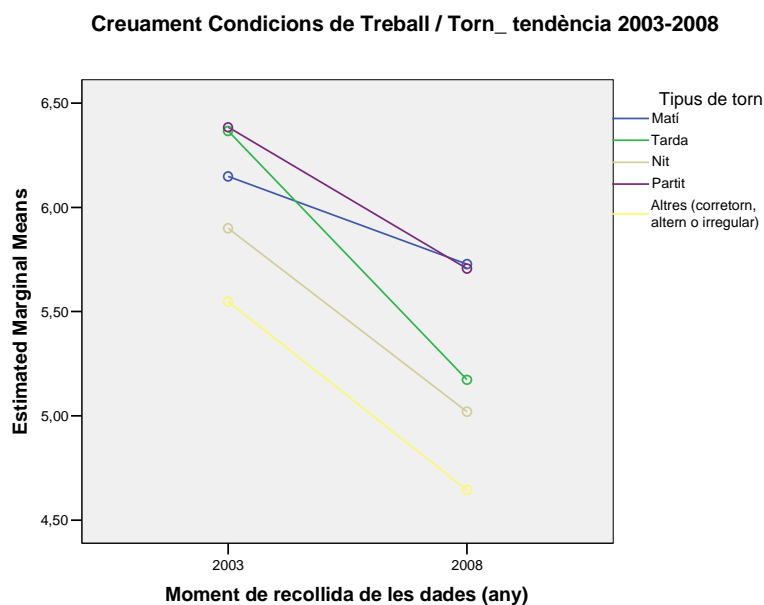
Creuament puntuació mitjana escala CT segons Categoria Professional i Temps.



Gràfic II.15. Creuament mitjana escala CT i Categoria professional. Mostres 2003 i 2008

Comentari. La tendència és més decreixent als col·lectius d'infermeria, administració i auxiliars/portalliteres. El col·lectiu de tècnics/fisioterapeutes fa millors valoracions a T-2.

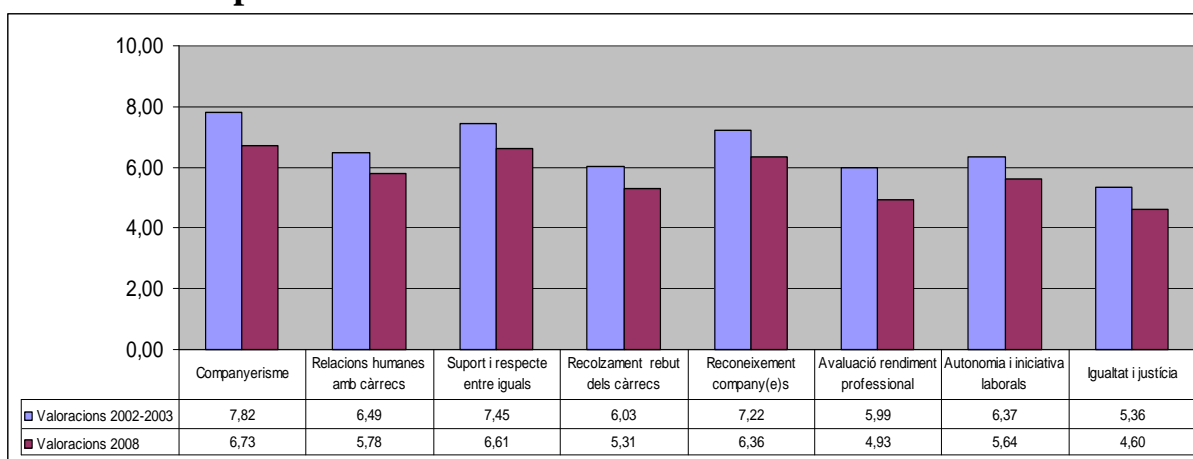
Creuament puntuació mitjana CT segons Torn i Temps.



Gràfic II.16. Creuament mitjana escala CT i Torn. Mostres 2003 i 2008

Comentari. La tendència negativa apareix en tots els col·lectius. El torn de tarda fa la tendència més desfavorable.

2.3.1.2.B. Comparacions ítem a ítem de l'escala de Clima Sociolaboral



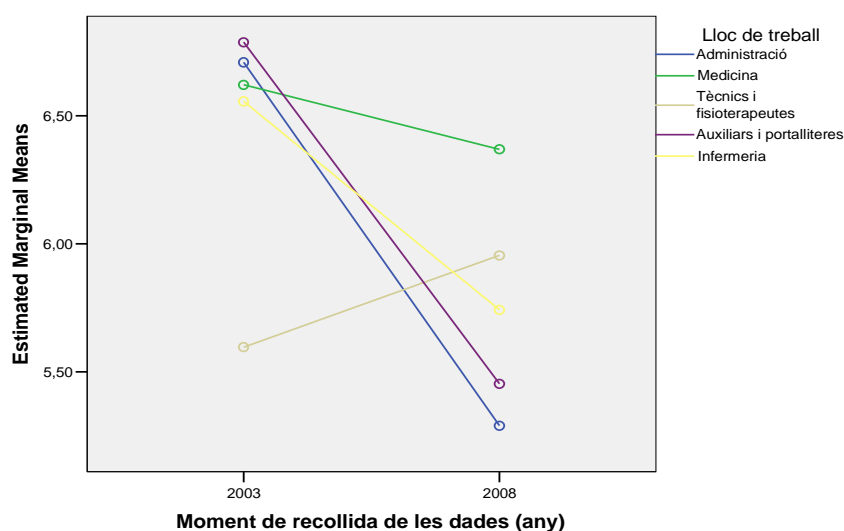
Gràfic II.17. Comparació mitjanes CSL ítem a ítem. Mostres 2003 i 2008

Comentari. La valoració global de l'escala Clima Sociolaboral mostra una tendència decreixent en tots els ítems de l'escala.

A continuació, es representa la tendència en la puntuació mitjana de l'escala Clima Sociolaboral amb les variables categoria professional i torn.

Creuament puntuació mitjana CSL segons Categoria professional i Temps.

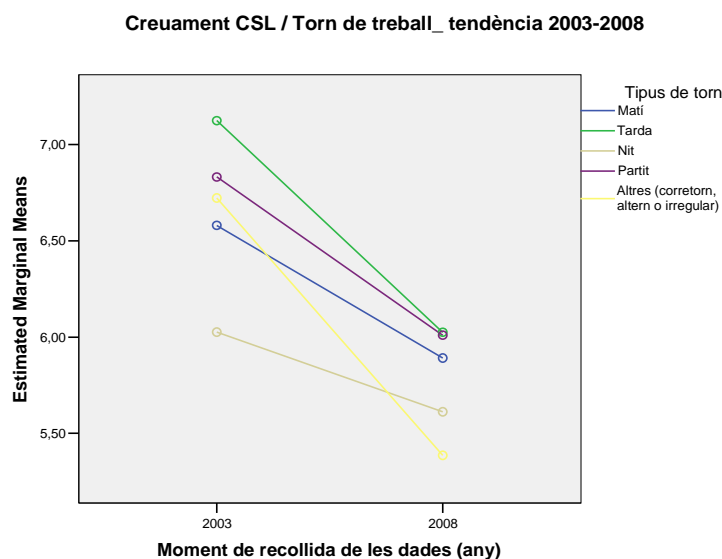
Creuament CSL / Lloc de treball_ tendència 2003-2008



Gràfic II.18. Creuament mitjana CSL segons Categoria professional. Mostres 2003 i 2008

Comentari. La tendència és més decreixent als col·lectius d'infermeria, administració i auxiliars/portalliteres. El col·lectiu de tècnics/fisioterapeutes fa millors valoracions.

Creuament puntuació mitjana CSL segons Torn i Temps.



Gràfic II.19. Creuament puntuació mitjana CSL i Torn. Mostres 2003 i 2008

Comentari. La tendència negativa és en tots els col·lectius. El torn de altres (corretorns, altern, irregular) fa la tendència més desfavorable.

Valoració global.

La tendència Temps 1 – Temps 2 en la puntuació global de les Condicions de Treball i del Clima Sociolaboral mostra un signe negatiu en ambdues escales i en tots els seus ítems.

2.3.1.2.C. Balanç descriptiu de les observacions

Aspectes generals.

Puntuacions globals del tall de 2008: Les puntuacions mitjanes de les **tres escales** superen la puntuació de 5 (*Condicions de Treball*, 5,29; de *Clima Sociolaboral* 5,76 i *benestar laboral*, 5,55) en una escala de 0 a 10.

Valoració de les puntuacions per subescales

- La subescala 4 Motivació en el treball (que inclou els ítems motivació, satisfacció, rendiment personal i realització professional) i la 1 Entorn laboral (seguretat i salut, instal·lacions i equipaments, entorn físic i serveis), són les més ben valorades del conjunt.
- En canvi, la subescala 2 Condicions contractuals (que inclou els ítems de temps de treball, remuneració rebuda, tipus i qualitat de contracte, càrrega de treball, estabilitat laboral i compatibilitat de la vida laboral i familiar) i la 3 Desenvolupament professional (organització del treball, formació rebuda, oportunitats de promoció professional i vies de participació) obtenen una valoració inferior.

- En la subescala 5 Clima Sociolaboral, obtenen valoracions més altes uns ítems com els de companyerisme, relacions humanes o autonomia, i més baixes unes altres com els d'avaluació del rendiment professional per l'entitat, i la sensació d'igualtat i justícia (en contractació, promoció, etc.)
- En la subescala 6 Benestar psicosocial, que inclou ítems bipolars (incertesa-certesa, inactivitat-activitat, injustícia-justícia, etc.), es manifesta un biaix cap a valoracions altes com activitat i eficàcia, però també cap a valoracions inferiors, com impotència i injustícia.

Comparació respecte el tall de 2003 del mateix HC: La valoració de les Condicions de Treball i del Clima Sociolaboral feta al 2008 suposa una davallada significativa en comparació amb la de l'estudi realitzat al 2003 (el benestar laboral només s'ha estudiat al 2008).

Comparació amb una mostra representativa de la XHUP de 2006: També es posen de manifest diferències significatives entre la valoració que el personal de l'HC fa al 2008 de les Condicions de Treball i del Clima Sociolaboral i la que en fa la mostra de professionals de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) el 2006, utilitzant les mateixes escales.

Observacions sobre aspectes concrets segons variables censals.

Per sexe, no hi diferències estadísticament significatives en cap de les 3 escales avaluades. La mitjana de les puntuacions dels homes és superior a la de les dones en les tres escales, però sota aquestes dades s'amaga el fet de la desigual distribució de dones i homes per categories professionals, estant les dones proporcionalment subrepresentades a medicina i tècnics/fisioteràpia (els llocs de treball que donen puntuacions més altes a les escales) i sobrerrepresentades a infermeria, administració i auxiliars-portalliteres (les categories que donen puntuacions més baixes a les escales).

Per categoria professional

- Medicina puntua més alt en les tres escales. Infermeria fa les valoracions més desfavorables a les Condicions de Treball, administració a Clima Sociolaboral i el grup auxiliars/portalliteres a Benestar Psicosocial.
- En aquest context, medicina (que hauria experimentant en els darrers 5 anys una millora de les seves condicions contractuals, possibilitats de promoció i de remuneració per la tasca feta) mostra un notable nivell de satisfacció general. En canvi, valora negativament la càrrega de treball, la participació en decisions organitzacionals i conseqüentment, la realització professional.
- Globalment, medicina també valora més positivament que els altres aspectes de companyerisme, suport i respecte entre iguals i, reconeixement de la tasca per col·legues.
- Les categories professionals representades per les divisions d'infermeria i administrativa (que a priori no haurien vist augmentada significativament la seva remuneració econòmica ni les oportunitats de promoció professional com la divisió medicina), comparteixen la percepció de dèficit pel que fa a igualtat, justícia i reconeixement de la tasca feta.

- El col·lectiu de fisioterapeutes i tècnics (agrupats per aconseguir una mostra suficient) és l'únic amb tendència positiva en el darrer quinquenni. Dins de la tendència a valoracions més desfavorables, el col·lectiu mèdic és el que fa menys davallada 2003- 2008.
- Per la seva part, Infermeria fa les valoracions més desfavorables de la càrrega de treball, del temps per fer la tasca i de l'estabilitat laboral.
- El col·lectiu d'administració fan les valoracions més desfavorables dels ítems companyerisme i suport rebut entre iguals.

Per departament

- El grup de Gestió/Caps/Comand/Serveis Centrals/Farmà/Documentació es el que fa les valoracions més positives en les 3 escales. El grup de Servei d'Urgències i Servei de Radiodiagnòstic es el que fa les valoracions més desfavorables en les escales de Condicions de Treball i Clima Sociolaboral. En la de Benestar Psicosocial puntua més baix el grup d' Unitats Hospitalització / Especialitats mèdiques / Pediatria.
- El grup de Servei d'Urgències i Servei de Radiodiagnòstic es el que fa les valoracions més desfavorables en ítems com càrrega de treball, participació en decisions organitzacionals, avaluació del rendiment, igualtat i justícia o la realització.

Per condició de comandament si o no

- Al tall de 2008, el personal amb responsabilitats de comandament puntua més alt a les tres escales que el que no en té. No hi ha diferències estadísticament significatives a excepció de l'escala de Benestar Psicosocial, que sí n'hi ha a favor del comandament.
- En una valoració de tendència longitudinal, els comandaments mantenen valoracions globals més altes que la resta del personal, tant de les Condicions de Treball com del Clima Sociolaboral, si bé en el tall de 2008 es redueixen les diferències.
- En comparació amb 2003, els comandaments fan una tendència més acusada a valoracions inferiors en ítems com satisfacció, rendiment o realització.
- Al tall de 2008 els comandaments valoren més baix que la resta els ítems temps pel treball, càrrega de treball, el rendiment, el reconeixement de la tasca per col·legues, l'organització del treball i l'avaluació del rendiment professional.

Per torn de treball

- El personal de torn partit i de dia (matí i/o tarda) puntua més alt a les tres escales que el que del torn de nit i el de la categoria "altres" (corretorn, altern, irregular, etc.). Les diferències són estadísticament significatives.

Per grups d'edat

- Els majors de 40 anys puntuen més alt en les 3 escales. Les diferències NO són estadísticament significatives, a excepció de l'escala de Condicions de Treball, que ve traduïda per una molt més alta puntuació en ítems com tipus i qualitat del contracte i

estabilitat laboral. També són els que puntuen més en satisfacció, ítem que comparativament al tall de 2003 es valora més positivament al 2008.

- Hem fet un subgrup dels menors de 40, diferenciant l'interval de menys de 25 anys i 25 a 40. El grup dels més joves, (menys de 25) són els mes insatisfets i menys realitzats, traduït a una molt baixa valoració de la igualtat i justícia en la contractació i remuneració per la tasca feta. Contràriament valoren a l'alça respecte el tall de 2003 els ítem de temps de treball i càrrega de treball.

Per grups d'antiguitat

- El personal que porta treballant al HC entre 5 a 15 anys puntua més baix que els de les altres categories d'antiguitat en les 3 escales. Aquesta diferència és rellevant a l'escala de Clima Sociolaboral que fa que les diferències siguin estadísticament significatives.
- El grup de 5 a 15 anys d'antiguitat és el que manté valoracions inferiors, tant de Condicions de Treball com de Clima Sociolaboral (com ja passava a 2003), però és l'únic que manté les valoracions estables pel que fa a la sensació de càrrega de treball.
- El grup dels més antics, és el que experimenta una davallada més significativa entre 2003 i 2008 pel que fa al Clima Sociolaboral, especialment en relació a companyerisme i a participació en decisions organitzacionals.
- Els de menys de 5 anys d'antiguitat han augmentat, en comparació amb els de 2003, la valoració de la qualitat de contracte i de l'estabilitat laboral i mantenen una valoració similar en relació a realització professional.

Per tipus de contractació

- El personal amb contracte a temps parcial o temporal (inestable) (representat només per 10 persones) continua fent puntuacions més baixes que en totes les escales i subescales de benestar, Condicions de Treball i Clima Sociolaboral que el personal amb contracte indefinit/estable.

La distribució asimètrica de la qualitat de vida i del benestar es reflecteix a les figures IV.1. i IV.2. del capítol Balanç, Conclusió i Agenda, on es presenta una tipologia de grups que es configuren a partir de les seves respostes als qüestionaris aplicats a l'Hospital Central a 2003 i a 2008.

2.3.2. Mostra XHUP 2006

En aquest apartat, en primer lloc, es dona alguns detalls de la mostra XHUP i seguidament es procedeix a la comparació dels resultats HC 2008 amb els de XHUP 2006.

2.3.2.1. Població i mostra XHUP

S'ha aplicat el qüestionari a una mostra integrada per 1.677 professionals de la salut que treballen a 15 centres de salut de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) de les províncies de Barcelona i Girona. En aquests centres treballen aproximadament 3.093 persones. Així, doncs, el conjunt de les persones que integren la mostra i que ha participat de forma lliure i voluntària en la recerca, equival al 53,37% de la població total.

De composició heterogènia, inclou centres de salut d'Atenció Primària, Atenció Hospitalària, Atenció Sociosanitària, Atenció en Salut Mental i Centres d'administració i gestió sense atenció directa a l'usuari. A les taules següents se'n detalla algunes de les seves característiques principals.

Tipus d'atenció

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Atenció Primària	106	6,3	6,4	6,4
	Atenció Sociosanitària	248	14,8	14,9	21,2
	Atenció Hospitalària	936	55,8	56,1	77,3
	Atenció Salut Mental	251	15,0	15,0	92,3
	Altres (administració i gestió, inspecció)	128	7,6	7,7	100,0
	Total	1669	99,5	100,0	
Missing	System	8	,5		
Total		1677	100,0		

Taula II.21. Distribució mostra segons TIPUS D'ATENCIÓ

L'atenció hospitalària està representada en més del 50% de la mostra (55,8%).

Sexe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Home	351	20,9	21,3	21,3
	Dona	1298	77,4	78,7	100,0
	Total	1649	98,3	100,0	
Missing	System	28	1,7		
Total		1677	100,0		

Taula II.22. Distribució mostra segons SEXE

Com s'esdevé en el conjunt de la sanitat catalana, unes tres quartes parts de la mostra és de sexe femení (77,4%), sent més de la meitat personal de la divisió d'infermeria 55,9% per un 17,6% de la divisió mèdica i un 13,2% de la divisió d'infermeria.

Divisió

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mèdica	285	17,0	17,6	17,6
	Infermeria	906	54,0	55,9	73,4
	Administrativa	214	12,8	13,2	86,6
	resposta en blanc	217	12,9	13,4	100,0
	Total	1622	96,7	100,0	
Missing	System	55	3,3		
Total		1677	100,0		

Taula II.23. Distribució mostra segons DIVISIÓ

Tasca assistencial

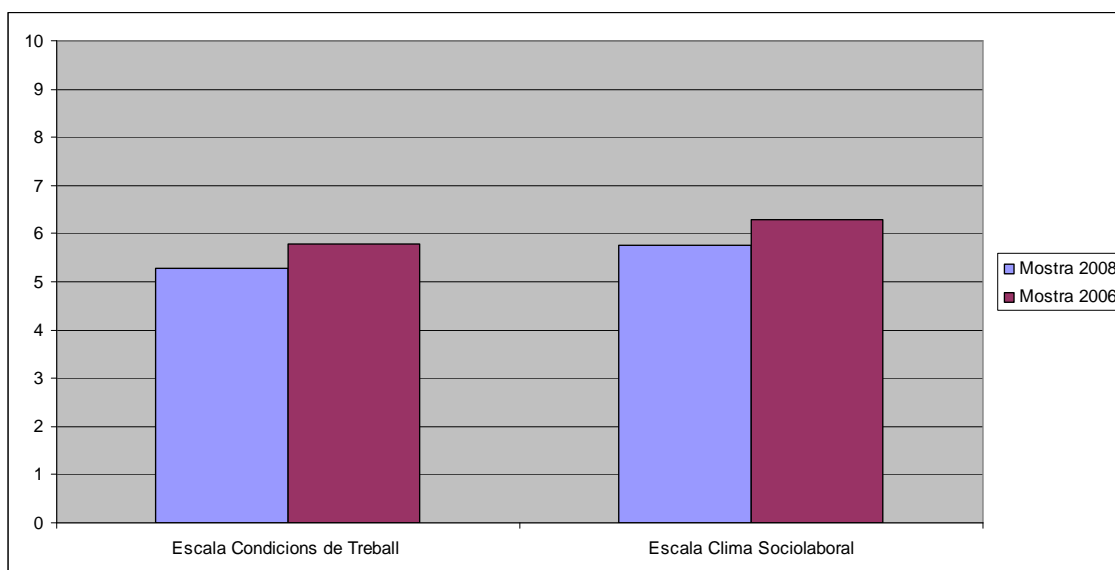
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	405	24,2	25,4	25,4
	Sí	1187	70,8	74,6	100,0
	Total	1592	94,9	100,0	
Missing	System	85	5,1		
Total		1677	100,0		

Taula II.24. Distribució mostra segons TIPUS D'ASSISTÈNCIA

Un 70,8% de les persones de la mostra identifiquen la seva tasca com a assistencial, en contacte directe amb el malalt, per un 24,2% que manifesta fer la seva tasca habitual com a no assistencial.

Per a la comparació XHUP 2006 – HC 2008, es considerarà només les mitjanes de les escales de *Condicions de Treball* i de *Clima Social*, informació que es complementarà amb una presentació descriptiva de les mitjanes de les mostres dels dos centres en l'escala *Condicions de Treball*, ítem a ítem.

2.3.2.2. Comparació de mitjanes HC 2008 i XHUP 2006



Gràfic II.20. Comparació puntuacions mitjanes HC 2008-Mostra XHUP 2006

INSTITUCIÓ	Mitjana i (desviació) Escales	
	CONDICIONS TREBALL	CLIMA SOCIOLABORAL
XHUP (2006)	5,80 (1,56)	6,28 (1,91)
HC (2008)	5,29 (1,39)	5,76 (1,42)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	0.001	0.000

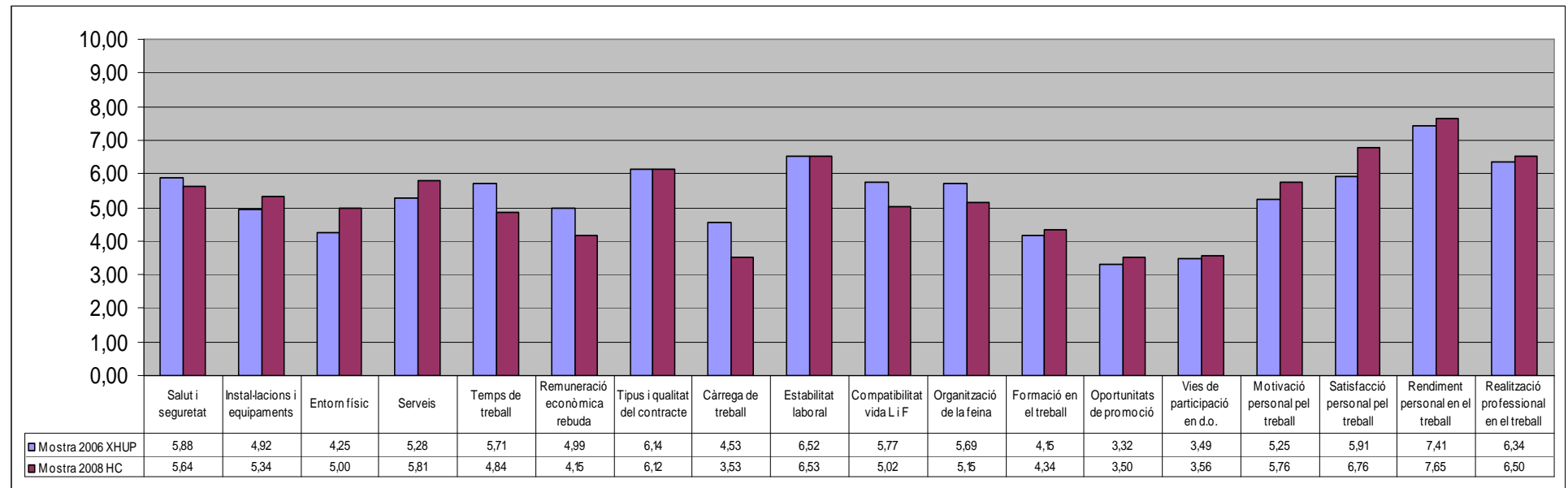
Taula II.25. Comparació mitjanes mostres XHUP 2006- HC 2008

Comentari. La comparació entre la mostra HC 2008 i la mostra XHUP 2006 fa patents significatives diferències entre ambdós entorns pel que fa a la valoració de les Condicions de Treball i del Clima Sociolaboral.

Aquestes diferències però, no són significatives si es subselecciona una mostra de 500 treballadors solament d'atenció hospitalària, més comparatiu amb la mostra HC 2008.

II. ESTUDI EMPÍRIC. Riscos Psicosocials en el treball de professionals de la salut catalans

La comparació ítem a ítem en l'escala de Condicions de Treball dona lloc a la distribució que apareix al Gràfic 19.



Gràfic II.21. Mitjanes per ítem escala Condicions Treball mostres HC 2008- XHUP 2006

Comentari. Malgrat les diferències observades atenent a les puntuacions globals de les escales, quan es procedeix a l'anàlisi ítem a ítem, apareixen nous matisos. La comparació entre la mostra HC 2008 i la mostra XHUP 2006 deixa diferències estadísticament significatives ($p < 0,01$) a favor del HC en instal·lacions i equipaments, entorn físic, motivació i satisfacció pel treball i favor de XHUP ($p < 0,01$) en càrrega, temps i organització del treball.

2.3.2.3. Balanç descriptiu de les observacions sobre les mostres 2003, 2006, 2008

2.3.2.3.A. Aspectes generals.

Puntuacions globals: Les puntuacions mitjanes de les dues escales superen la nota crítica de 5 (Condicions de Treball, 5,80 i de Clima Sociolaboral , 6,28).

Valoració de les puntuacions per subescales

- La subescala 4 Motivació Laboral (que inclou els ítems motivació, satisfacció, rendiment personal i realització professional), és la més ben valorades del conjunt. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- La subescala 1 Entorn Laboral (seguretat i salut, instal·lacions i equipaments, entorn físic i serveis), al contrari que la mostra de l'estudi 1 longitudinal, obté puntuacions més desfavorables. Donem l'explicació a que el centre de salut de l'estudi 1 (longitudinal) és d'estructura, mitjans moderns i d'inauguració més recent, mentre que la mostra de l'estudi transversal conté centres molt més antics tan des del punt de vista arquitectònic com d'instal·lacions i equipaments, el que indubtablement repercuteix en aspectes de seguretat i salut en el treball. Diferent a l'estudi longitudinal tall 2008.
- La subescala 3 Desenvolupament professional (organització del treball, formació rebuda, oportunitats de promoció professional i vies de participació) són les pitjor valorades del conjunt. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- La subescala 2 Condicions Contractuals (temps de treball, remuneració rebuda, tipus i qualitat de contracte, càrrega de treball, estabilitat laboral i comptabilitat de la vida laboral i familiar) té diferents valoracions: tipus i qualitat de contracte i estabilitat laboral tenen valoracions més positives i similars a l'estudi longitudinal tall 2008. En canvi la càrrega de treball i el temps de treball, tot i no tenir puntuacions per sobre de 6, obtenen un aprovat justet i per tant millor que a l'estudi longitudinal tall 2008.
- En la subescala 5 Clima sociolaboral, obtenen valoracions més positives uns ítems com els de companyerisme, suport entre iguals, relacions humanes o autonomia, i més negatives uns altres com els d'avaluació del rendiment professional per l'entitat, i la sensació d'igualtat i justícia (en contractació, promoció, etc.) = que en l'estudi longitudinal tall 2008.

2.3.2.3.B. Observacions sobre aspectes concrets de variables censals.

- A primer cop d'ull, es diria que el sexe- gènere determina diferències en les puntuacions, ja que efectivament els homes puntuen més alt que les dones en les 2 escales. Però aquest efecte estadístic amaga el fet de la desigual distribució de dones i homes per sectors professionals, estant les dones subrepresentades a medicina (la categoria que dona puntuacions més altes a les escales) i sobrerrepresentades a infermeria (grup d'infermeria – auxiliars infermeria – portalliteres) les que donen puntuacions més baixes a les escales). = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- Globalment, les dones - que en la seva majoria estan empleades en les divisions d'infermeria, administrativa i altres - no haurien vist augmentada significativament la seva remuneració econòmica ni les oportunitats de promoció professional i comparteixen la percepció de dèficit pel que fa a igualtat, justícia i reconeixement de la tasca feta i estabilitat laboral. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- Globalment, els homes - que en la seva majoria estan empleats en les divisions medicina- sempre valoren més positivament que les dones aspectes de companyerisme, suport i respecte entre iguals i reconeixement de la tasca per col·legues. = que en l'estudi longitudinal tall 2008. Les dones valoren més que els homes l'organització del treball, la formació rebuda i la realització personal pel treball prestat. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- Per Tipus d'Atenció, l'atenció en Salut Mental i l'Atenció Primària té les millors valoracions en les dues escales. Un aspecte a tenir en compte en la mostra avaluada ha estat la recent inauguració i ampliació d'instal·lacions i serveis d'aquests tipus d'atenció. Pel que fa a l'atenció Sociosanitària, tot i estar integrada a la XHUP, disposava en el moment de l'avaluació d'un Conveni diferent amb pitjors Condicions de Treball, que també es reflexa en el Clima Sociolaboral. Variable nova a l'estudi transversal, doncs al tall 2008 tots eren atenció Hospitalària.
- El grup de professionals que realitza tasques assistencials dona puntuacions més baixes que el de qui no en fa, en les 2 escales, la de Condicions de Treball, i la de Clima Sociolaboral. Diferent a l'estudi longitudinal tall 2008. En qualsevol cas, no hi ha diferències estadísticament significatives.
- Pel que fa al lloc de treball o divisió, les dades permeten afirmar és que medicina (amb notable presència d'homes) puntua més alt en les 2 escales que els altres grups professionals. I que, en termes generals, les dones i els homes del sector mèdic fan puntuacions més altes que les dones i els homes que treballen a infermeria o a l'administració. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- En aquest context, medicina (on hi ha més homes que dones i, que hauria experimentat en els darrers 5 anys una millora de les seves condicions contractuals, possibilitats de promoció i de remuneració per la tasca feta) mostra un notable nivell de satisfacció general. En canvi, valora negativament la càrrega de treball, temps de treball, organització del treball, la participació en decisions organitzacionals i conseqüentment, el rendiment. Pel que fa al Clima Sociolaboral, valora més positivament la relació i recolzament amb càrrecs, el suport entre iguals, però pitjor el companyerisme. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.

II. ESTUDI EMPÍRIC. Riscos Psicosocials en el treball de professionals de la salut catalans

- Els col·lectius medicina puntua més que la resta de col·lectius alguns ítem com els de tipus i qualitat de contracte i de remuneració rebuda per la tasca feta. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- Per la seva part, infermeria fa les pitjors valoracions en les dues escales i pràcticament tots els ítems, dels que destaquem la motivació, la satisfacció i la participació en decisions organitzacionals pel que fa a Clima Sociolaboral, i la remuneració econòmica, la càrrega de treball, del temps per fer la tasca i de l'estabilitat laboral pel que fa a Condicions de Treball. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- Els col·lectius d'administració fan les valoracions més desfavorables dels ítems promoció professional i les més favorables de sensació de rendiment. Diferent a l'estudi longitudinal tall 2008. Cal tenir en compte que al tall transversal, s'incorpora un col·lectiu de 128 persones treballadors (7,8%) que s'identifiquen en àrea específica de gestió, administració i Inspecció.
- Els professionals més antics, que porten més de 15 anys de contracte (i que pertanyen en general al col·lectiu de més de 40 anys) són els que valoren més les seves Condicions de Treball . = que en l'estudi longitudinal tall 2008. En el tall transversal, la puntuació es molt equilibrada amb els de menys de 5 anys de contracte. Diferent a l'estudi longitudinal tall 2008.
- En el cas del Clima Sociolaboral, són els professionals més nous, que porten menys de 5 anys de contracte els que fan les valoracions més altes = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- El grup dels més antics, de més de 15 anys d'antiguitat, és també qui puntua millor, amb diferències estadísticament significatives, el tipus i qualitat del contracte, l'estabilitat laboral o la comptabilitat de la vida laboral i familiar. En canvi són els que valoren pitjor la Motivació i la Satisfacció per la tasca feta. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- El grup de 5 a 15 anys d'antiguitat és el que manté pitjors valoracions, tant de Condicions de Treball com de Clima Sociolaboral i són els que fan les valoracions més altes de la sensació de rendiment pel treball fet. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- Per edats, tan les Condicions de Treball com el Clima Sociolaboral és més ben valorat per les persones treballadores de més de 45 anys. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- El personal amb contracte a temps parcial o temporal (inestable) fa puntuacions més baixes en l'escala de Condicions de Treball = que en l'estudi longitudinal tall 2008. En canvi, fa millors valoracions de l'escala Clima Sociolaboral que el personal amb contracte indefinit/estable. Diferent a l'estudi longitudinal tall 2008.
- En Condicions de Treball, les persones treballadores amb contracte Temporal/Inestable puntuen millor que els Fixos/Estable aspectes com instal·lacions i equipaments, entorn físic, serveis o fins i tot la càrrega de treball, però valoren especialment pitjor l'estabilitat laboral o la comptabilitat de la vida laboral i familiar. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- En Clima Sociolaboral, les persones treballadores amb contracte Temporal/Inestable puntuen pitjor el reconeixement per la tasca feta o la igualtat i justícia, però puntuen

millor aspectes com companyerisme i el suport entre iguals, el que atribuïm a un factor protector del col·lectiu més desfavorit en Condicions de Treball. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.

- Tant les Condicions de Treball com el Clima Sociolaboral, són millor valorats per les persones que treballen a temps complert que a temps parcial, semblant aquest aspecte determinant en les Condicions de Treball, ja que les diferències són estadísticament significatives. I es que generalment, la condició de temps complert, va lligada a la d'estabilitat. = que en l'estudi longitudinal tall 2008.
- El personal de torn matí i partit puntua més alt a les 2 escales que el del torn de tarda, nit i el de la categoria "altres" (corretorn, altern, irregular, etc.).
- Al tall transversal, un grup especialment desfavorit és el de tarda, diferent a l'estudi longitudinal tall 2008, que no estava tan desfavorit. El grup de treball de factors de risc psicosocial relaciona aquest resultat amb l'especial pitjor puntuació d'aquest torn amb la compatibilitat de la vida laboral i familiar i del percentatge predominant de dones al torn de tarda.

2.3.2.4. Present i futur percebuts del treball per la mostra 2009

Atenent a les respostes textuais de la mostra 2009, es presenta, a les taules següents, una descripció sintètica del panorama que perceben les persones entrevistades. Parlen elles mateixes en els seus textos.

En general, els discursos recollits a les taules següents configuren una valoració tirant a positiva d'aspectes materials i tècnics de les Condicions de Treball, així com de l'ambient social de treball entre col·legues; i expressen reserves a propòsit d'alguns criteris generals d'organització del treball i una notable preocupació per la pressió assistencial i el seu impacte en l'activitat professional i en la qualitat del servei. En aquest sentit, aquestes dades són congruents amb les que es desprenen de l' Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya (Íñiguez y Sánchez-Candamio, 2007), on queda constància, d'una part, de la visió crítica dels "professionals" sobre el biaix "economicista", "quantitativista" i "rendibilista" de les polítiques definides des d'una concepció gerència i administrativa del Sistema" i, d'altra, de l'alta preocupació dels "professionals" per l'impacte negatiu de la "pressió assistencial" en el funcionament del mateix "sistema".

Taula II, 26. Què millora i què empitjora en les meves condicions de treball?
(materials, tècniques, financeres, contractuals, salarials, temporals, etc.)



Divisió Mèdica



<p>En general ha augmentat el nivell de la qualitat de les instal·lacions dels centres de salut, tant des del punt de vista edifici (construcció i inauguració de nous centres de salut o annexes), però amb una orientació molt dirigida a l'usuari i pacient (sales d'espera, quiròfans, etc.)</p> <p><i>“En mi centro de trabajo se ha llevado a cabo una renovación importante en lo referente a la infraestructura, se han renovado todas las plantas del hospital, con tal de ofrecer unas mejores instalaciones”.</i></p>	<p>Instal·lacions</p>	<p>En canvi hi ha un deficient manteniment tant preventiu com correctiu de les instal·lacions existents:</p> <p>Instal·lacions subjectes a normativa específica (gasos, aigua calenta sanitària, climatització). <i>“Se dan ahora limitantes por no estar en condiciones óptimas los equipos que necesitaríamos y las instalaciones”.</i></p> <p>Per altra banda, es perden espais laborals (despatxos de treball o esbarjo) per convertir-los en assistencials (nous despatxos de cura ràpida, roba bruta, magatzem, etc.) <i>“Poco espacio de trabajo”</i></p>
<p>En general s'han millorat els equips com aparells de radiodiagnòstic (RNM, portàtils), instrumental de quiròfan o mobiliari (cadires i ordinadors de consultes externes) i per prevenció de riscos laborals.</p> <p><i>“Materiales (materiales más seguros para evitar accidentes laborales)”.</i></p>	<p>Equipaments</p>	<p>Hi ha una falta de reparació o reposició de material espatllat, o a vegades extraviat. (hidràulics de llits, rodes de les cadires o lliteres, carros de menjars, etc.) En algunes ocasions, i per dèficit pressupostari, ara aquest material es de menor qualitat: <i>“Pues yo me tengo que poner dos guantes porque se me rompen.”</i> <i>“Hay más recursos materiales, aunque de peor calidad.”</i></p>

Taula II, 26. Què millora i què empitjora en les meves condicions de treball? (materials, tècniques, financeres, contractuals, salarials, temporals, etc.)



Divisió Mèdica



<p>En general hi ha hagut una millora salarial amb els nou convenis, tot i que es continua considerant insuficient. L'antiguitat continua sent un factor a favor, si bé també ha augmentat la remuneració del resident als últims 5 anys.</p> <p><i>“Yo creo que ahora tenemos la gran suerte que hemos tenido mejoras salariales, mejoras en las guardias (se hacen mejor) y claro, ahora los médicos podemos “apretar” un poco más”</i></p>	<p>Salarials</p>	<p>La remuneració percebuda per la responsabilitat feta es considera en molts dels entrevistats totalment insuficient i descompensada.</p> <p>En aquest aspecte es posa en comparació el cost de la vida que augmenta molt més que la remuneració rebuda.</p> <p><i>“Las condiciones salariales y la temporalidad de los contratos. Cada día falta más personal en los hospitales.”</i></p> <p><i>“Cada vez te exigen más con los mismos sueldos, cada vez faltan más médicos y los que estamos cada vez tenemos que asumir más responsabilidades con los mismos recursos”.</i></p>
<p>La millora de les xarxes de comunicació és considerada com a positiva en molts aspectes (Internet, Intranet, Hta. clínica informatitzada, etc.)</p> <p><i>“La introducción de la informática agiliza el trabajo.”</i></p> <p><i>“Se va informatizando nuestro trabajo burocrático, hay menos papeles y más ordenador. Aparatos más ligeros y con más funciones”</i></p>	<p>Tecnologies de la informació</p>	<p>La tecnologia informàtica, també incrementa la burocratització i el temps, tant de visita com d'arreglar i preparar documentació (consentiments informats, interconsultes, etc.)</p> <p><i>“Va empeorando el soporte informático”</i></p>
<p>Relacionat amb l'anterior, hi ha una major planificació de les visites i de les agendes.</p> <p><i>“En general, mejora la organización”</i></p>	<p>Organització del treball</p>	<p>L'organització es cada vegada més lenta i burocràtica, hi ha més necessitat de permisos, perquè també hi ha cada vegada més comandaments intermedis, qualificats en alguna ocasió com a “inútils”</p> <p><i>“Burocracia para efectuar proyectos o cambios en el proyecto laboral, falta de tiempo para compaginar asistencia/formacion/estudio, priorizando los números de asistencia.”</i></p>

Taula II, 26. Què millora i què empitjora en les meves condicions de treball?
(materials, tècniques, financeres, contractuals, salarials, temporals, etc.)



Divisió Mèdica



<p>La falta de professionals, provoca una major oferta de treball i per tant negociar millor les condicions salarials i contractuals. Solament els metges molt especialitzats té caràcter estable i indefinit d'entrada.</p> <p><i>“Mi capacidad para juzgar ofertas laborales”</i> <i>“Por una parte, la falta de personal sanitario hace que el trato al personal suplente tenga mejores condiciones contractuales”</i> <i>“En relación al tipo de contrato nunca he estado contratada de forma precaria.”</i></p>	<p>Contractuals</p>	<p>En canvi, altres professionals de la medicina es queixen de contractacions encara precàries.</p> <p><i>“Sigue siendo todavía muy difícil el acceso a contratos estables, y más a contratos fijos o indefinidos. También los cambios de horario en los turnos se consiguen con dificultad (Por ejemplo, para conseguir un turno fijo de mañana se tarda una media de 18-20 años...)”</i></p>
<p>La jornada de descans post- guàrdia ha millorat molt la qualitat de vida.</p>	<p>Pressió assistencial i temps de treball (horaris, torns, etc.)</p>	<p>La pressió assistencial continua sent la gran amenaça i en general es considerada per tothom (amb petites excepcions) com incessant i creixent. És més evident en alguns serveis com urgències.</p> <p><i>“Cada vez es mayor la carga de trabajo, para realizar el trabajo se necesita más tiempo. Además cada vez hay más gente mayor.”</i></p> <p>I la excepció: <i>“Disminución global presión asistencial”</i></p> <p>Altra aspecte descrit es la falta de temps per compaginar la formació i investigació i per tant també sobre la conciliació de la vida laboral i familiar.</p>

Taula II, 26. Què millora i què empitjora en les meves condicions de treball?

(materials, tècniques, financeres, contractuals, salarials, temporals, etc.)



Divisió Mèdica



<p>La relació amb companys, el treball en equip i reconeixement de la tasca per aquests continua sent un dels pilars fonamentals.</p> <p><i>“Mi capacidad para juzgar ofertas laborales”</i> <i>“Por una parte, la falta de personal sanitario hace que el trato al personal suplente tenga mejores condiciones contractuales”</i></p>	<p>Relació amb companys i pacients</p>	<p>Empitjora la relació metge-pacient. Algunes entrevistes dibuixen el fenomen immigració i la barrera lingüística com una dificultat afegida en el treball. Hi ha un menor compromís professional.</p> <p><i>“Sigue siendo todavía muy difícil el acceso a contratos estables, y más a contratos fijos o indefinidos. También los cambios de horario en los turnos se consiguen con dificultad (Por ejemplo, para conseguir un turno fijo de mañana se tarda una media de 18-20 años...)”</i></p>
	<p>Relació amb càrrecs i qualitat de lideratge</p>	<p>El distanciament amb els càrrecs, la gestió empresarial del centres amb criteris mercantilistes.</p> <p><i>“Gestión empresarial de la salud con criterios economicistas”</i> <i>“Son unos objetivos que muchas veces son más favorables de cara la empresa que no de los pacientes”</i></p>

Taula II, 26. Què millora i què empitjora en les meves condicions de treball?
(materials, tècniques, financeres, contractuals, salarials, temporals, etc.)



Divisió Infermeria



<p>En general es parla d'una millora:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dels equips de treball (llits hidràulics, tensiòmetres automàtics). ○ Dels serveis de recolzament i auxiliars (farmàcia, banc de sang, etc.) ○ Millores en material de prevenció de riscos laborals (antipuntxada, mascaretes, etc.) <p><i>“Técnicas, como por ejemplo aparatos que me facilitan mi trabajo (tensiómetros automáticos...)”</i> <i>“Aparatos más ligeros y con más funciones”</i> <i>“Farmacia, material sanitario, banco de sangre, todo lo que són servicios de apoyo a la unidad han tenido un avance muy importante”</i></p>	<p>Instal·lacions i equips de treball</p>	<p>En canvi hi ha un deficient manteniment tant preventiu com correctiu de les instal·lacions existents:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Material de pitjor qualitat i falta d'equipaments tipus taula, cadires... <p><i>“Cada vez hay menos material básico para trabajar (mesas, sillas, etc)”</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Per altra banda, es perden espais laborals (despatxos de treball o esbarjo) per convertir-los en assistencials (nous despatxos de cura ràpida, roba bruta, magatzem, etc.) <p><i>“Espacios dedicados al relax y cuidado de los trabajadores. Decece y por lo tanto tampoco aumentan.”</i></p>
<p>Un aspecte assenyalat com a positiu ha estat la instauració de les DPO, els incentius per treballar nits i festius, el Conveni Pont i la equiparació de salaris amb l'INSALUD.</p> <p>També compensacions d'hores sobrants en dies lliures.</p> <p><i>“Ahora empeizan a pagar noches y festivos con un plus (se cobra más y mejor a proporción de los dias que te toca trabajar)”</i></p>	<p>Salarials</p>	<p>Solament hi ha l'augment legal del IPC, que és absolutament insuficient per portar el mateix ritme de vida i es va perdent qualitat any darrera any doncs disminueix el poder adquisitiu.</p> <p>També s'assenyala que alguns professionals poden rebre incentius o no en relació al seu tipus de contractació.</p> <p><i>“En el aspecto salarial, un sector de compañeros con el mismo rol, que corresponden a los contratos indefinidos, reciben incentivos económicos que el resto no obtiene provocando una diferenciación de clases.”</i></p>

Taula II, 26. Què millora i què empitjora en les meves condicions de treball?

(materials, tècniques, financeres, contractuals, salarials, temporals, etc.)



Divisió Infermeria



<p>És considerada com a positiva en molts aspectes (història clínica informatitzada), treball sobre protocols i guies. <i>“La introducción de la informática agiliza el trabajo.”</i> <i>“Lo que va mejorando son las técnicas y tecnología lo que hace que la gente trabaje mejor y consensuar todo (protocolos).”</i></p>	<p>Tecnologies de la informació</p>	
	<p>Organització del treball</p>	<p>L’organització és cada vegada més lenta i burocràtica, hi ha més necessitat de permisos, perquè també hi ha cada vegada més comandaments intermedis, qualificats en alguna ocasió com a “inútils” <i>“Burocracia para efectuar proyectos o cambios en el proyecto laboral, falta de tiempo para compaginar asistencia/formacion/estudio, priorizando los números de asistencia.”</i></p>
	<p>Contractuals</p>	<p>La falta de personal d’infermeria es també l’amença potencial més important. No es troba personal per fer les suplències (per una manca d’incentivació i condicions de treball) <i>“Contractuales (en el caso de personal interino o suplente).”</i> <i>“ Son contratos basuras, no hacen contratos de 6 meses, entonces el tema de recursos humanos ha empeorado.”</i> <i>“ Prefieren ahorrarse personal, ir un poco apretados con más carga de trabajo que no contratar más personal. “</i></p>

Taula II, 26. Què millora i què empitjora en les meves condicions de treball?
(materials, tècniques, financeres, contractuals, salarials, temporals, etc.)



Divisió Infermeria



<p>Una part de les entrevistades manifesta que hi ha més professionals, que ja no es doblen tants torns i que hi ha més descansos, així com reducció d'hores i dies treballats.</p> <p><i>“Se va majorando no doblar tantos turnos y que haya más descansos.”</i></p> <p><i>“Se mejora en el ámbito de los suplentes, pero los más veteranos no lo ven como una mejora por ese motivo... Lo que mejora, pues, de cara al año que viene, es todo el tema de contratos de los suplentes”</i></p>	<p>Pressió assistencial i temps de treball (horaris, torns, etc.)</p>	<p>La pressió assistencial continua sent la gran amenaça i en general es considerada per tothom com incessant i creixent</p> <p><i>“El salario ha ido disminuyendo o más bien estancado y la carga de trabajo es mayor.”</i></p> <p><i>“...teníamos mas carga de trabajo, cada vez mas, pacientes, más complicados...”</i></p> <p>També s'hi descriuen algunes excepcions.</p> <p><i>"Sí, se ha puesto el refuerzo, el turno de en medio éste, ha mejorado un poco la carga de trabajo, pero..."</i></p> <p><i>"Un turno intermedio, de refuerzo, y bueno, ya está"</i></p>
<p>Cada vegada hi ha millor relació entre companys. Pel que fa a la relació amb els metges, millora per la part dels metges més joves.</p> <p><i>“Veig més recolzament per part dels nous professionals, els nous metges no van tant de sobrats, com fa per exemple 10 anys... les meves companyes més grans m'ho diuen sempre”</i></p>	<p>Relació amb companys i pacients</p>	<p>Hi ha una deshumanització i despersonalització progressiva. Infermeria està insuficientment valorada com a professió. Minva la qualitat de relació infermeria-pacient. Es parla de pacients cada vegada menys educats.</p> <p><i>“Para mí, lo que más empeora es el trato humano. Y cada día más.”</i></p> <p><i>“Lo que va empeorando es el trato con los pacientes, se les trata más como a máquinas en cierto aspecto, como si se hubieran roto y alguien tuviera que arreglarlos, sin ningún trato personal.”</i></p>
	<p>Relació amb càrrecs i qualitat lideratge</p>	<p>El distanciament amb els càrrecs, la gestió empresarial del centres amb criteris econòmics.</p>

Taula II, 27. Què empitjora en el meu ambient de treball?

(Col·legues, direcció, usuaris)

El que va empitjorant

Col·legues (categories)

1. Desigualtat i injustícia (contract., remun.)
2. Relacions entre categories professionals
3. Pèrdua del “plus” vocacional.
4. Treball coordinat i en xarxa.

Comentari: en general el companyerisme i el reconeixement de la tasca per col·legues és la base fonamental pel manteniment del bon ambient social en els discursos tan de la divisió mèdica com la d'infermeria, cosa que es reflexa clarament en els aspectes que van millorant.

Dos aspectes que calen destacar-se per la seva possible relació:

- La contractació inestable (temporal) i excessiva rotació de personal (sempre hi ha cares noves) amb la falta de fidelització i cohesió de grup.
- La contractació de personal insuficientment format que ocasiona deficiències en la qualitat prestada a l'usuari amb la sobrecàrrega de treball al personal fix.

Alguns discursos il·lustratius

- *Hi ha enveges per desigualtat en aspecte de promoció i sou.*
- *Mala relació amb els metges. "el metge es pensa que és el jefe i no és així; cadascú té el seu treball".*
- *"Cada vegada hi ha més persones que s'adjudiquen el treball que tu fas. Tu fas una proposta i ells llavors es queden amb els diners, es beneficien i nosaltres no. En definitiva uns són cerebrals i altres sentimentals".*
- *Contractació precària de personal amb insuficient formació que implica una major càrrega de treball.*
- *Per part d'infermeria és difícil la relació amb metges i superiors.*
- *Hi ha FALTA DE FIDELITZACIÓ I DE COMPROMÍS que cal recuperar.*
- *Els grups en general en la institució són molt individualitzats. El treball en equip no el veig, i això afecta en gran mesura el poder aconseguir objectius que es tenen posats.*

Les referències a la pressió assistencial, continuen sent assídues en les respostes al qüestionari i a l'entrevista

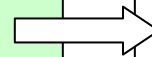
Direcció (categories)

1. Recolzament rebut per càrrecs
2. Relació amb càrrecs
3. Comunicació vertical
4. Imposició d'objectius econòmics.
5. Indefinició de tasques i funcions.

Comentari: el distanciament progressiu treballador – direcció i la falta de participació en decisions organitzacionals és en general el discurs més comentat i per tan més reflectit en l'apartat dels aspectes que van empitjorant.

Cal diferenciar:

- . El cap intermedi sense capacitat executiva (cada vegada més freqüent) i que continua donant recolzament dins de les seves possibilitats.
- . Les “altes esferes” o “direcció” que fonamenten el seu treball en objectius economicistes allunyats de la realitat.



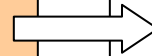
Alguns discursos exemplars

- Cada vegada hi ha pitjor relació amb càrrecs que “escolten” però “no actuen” en nom de la sostenibilitat econòmica, però que és la causa del deteriorament progressiu de la professió mèdica.
- Imposició d'objectius economicistes.
- El pitjor l'aïllament direcció-treballadors. Hi ha una falta de qualitat de lideratge i de coneixement de gestió de persones.
- “llame a mi jefa a las 8h de la mañana para decirle que me viniera a sustituir alguien y simplemente me dijo que me fuera a casa y no llamó a nadie” ... i això acaba afectant la relació amb els pacients ja que no els hi pots dedicar el 100%.
- “Empitjorament important de les relacions direcció - infermeria. Es fonamenta en protocols sense tenir en compte les necessitats reals del treballador”.
- Quant més treballadors, el tracte és més impersonal "jo no conec al meu cap"
- “Hi ha una manca de definició de responsabilitats”
- "la gent de dalt pensa amb els números i la gent de sota amb les persones... i aquí hi ha un abisme”
- “el problema esta entre la direcció general i el treballador... doncs la comunicació amb el cap immediat és bona i cordial”

Usuaris i pacients (categories)

1. Falta de respecte i d'estatus (medicina)
2. Falta de reconeixement a la tasca feta (medicina i infermeria)
3. Coneixement de drets, però no de deures.
4. Pacient cada vegada més exigent.
5. Pacient cada vegada més agressiu

Comentari: es considera en general que l'usuari es cada vegada més exigent, més coneixedor dels seus drets, però poc informat dels seus deures, i per tant més reflectit en l'apartat dels aspectes que van empitjorant.



Alguns discursos exemplars

- Determinats usuaris no respecten als professionals, adopten una actitud reivindicativa i fins i tot lucrativa.
- "abans estava molt ben considerada, sen's valorava més" ... actualment som considerats "un dret" del pacient, algú a lo que "ells hi tenen dret" i "moltes vegades hi ha predisposició a mostrar-se contraris a les nostres indicacions".
- "les relacions amb els pacients són cada vegada més anònimes".
- “la gente llega muy agresiva, muy violenta, nos toca lidiar a nosotros con todas esas conductas de las personas”

Taula II, 27. Què millora en el meu ambient de treball?

(Col·legues, direcció, usuaris)

Col·legues (categories)

1. Companyerisme.
2. Reconeixement tasca per companys
3. Cohesió de grup (servei i/o unitat)
4. Treball coordinat i en xarxa

Comentari: **una majoria** pensen que el companyerisme i el reconeixement de la tasca per col·legues és la base fonamental pel manteniment del bon ambient social en els discursos de les dues divisions assistencials.

Alguns discursos exemplars

- Han millorat molt les jerarquies. Abans eren molt més marcades.
- Millora la relació entre unitats i serveis, inclòs d'altres hospitals.
- Com a coses bones, el compartir experiències de com es resolent i gestionen conflictes i situacions d'estrès amb altres companys.

Direcció (categories)

1. Recolzament rebut pels càrrecs.
2. Relació amb càrrecs
3. Definició de rol (tasques i funcions)

Comentari: **Una minoria** (i pel que es dedueix, amb contracte inestable i de la divisió d'infermeria) considera acceptable o bona el recolzament rebut pels càrrecs.

Alguns discursos exemplars

- La relació amb els superiors és el que va millorant més. Cada vegada són més propers a les infermeres.
- Els caps directes són genials. Em porto molt bé amb els meus companys del mateix nivell jeràrquic, i també amb el meu jefe directe, si bé més amunt ja ho hi ha tant contacte, la relació és solament professional.
- Cadascú assumeix la seva responsabilitat i compleix amb el pactat.

Usuaris i pacients (categories)

1. Qualitat professional i tracte personalitzat
2. Reconeixement de la tasca pels usuaris del sistema

Comentari: **La gran majoria** sustenta aquests aspectes per la seva motivació i realització.

Alguns discursos exemplars

- Importància del paper del professional d'infermeria que és reconegut tan pels metges com pels usuaris.
- Està millorant la qualitat de servei als usuaris.
- Satisfacció per veure compensat el teu treball per part dels pacients.

3 potes del tamboret del Burnout



Figura II.1. 3 potes del Burnout

Reflexió general:

A raó dels comentaris sembla que els problemes es fonamentarien en la base de la **pressió assistencial** i el **cada vegada més distanciament entre els interessos de la direcció i el treballador**.

Mantenint-se alta la **Realització professional i la Personalització en les relacions humanes**, sembla que el risc de Burnout seria baix, doncs solament fallaria una pota del tamboret. **Però malauradament**, els processos de vasocomunicació entre els tres components del *burnout són ben coneguts, així que l'esgotament per pressió assistencial pot facilitar la caiguda en el tracte despersonalitzat i en els sentiments d'alienació (desrealització) professional i donar lloc a una espiral viciosa personal i organitzacional.*

Tanmateix, la combinació **–ni que sigui local i puntual–** de desbordament per **pressió assistencial i de manca de suport organitzacional o fins i tot d'accentuades deficiències en el tracte i suport laboral**, també pot traduir-se en situació d'alt risc psicosocial.

Taula II, 28. Mirant al futur del meu món de treball...

Què visualitzo com esperançador?

1. Disposar d'una **sanitat pública i universal** que dona abast a tots els usuaris.
2. **Seguretat laboral.**
3. Esperança en la **millora del finançament.**
4. La disposició d'**avenços en coneixements científics** més avançats.
5. **Usuari de la sanitat conscient i col·laborador** en algunes malalties, fet en el que han influenciat campanyes divulgatives.
6. **Qualitat professional i tracte personalitzat.**
7. **Organització del treball** amb continuïtat assistencial i sistemes de la informació.
 - a. Crear comunicació entre diferents unitats i serveis d'un centre
 - b. Crear xarxes assistencials de diferents nivells (diferents centres).

Alguns discursos exemplars

- “Espero que aumente el porcentaje del PIB español invertido en sanidad”.
- “Esperanzador que a pesar de los contratiempos económicos de un país siempre va haber trabajo en nuestra profesión”
- “Como esperanzador, veo que la sanidad cada vez es mas pública y mas al abasto de todo el mundo. Cualquier persona puede optar a cualquier tecnología que hay en el mercado y a todos los tratamientos que se le pueden ofrecer.”
- “En el mundo de la medicina los avances son cada vez mayores y más importantes (hay nuevas vacunas, nuevos tratamientos...), creo que eso da sensación de seguridad y es algo muy positivo.”
- “Como esperanzador quizá la noticia que salió ayer en el diario que decía que España es líder en donación y tal, no viene de nuevo, ya lo sabíamos, pero se quiere conseguir un récord de 40 donantes por un millón de población. Esto es esperanzador”.
- “Aunque la estructura no varíe, nosotras seguiremos poniendo la misma ilusión.”
- “Ha habido también muchos trabajos interdisciplinarios, que eso, quieras o no, es positivo”.

Medicina... en general

- Creu en una sanitat pública, universal i gratuïta.
- Té esperança en la millora del finançament del sistema que potenciï incorporació de recursos humans i mitjans per a la investigació i formació.
- Valora els avenços tecnològics i mitjans per la detecció de noves malalties i cura de patologies abans incurables.
- Creu necessària una coordinació entre serveis i unitats del mateix hospital (el pacient no es meu, sinó un malalt que s'ha de tractar de manera multidisciplinar).
- Veu imprescindible garantir la continuïtat assistencial entre diferents centres potenciant el treball en xarxa mitjançant aliances externes (atenció primària, salut mental, etc.)

Infermeria... en general

- . Creu en una sanitat pública, universal i gratuïta.
- . Té esperança en la millora del finançament del sistema que potenciï incorporació de recursos humans i mitjans per a la investigació i formació.
- . Tot i que la precarietat laboral és més predominant que la dels metges (contractes suplents, temporals, corretorns) valora tenir feina en un moment de crisi econòmica i tenir feina assegurada donada la demanda, si bé té esperança en la consolidació de places, treballar menys hores i caps de setmana per millorar la conciliació de vida familiar.
- . Valora especialment la seva tasca com a pròpia i més propera al pacient, i tot i que coordinada, independent de la de medicina.
- . Veu amb esperança l'augment de responsabilitats progressives que assumeixen en rols com el triatge d'urgències, que ha d'anar acompanyat d'un augment de titulació (especialitats) i per tant, de remuneració econòmica.

Taula II, 28. Mirant al futur del meu món de treball..

Què visualitzo com a inquietant?

1. Que la falta de finançament públic, **privatitzi la sanitat** i no la faci universal.
2. **Politització de la sanitat** i imposició per part de la **direcció de prioritats economicistes** per sobre de les assistencials.
3. **La falta de recursos humans i per tant la sobrecàrrega de treball**, és la tònica general i conseqüència de:
 - a. Una progressiva despersonalització
 - b. Menor realització professional
4. **Un usuari** cada vegada coneixedor de la seva malaltia, més exigent i amb més patologia crònica de difícil i llarg tractament.
5. L'actual **crisi econòmica** també veu perillar a alguns professionals el seu lloc de treball per la **menor demanda assistencial en àrees concretes**.
6. Pocs, però alguns apunten al **fenomen immigració** com ocupants de llocs de treball amb formes de treball diferent.
7. **La lentitud en la consolidació de places de treball i promoció professional**.
8. **La precarietat en horaris, torns**, etc. que es manté durant anys en alguns llocs de treball.

Alguns discursos exemplars

- “Siempre salen voces que dicen que esto es insostenible, que hay que buscar otras vías de financiación... pero espero que no vayamos hacia la privatización total de la sanidad, de la salud.”
- “Que los directivos no nos entiendan, que no se pongan en nuestro lugar y no comprendan la situación de impotencia de los pacientes, que son atendidos en tiempos penosos, que padecen listas de espera eternas...no es justo dentro de una sanidad pública y de todos.”
- “Si la dirección interfiere mucho en el trabajo de los médicos y les quita responsabilidad a los profesionales que deberían tenerla estamos convirtiendo la sanidad en una cadena de montaje.”
- “Que no hay profesionales no hay enfermeras ni médicos, hay escasez, muchas cargas de trabajo... no estamos bien pagadas, la responsabilidad que tenemos no está compensada económicamente.”
 - “La manera de tratar a los pacientes, porque no se si yo también cuando lleve aún más años trataré igual a los pacientes”.
 - Tener un error que resulte con la muerte o provocar dolor al paciente, yo trabajo con niños y seria un golpe muy duro de superar.
- “El hecho de que cada vez viene más gente extranjera, con formaciones distintas o no tan parecidas a las nuestras, con modos diferentes de trabajar”.
- “... ves a tus compañeros que han tardado diez años en conseguir una plaza en la que trabajas todos los fines de semana... y dices, bueno...”
- “Es que es un trabajo tan del día a día y tan imprevisible, que el futuro lo ves el de la semana que viene pero no lo ves de aquí a 10 años”.
- “Es que es un trabajo tan del día a día y tan imprevisible, que el futuro lo ves el de la semana que viene pero no lo ves de aquí a 10 años.”
- “¿Qué pasaría si me viera en la calle, tal y como está la situación ahora mismo?”

Medicina... en general

- Creu en una sanitat pública, universal i gratuïta i té por a la privatització, més des d'un punt de vista de desigualtat de tracte a l'usuari i pacient, que des d'un punt de vista contractual, si bé també li preocupa.
- Veu l'increment de la pressió assistencial com a principal amenaça inquietant i assenyala com a causa fonamental l'augment de la patologia crònica (gent més gran i depenent) i altres com l'accés al sistema de les persones immigrants amb patologies diferents o les exigències dels pacients i familiars.
- Argumenta la disminució progressiva de dedicació de temps al malalt com a causa de "burnout" i de possibles errors mèdics que creen un estat d'ansietat paral·lel.
- NO veu perillar els seus llocs de treball, però argumenta una progressiva precarietat basada en la falta de comunicació i participació, falta d'autonomia i fonamentació cada vegada més en criteris economicistes i rendabilistes deixant a part aspectes de professió, autonomia i iniciativa.

Infermeria... en general

- Creu en una sanitat pública, universal i gratuïta i té por a la privatització, tant des d'un punt de vista contractual com des d'un punt de vista de desigualtat de tracte a l'usuari i pacient.
- També veu l'increment de la pressió assistencial com a principal amenaça inquietant i assenyala el progressiu augment rati malalt/infermera com la principal amenaça o inquietud.
- Veu amb esperança el nou model de carrera professional (llicenciatura), però veu desesperançador l'augment de funcions i responsabilitats per les que no saben si estan prou preparades.
- Tot i que pensen que sempre tindran feina (demanda creixent) els seus contractes són en una part considerable precaris pel que fa a inestabilitat (temporalitat) en ritmes, torns i horaris. Una part, veu una amenaça pel seu lloc de treball que algunes àrees sanitàries vegin disminuïdes la càrrega assistencial per la menor demanda d'usuaris i pacients.

Taula II, 29. Que es pot fer per a millorar el meu actual entorn de treball?

El que puc Jo, com a persona treballadora

PUNTS FORTS (categories)

1. Tracte personalitzat i de qualitat
2. Adaptació a la situació
3. Esforç de superació
4. Capacitat d'aprenentatge i formació
5. Automotivació
6. Informar a càrrecs i directius
7. Companyerisme i relacions humanes
8. Possibilitats de relacions
9. Entendre la sostenibilitat econòmica

Alguns discursos exemplars

- *Exigirme a mi mismo y a los demás en pro de la excelencia técnica y humana.*
- *Esfuerzo para mejorar la calidad profesional.*
- *Como persona trabajadora lo que podría hacerlo ya lo he ido haciendo, colaborando en lo que he podido, estar abierto a posibilidades a acceder a cargos de gestión e intentar participar en cosas que dan identidad a la facultad.*
- *Estudiar y formarme para ser más competente, y dedicarle más tiempo, el tiempo que corresponde.*
- *Doncs seguir fent-ho el millor possible, i mantenir la comunió amb companys, perquè junts podem canviar més coses que per separat.*
- *Mostrar mis inquietudes e informar de las necesidades de cambio, y mientras esto no sucede, ofrecer el mejor servicio posible a mis pacientes.*

PUNTS DÈBILS (categories)

1. Impotència davant càrrega assistencial creixent.
2. Sensació de no poder fer res.
3. Desesperança en el sistema.
4. Conformisme i anar fent.
5. Aïllament
6. Insubmissió i rebel·lia davant situació

Alguns discursos exemplars

- *Muy poco, resulta difícil mantener una actitud positiva.*
- *Reivindicar mejoras en el espacio físico.*
- *Nada. Ni puedo, ni tampoco quiero. Tal como lo veo sería un esfuerzo inútil. Creo que la actual relación administración/profesionales de la medicina es un "diálogo de sordos".*
- *Creo que negarme a iniciar una tarea (que no sea una emergencia) hasta que se pongan medios facilitadores.*

Taula II, 29. Que es pot fer per a millorar el meu actual entorn de treball?

El que es pot fer a nivell de centre

PROPOSTES FETES per persones treballadores entrevistades.

1. Buscar fonts de finançament per contractació de professionals.
2. Buscar sistemes d'incentivació (no solament econòmics, sinó de promoció)
3. Millorar condicions contractuals i aspectes de ritmes, torns i horaris.
4. Oferir horari per formació continuada i docència.
5. Millorable comunicació vertical i relació i suport de càrrecs.
6. Millorable participació en decisions organitzacionals.
7. Feminització de la professió. Tenir en compte la compatibilitat laboral-familiar.
8. Organitzar millor el treball:
 - a. Crear comunicació entre diferents unitats i serveis d'un centre
 - b. Crear xarxes assistencials de diferents nivells (diferents centres).

Alguns discursos exemplars

- *Se deben aumentar los recursos humanos y materiales para poder dar un mejor servicio al paciente. Es lo primordial, eso facilitaría mucho el funcionamiento del centro.*
- *Revisar las condiciones contractuales y analizar la situación por la que pasa la sanidad pública, comprender que existe una gran afluencia de gente y necesitamos más personal.*
- *No escatimar dinero, incentivar el trabajo, dar facilidades a las mujeres trabajadoras y aumentar todo lo relacionado con condiciones laborales.*
- *Mejorar la comunicación de la dirección con el resto de la organización.*
- *Mejorar la docencia de todos los profesionales. Destinar un mayor presupuesto a la investigación y recursos.*
- *Yo creo que los jefes deberían pasarse más por el pueblo llano (dejar sus despachos y pasear por los pasillos de urgencias) para ver las condiciones en las que trabajan sus empleados y en las que prestan sus servicios.*
- *Tampoco puede ser que si estas trabajando un mañana no está bien que te hagan ir por la tarde porque no vas a rendir igual.*
- *Ayudar al empleado atendiendo su problema social y situación familiar.*
- *Podrían cuidarnos más a nosotros, nosotros cuidamos a los pacientes... ¿y a nosotros quién nos cuida? Sería bueno que hubiese cursos de relajación, tener con quién desahogarte, una supervisión...Y me gustaría que en mi despacho hubiese una ventana.*
- *Ayudar a la comunicación entre diferentes departamentos del hospital.*

2.4. La Pressió Assistencial, de 2003 a 2009, un problema crònic

En aquest apartat, es resumeix esquemàticament un combinat de dades quantitatives i qualitatives obtingudes en diverses mostres i fases sobre diversos components del camp semàntic de la pressió assistencial, com són la càrrega de treball (objectiva/percebuda), el temps i els recursos per a afrontar-la, la valoració subjectiva de les persones enquestades sobre la quantitat de feina que tenen a fer, com viuen les seves relacions interpersonals amb pacients i col·legues, quant realitzats es senten en la seva feina, etc. En conjunt, donen una idea de la importància d'aquest factor en la qualitat de vida del personal treballador en l'àmbit sanitari. Així mateix, es descriu algunes dades esquemàtiques sobre aspectes implicats en els efectes col·laterals de l'experiència del *burnout* (en forma de dèficit de realització professional i de la qualitat del tracte amb col·legues i pacients), que foren així mateix estudiats.

2.4.1. Dades de la mostra de l'HC 2003

Al qüestionari que respon la mostra de HC 2003, hi figura un bloc de 45 ítems referents a diversos aspectes de les Condicions de Treball del centre, i on la persona enquestada ha de valorar, en una escala de 0 a 10 (0=total desacord, 10= total acord), el seu grau d'acord amb un seguit de proposicions. A continuació es presenta l'etiqueta de cada factor i el contingut que inclou, que es condensa amb unes frases que en formen el perfil.

Factor 1. Realització professional (Variància explicada: 43.6 Alpha: 0.8778).

Sento satisfacció i orgull per treballar a aquest hospital, on es viu i treballa millor que a molts altres, m'hi sento com a casa i m'agradaria fer-hi la meva carrera laboral i jubilar-m'hi, treballar-hi m'aixeca la moral i em fa sentir bé, treballant-hi se'm passen els problemes. Hi faig la feina que correspon a la meva qualificació, me'n reconeixen el valor i se m'hi exigeix la responsabilitat adequada al meu càrrec. La meva feina a l'hospital és il·lusionant i una bona font de realització personal.

Factor 2. Relacions interpersonals a la feina (Variància: explicada: 40.3 Alpha: 0.7642)

El meu principal problema a l'hospital és el mal ambient que es respira a la feina, on es palpa frustració i males relacions entre col·legues, on la crispació entre professionals va en augment, on les regles del joc no són clares, ni transparents, ni valen per a tothom igual. En les relacions interpersonals de feina es donen abusos i tractes degradants, a certes persones se les ignora i se les tracta com si no existissin i a algunes d'elles se'ls fa la vida impossible.

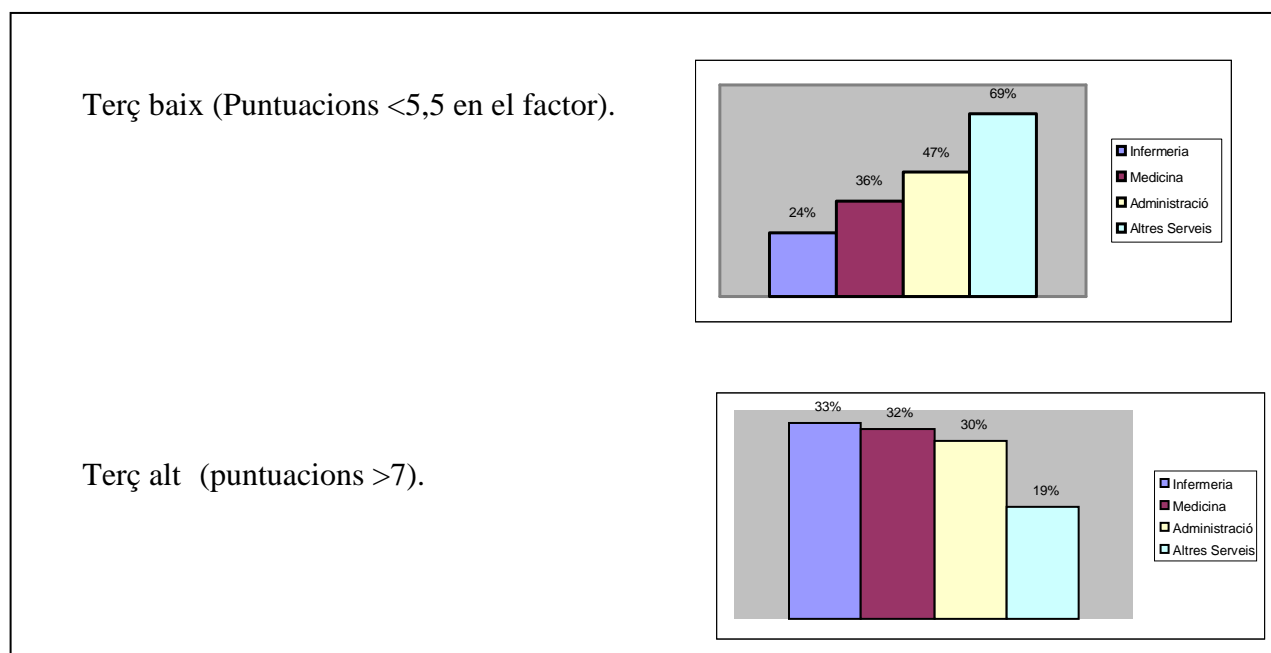
Factor 3. Tracte personalitzat a la feina (Variància explicada: 57.2 Alpha: 0.6242).

Treballar a l'hospital, malgrat la pressió assistencial i l'estrès propi de la feina, no em cansa emocionalment ni em fa irritable, em permet donar un tracte correcte a pacients, col·legues i usuaris i no m'afecta negativament a les relacions familiars.

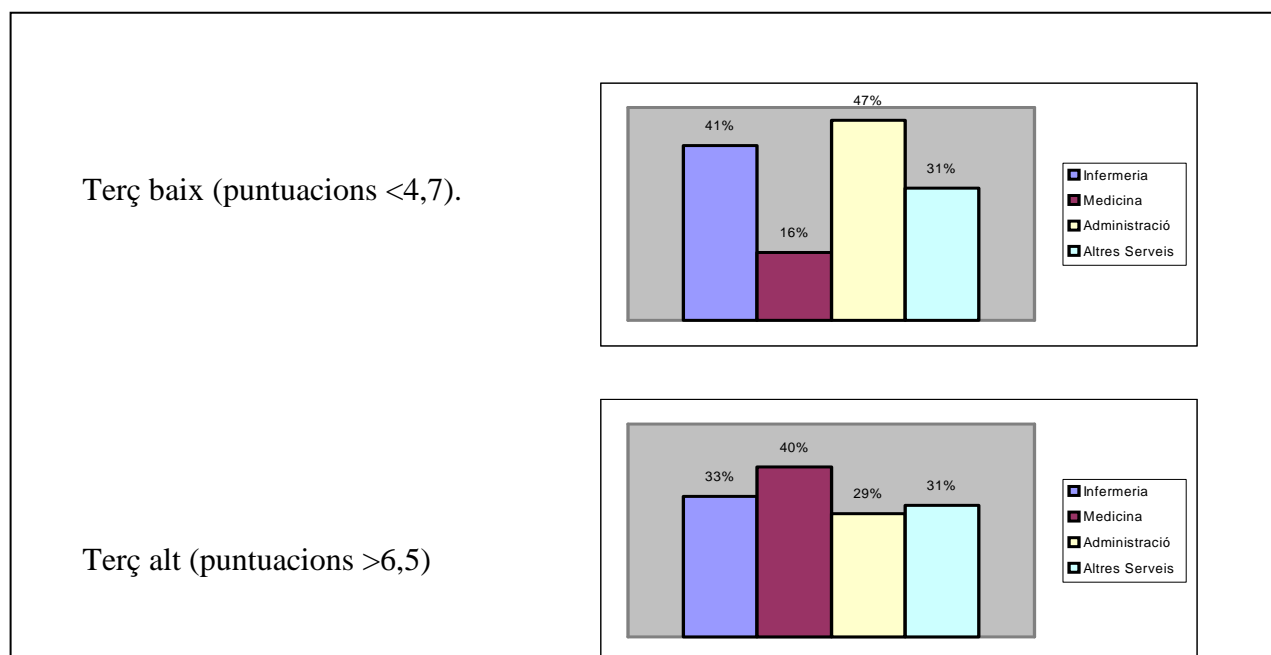
Factor 4. Pressió assistencial (Variància: explicada: 35.8 Alpha: 0.7804).

La intensitat del treball a l'hospital és desbordant, crema molt a molta gent, la meva feina és esgotadora, en tinc massa per a fer-la bé, la quantitat de la que se m'exigeix és excessiva. A l'hospital, sobra feina o manca personal per a fer-la bé. Si augmenta gaire més el nombre de pacients per professional, l'hospital arribarà al col·lapse. Si s'organitzés bé el treball a l'hospital, el personal no aniria tant desbordat.

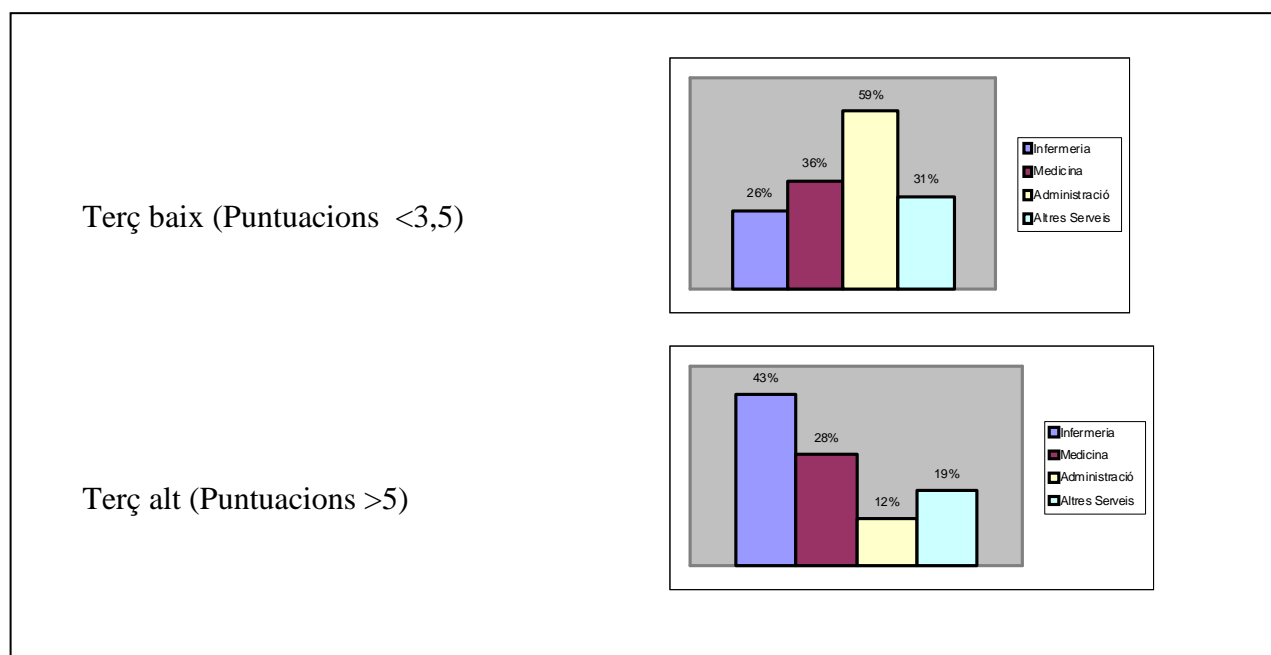
A continuació, es presenta un seguit de dades descriptives de la puntuació de cada factor creuada amb la variable Categoria Professional. En els gràfics II.22. a II.25., es mostra la distribució per cada factor de les valoracions que en fan el terçil superior i l'inferior de cada categoria.



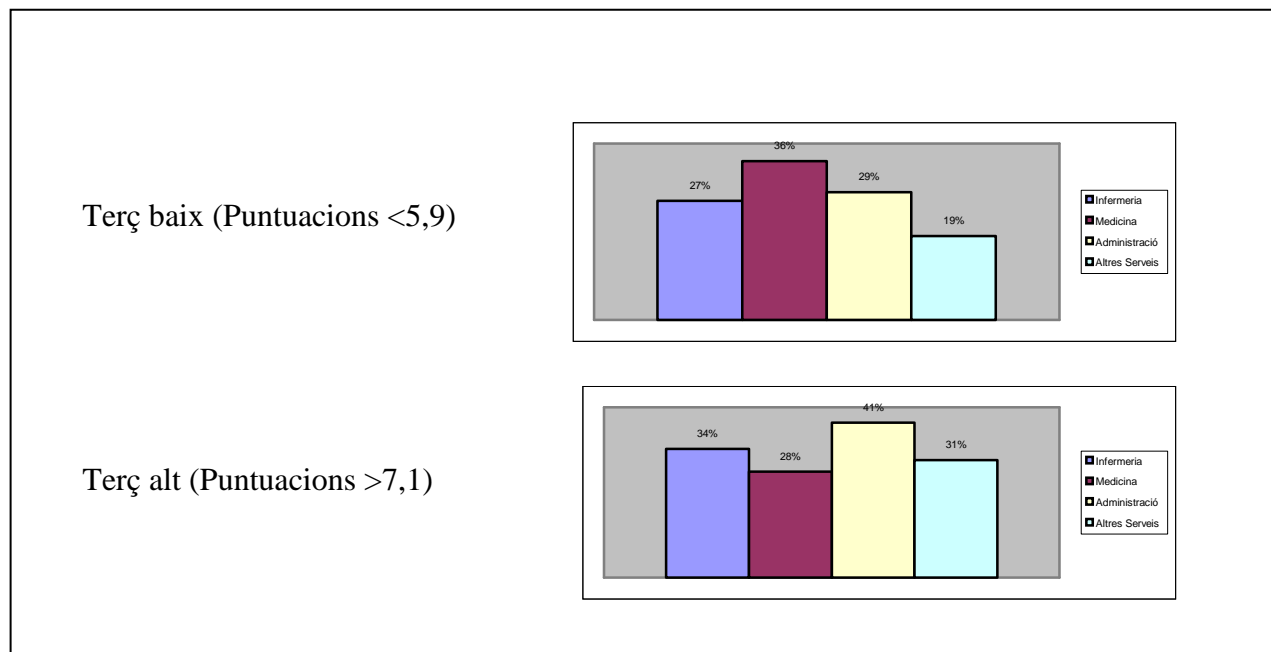
Grafic II.22. Factor 1. Realització Professional per categoria professional



Gràfic II.23. Factor 2. Relacions interpersonals a la feina per categoria professional

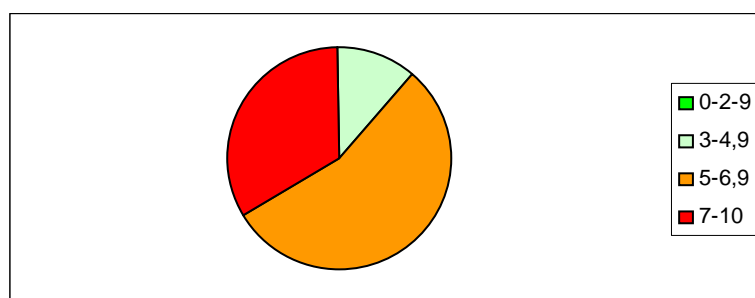


Gràfic II.24. Factor 3. Tracte personalitzat a la feina per categoria professional



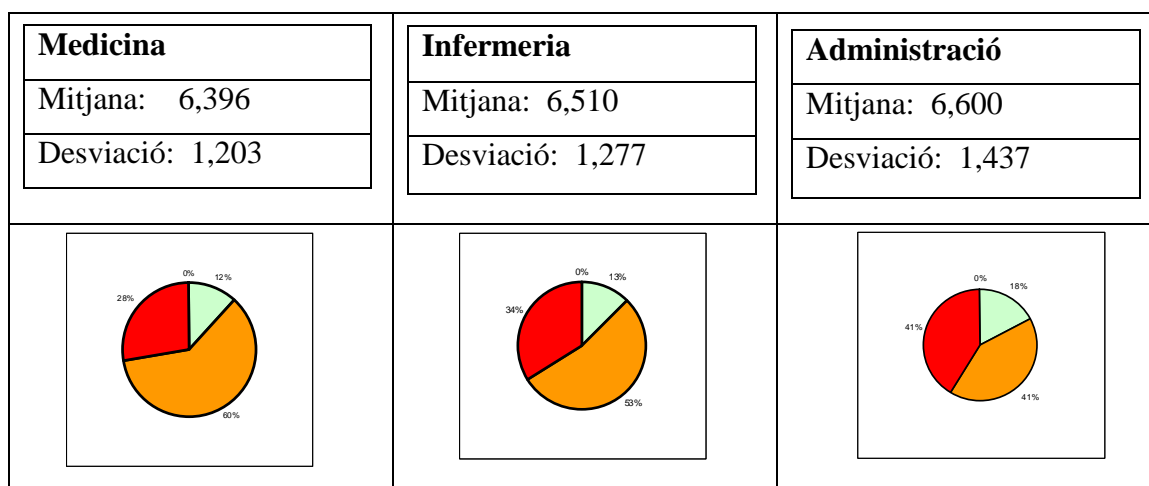
Gràfic II.25. Factor 4. Pressió Assistencial per categoria professional .

Amb una mitjana de 6,5 i una desviació estàndard d'1,2, les puntuacions globals de la mostra en el factor Pressió Assistencial es distribueixen tal com es reflecteix al gràfic 26.



Gràfic II.26. Distribució de les mitjanes en factor Pressió Assistencial

Ningú no hi puntua per sota de 3 i més d'un terç de la gent ho fa en l'interval de 7 a 10. Aquest interval, marcat amb vermell, representa la zona d'alt risc psicosocial de distrès i de desgast psicològic en la feina. Creuant, per exemple, les puntuacions en aquest factor amb la variable Categoria Professional, s'observa el següent:



Gràfic II.27. Pressió Assistencial segons categories professionals

En aquesta zona vermella de risc s'ubiquen també les puntuacions del 29% del personal que portava menys de 5 anys a l'Hospital Central, el 43% dels que hi portaven entre 5 i 15 anys i el 24 % dels que n'hi portaven més de 15. També s'hi troba el 27% del personal de plantilla i el 57% del que treballa com a "suplent". I el 29% del torn de matí, el 39% del de tarda i el 31% del de nit.

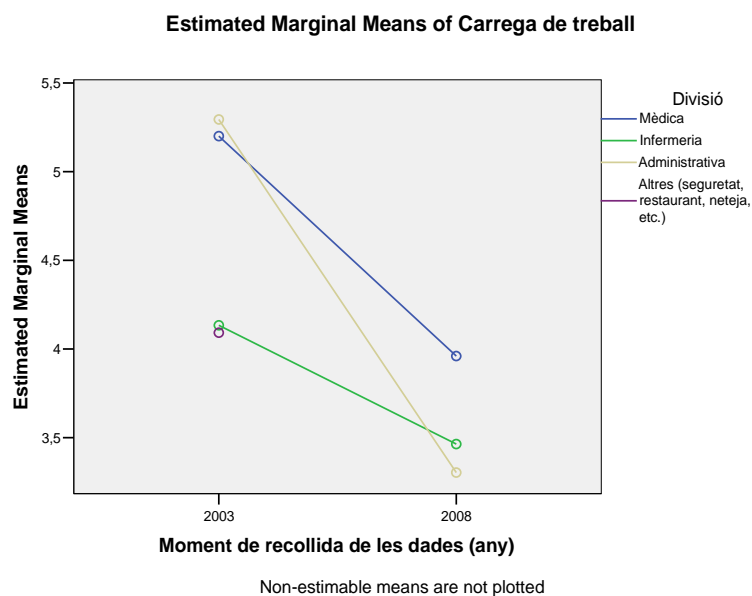
2.4.2. Dades de comparació quantitatives entre mostres 2003/2008 de l'HC

Mirant l'evolució de les puntuacions en els ítems "Càrrega" i "Temps" de Treball, hom constata que homes i dones, grans i joves, professionals de la medicina, d'infermeria i de l'administració, antics i nous al centre, de plantilla i suplents, de tots els torns, etc., coincideixen en percebre la "pressió" sota la que treballen i un signe decreixent en la tendència percebuda de l'evolució de la seva Càrrega i del seu Temps de Treball.

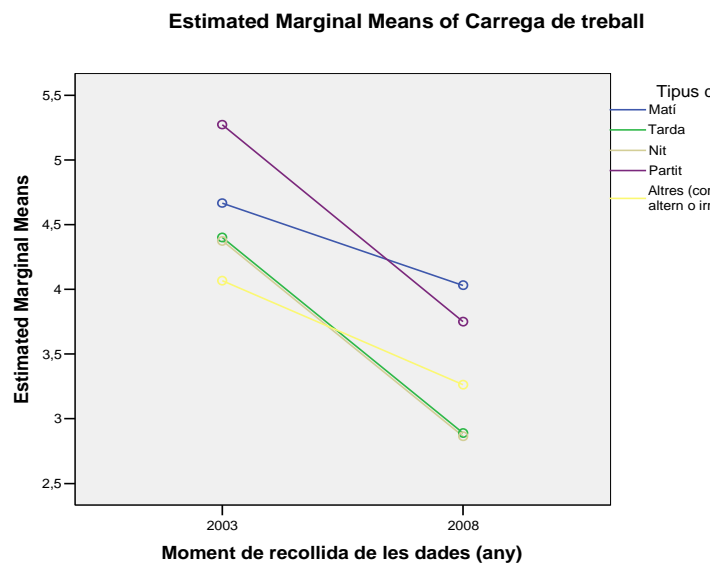
MOSTRES	Mitjana i (desviació) ITEMS	
	CÀRREGA TREBALL	TEMPS TREBALL
TEMPS 1 (2003)	4,49 (2,44)	5,73 (2,59)
TEMPS 2 (2008)	3,53 (2,24)	4,84 (2,32)
SIGNIFICACIÓ diferències (P)	.000	.003

Taula II.31. Mitjanes mostres 2003 i 2008 en Càrrega i Temps de Treball

Els gràfics II.26. i II.27. reflecteixen aquesta tendència observable a l'HC.



Gràfic II.28. Evolució de la Pressió Assistencial Percebuda per Categoria Professional



Gràfic II. II.29. Evolució de la Pressió Assistencial Percebuda per Torn

2.4.3. Dades mostra 2006

A 1.256 membres de la mostra XHUP (2006) se'ls aplica una part de la *versión media* del *Cuestionario del método ISTAS21 (CoPsoQ)*, inclosa en el *Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo*, accessible des de (http://www.istas.net/istas21/m_metodo_istas21.pdf). És la referent a *Satisfacció amb el treball* i la que inclou series de *síntomes conductuals, somàtics i cognitius d'estrès*. Les eines específiques de mesura emprades són les següents:

2.4.3.1. Satisfacció amb el treball.

Relacionat amb la teva feina actual, estàs satisfet/a amb...

	Molt satisfet	Bastant satisfet	Més o menys satisfet	Poc satisfet	Gens satisfet
a) <i>les teves perspectives laborals?</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) <i>les condicions ambientals de feina (soroll, espai, ventilació, temperatura, il·luminació...?)</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) <i>el grau en el que s'utilitzen les teves capacitats?</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) <i>la teva feina, tenint-ho tot en compte?</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

2.4.3.2. Síntomes cognitius d'estrès.

Durant les darreres quatre setmanes,

	Sempre	Moltes vegades	De vegades	Només alguna vegada	Mai
a) <i>Has tingut problemes per concentrar-te?</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) <i>T'ha costat prendre decisions?</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) <i>Has tingut dificultats per a recordar-te de les coses?</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) <i>Has tingut dificultats per a pensar de manera clara?</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

2.4.3.3. Síntomes conductuals d'estrès.

Durant les darreres quatre setmanes,	Sempre	Moltes vegades	De vegades	Només alguna vegada	Mai
e) <i>No he tingut ànims per a estar amb gent</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
f) <i>No he pogut dormir bé</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
g) <i>He estat irritable</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
h) <i>M'he sentit anguixat/da</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

2.4.3.4. Síntomes somàtics d'estrès.

Durant les darreres quatre setmanes,	Sempre	Moltes vegades	De vegades	Només alguna vegada	Mai
i) <i>Has sentit opressió o mal al pit?</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
j) <i>T'ha faltat l'aire?</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
k) <i>Has sentit tensió als músculs?</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
l) <i>Has tingut mal de cap?</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

El model ISTAS s'exposa:

- que la satisfacció amb el treball és un indicador bàsic de la qualitat de l'ambient laboral,
- que els símptomes cognitius d'estrès es relacionen especialment amb l'absència de sentiments de grup, l'haver d'amagar les emocions, la indefinició de rol i la manca de sentit del treball,
- que els símptomes conductuals d'estrès es relacionen especialment amb els conflictes de rol i amb les exigències d'haver d'amagar els sentiments en el treball i
- que els símptomes somàtics d'estrès es relacionen especialment amb la mala qualitat de lideratge, haver d'amagar emocions, i amb la inexistència de sentiment de grup.

En l'avaluació de riscos, el mètode ISTAS permet una *comparació* de la població estudiada amb la *de referència* (una mostra de la població ocupada de la Comunitat Autònoma de Navarra).

Els resultats de la comparació de la mostra 2006 amb la de referència apareixen a la taula següent:

	Mitjana Mostra 2006	Mitjana Població Referència
Satisfacció en el treball	52,5	62,4
Síntomes cognitius d'estrès	28,5	18,8
Síntomes conductuals d'estrès	25,0	21,7
Síntomes somàtics d'estrès	26,5	13

Taula II,32. Comparació de la mostra 2006 amb la de referència

Comentari. En termes generals, la mostra de professionals de la salut catalans estudiada està menys satisfeta en el seu treball i amb més símptomes cognitius, conductuals i somàtics d'estrès que la mostra de referència (no extreta de la població de professionals de la salut, sinó de la població activa ocupada navarresa).

2.4.4. Dades qualitatives sobre pressió assistencial, mostres 2003 i 2009

Ací es presenta un recull sistemàtic d'idees-força i de frases il·lustratives que els expressen formulades per membres de les mostres de 2003 i de 2009. En aquest recull es pot constatar la presència d'uns temes centrals reiterats, bona part dels quals centrats en la problemàtica tractada al present apartat: la pressió assistencial, l'experiència laboral i professional que l'acompanya i el futur percebut de la feina i la manera com s'afronten.

Pel que fa a les respostes textuais a preguntes obertes del qüestionari sobre Condicions de Treball en general i sobre la manera com es viuen, la **mostra de 2003** manifesta una remarcable centralització temàtica entorn de la *pressió assistencial*, donant lloc al panorama reflectit a la taula II.33.

<p>Estat general de la qüestió</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tothom la considera un “problema” real, crucial, urgent i creixent. ➤ Excepcionalment, algú es pregunta si és un “fet”, un “mite” o una “posse”. ➤ Apareix alta globalment, però desigual segons serveis i torns. ➤ Força gent vol “fugir” de les unitats que suporten més “pressió” i “refugiar-se” en alguna de les que en comporten menys.
<p>Termes definició del problema</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ “Augment” en quantitat, complexitat, velocitat i intensitat d’una feina amb pacients cada com més informats i exigents, entre els que augmenta la taxa dels més vells, aguts, crònics i greus, als quals cal atendre en un temps cada cop més curt entre la seva entrada i la seva sortida de l’hospital ➤ “Disminució” del temps de dedicació a l’atenció als pacients, a la relació amb col·legues, a la interacció amb altres professionals, a la comunicació amb companys d’altres serveis, a la pròpia “recuperació” física, psicològica i social (descans, “café”, etc.). ➤ “Excés de tasca”, “sobreprogramació”, “dèficit de personal”, “sobrecàrrega de treball”, “saturació d’obligacions”, “desequilibri progressiu demandes – recursos”, etc. ➤ En algunes unitats, és viscut com l’efecte combinat de molta feina per a poc personal i deficient organització del treball.
<p>Discursos exemplars</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>La intensitat del treball a l’hospital és desbordant, crema molt a molta gent, la meua feina és esgotadora, en tinc massa per a fer-la bé, la quantitat de la que se m’exigeix és excessiva</i> ➤ <i>A l’hospital, sobra feina o manca personal per a fer-la bé. Si augmenta gaire més el nombre de pacients per professional, l’hospital arribarà al col·lapse. Si s’organitzés bé el treball a l’hospital, el personal no aniria tan desbordat</i> ➤ <i>No tinc temps d’atendre els pacients tal com m’han ensenyat</i> ➤ <i>Quan anem desbordats, perdem concentració i fem “fallos”</i> ➤ <i>Treballant amb tanta pressió, saps que no pots comptar amb l’ajut de ningú més, perquè tothom va desbordat</i> ➤ <i>La pressió assistencial trenca els equips de treball</i> ➤ <i>Et sents molt malament quan un pacient necessita que l’escoltis i tu no tens temps de fer-ho</i> ➤ <i>Si t’atures un moment a respirar, perds el tren</i> ➤ <i>Ací no “desconnectes” ni al bar</i>

Taula II.33. Pressió Assistencial percebuda per la mostra 2003

Comentari. El tòpic sobre el *treball dens*, que la **IV Enquesta Europea sobre Condicions de Treball** presenta com una de les característiques centrals de l’experiència laboral europea contemporània (Weiler 2006 a, b; Parent-Thirion et al, 2007), ja és el problema central detectat en l’avaluació de 2003 de l’HC, on s’expressa en termes de *pressió assistencial* i

amb expressions com les de “*massa feina en massa poc temps*” o de “*massa poc temps per a fer tanta feina*”.

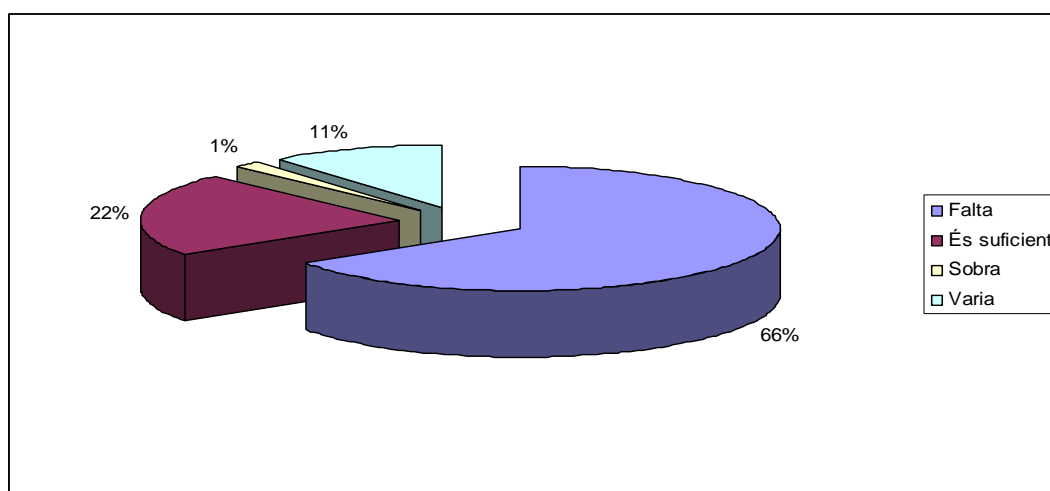
Aquesta visió de les coses és coherent amb la que apareix en les dades quantitatives de l' *Escala de Condicions de Treball*: d'una part, l'ítem més altament valorat en aquella escala és precisament el concernent al **Rendiment personal en el treball a l'hospital** (mitjana de 7,65 en una escala de 0 a 10). Precisament –i no és casual- aquest ítem és el que presenta una desviació més baixa de tots (1,486), cosa que vol dir que la gran majoria de les persones enquestades veuen les coses de manera molt similar, situant la seva valoració del propi rendiment a la feina en l'espai que va entre el 6 i el 9. D'altra, entre els ítems puntuats més baix figuren els de **Càrrega de treball** (mitjana = 3,53 i desviació = 2,244 - la majoria de les persones enquestades situa la seva valoració d'aquest ítem en l'espai que va entre l'1 i el 6-) i el de **Temps de treball (horaris, torns, ritmes, descansos...)** (mitjana = 4,84 i desviació = 2,235 - la majoria de les persones enquestades valora aquest ítem per sota de 5-).

Això és el que també es posa de manifest a la **mostra de 2009**. A la pregunta sobre si manca, és suficient, o sobra temps per a fer la feina, la gran majoria de la gent contesta que en falta, una minoria pensa que en té suficient i són escassíssims els que en van sobrats.

Càrrega de treball i temps per fer-la	Medicina	Infermeria
Falta temps	68%	79%
N'hi ha suficient	22%	2%
En sobra	2%	1%
Depèn	8%	18%

Taula II, 34. Càrrega de treball i temps per fer-la. Mostra 2009

2 de cada 3 professionals de la medicina i 4 de cada 5 dels d'infermeria enquestats considera que li falta temps per portar a termini les seves tasques. A la Taula II.35. expressen com ho veuen, ho viuen i afronten.

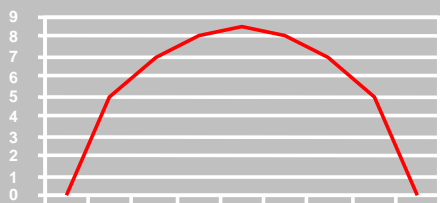


Gràfic II.30. Càrrega de treball i temps per fer-la.

Reaccions positives (categories)

1. Control de l'estrès i autorelaxació
2. Adaptació a la situació. Resignació
3. Autocontrol per evitar iatrogènia

Rendiment



Ansietat

A partir d'un punt d'ansietat i tensió, baixa el rendiment

Reaccions negatives (categories)

1. Impotència i resignació
2. Por a cometre errors
3. Ansietat, Estrès
4. Síntomes somàtics: dolor d'esquena, ofec, angoixa, opressió, insomni, preocupació.
5. Frustració.

Discursos il·lustratius

Medicina

- *Em quedo fora de l'horari i fins i tot intento acabar la tasca a casa.*
- *Faig el que puc e intento prioritzar i optimitzo el temps que dispo.*
- *Trec temps de la meva vida privada, inclòs assumeixo que no tinc dies lliures com a altres professions.*

Infermeria

- *Vaig fent poc a poc, a la meva manera.*
- *Faig el que puc e intento prioritzar*

Discursos il·lustratius

Medicina

- *Con ansiedad, con estrés. Sobretudo en momentos puntuales*
- *Con mucha tensión, y con cierto sentimiento de impotencia*
- *Més angoixada, perquè no li dediques tot el temps que voldries a les persones.*
- *Me adapto con tecnicas de relajacion y religion.*

Infermeria

- *Con rabia y con dolor de espalda.*
- *Vaig col·lapsada, faig tot el que puc, però ofegada.*
- *Ésta situación me crea angustia y estrés.*
- *Ho visc amb tensió i impotència.*

Taula II. 35. Reaccions positives i negatives a la pressió assistencial

III VIOLÈNCIA OCUPACIONAL
(*Workplace Violence*)

Violència Ocupacional sobre professionals de la salut

Incidents notificats per Internet a Catalunya (2005 – 2009)

ÍNDIX DEL CAPÍTOL

III. VIOLÈNCIA OCUPACIONAL. (Workplace Violence)	133
Resum. Resumen. Abstract	135
3.1. Introducció	138
3.2. Mètode	139
3.2.1. Procediment de recollida d'informació	139
3.2.1.1. Creació d'un Grup de Treball	139
3.2.1.2. Constitució i posta en marxa de les COPREVI	139
3.2.1.3. La WEB. www.violenciaocupacional.net	140
3.2.1.4. La Notificació d'Incidents violents	140
3.2.2. Instrument de Notificació d'Incident Violent (NIV)	141
3.2.4. Població i Mostra	143
3.3. Resultats	144
3.3.1. Dades generals	144
3.3.3. Dades creuades per variables censals	145
3.3.2.1. Per Sexe	145
3.3.2.2. Per Edat de la persona treballadora agredida	145
3.3.2.3. Per Antiguitat de la persona treballadora agredida	146
3.3.2.4. Per Reincidència de la persona agredida	146
3.3.2.5. Per Divisió assistencial de la persona agredida	147
3.3.2.6. Per Tipus de contracte de la persona agredida	147
3.3.2.7. Segons si ha rebut o no formació específica la persona agredida	148
3.3.2.8. Segons la preparació de la persona agredida	148
3.3.2.9. Segons tipus de centre a on treballa la persona agredida	149
3.3.2.10. Segons lloc a on es produeix l'agressió	150
3.3.2.11. Segons el torn a on es produeix l'agressió	151
3.3.2.12. Segons el sexe de la persona agressora	151
3.3.2.13. Segons la relació persona agressora / agredida	151
3.3.2.14. Segons l'edat de la persona agressora	152

3.3.2.15. Segons si la persona agressora és reincident o no	152
3.3.2.16. Segons si la persona agressora té patologia propiciatòria o no	153
3.3.2.17. Segons la quantitat de persones agressores	153
3.3.2.18. Segons tipus d'agressió	154
3.3.2.19. Tipologia de l'agressió física	156
3.3.2.20. Tipologia de l'agressió verbal	157
3.3.2.21. Tipologia de l'agressió simbòlica	158
3.3.2.22. Tipologia de l'agressió econòmica	159
3.3.2.23. Possible causa propiciatòria	160
3.3.2.24. Intervenció immediata en situació de crisi	161
3.3.2.25. En cas d'intervenció, agent que ho fa en la situació de crisi	162
3.3.2.26. Intervenció diferida post incident violent	164
3.3.2.27. Tipologia de conseqüències físiques o psicològiques inicials sobre la persona treballadora agredida.	165
3.3.2.28. Tipologia de conseqüències laborals inicials sobre la persona treballadora agredida.	166
3.4. Discussió	167

RESUM

Context: La violència ocupacional és un fenomen emergent i global en l'àmbit dels riscos laborals, que afecta a tots los sectors professionals -i molt especialment al sanitari- la prevenció del qual exigeix disposar d'una informació empírica vàlida, fiable, situada i permanentment actualitzada. Fins el present, aquesta informació s'obté bàsicament d'enquestes d'autoinforme, amb baixos percentatges de resposta i notables problemes metodològics de validesa, pels diversos biaixos que comporta.

Objectius: A nivell metodològic, revisar, desenvolupar, ampliar i implementar, en una fase experimental, a l'àmbit sanitari de Catalunya, la Web www.violenciaocupacional.net, un model de sistema informatitzat de Notificació on-line d'Incidents Violents (NIV), que ve essent aplicada, des de 2005, en un nombre creixent de centres sanitaris de Catalunya, que participen voluntàriament en el projecte. A nivell empíric, examinar la tipologia i la prevalença d'aquesta violència en el col·lectiu investigat, identificar els principals factors de risc de la mateixa i comparar les dades obtingudes amb les d'altres investigacions de referència. A nivell pràctic, crear i mantenir una xarxa de centres sanitaris que comparteixi informació epidemiològica i aportar dades empíriques actualitzades i situades sobre les quals fonamentar polítiques de prevenció de riscos laborals.

Mètode: El Qüestionari de Violència Ocupacional inclòs a la Web permet un registre integrat d'incidents violents contra professionals de la salut en temps real i de manera confidencial. Una sola persona notifica on-line els incidents de cada centre. Pertany als departaments de Recursos Humans o de Prevenció de Riscos Laborals i ha estat especialment designada per la seva pròpia institució per a fer aquesta tasca. Amb aquest "observador" únic i professional per centre, es vol corregir també el "biaix personal", habitual a les enquestes d'autoinforme.

Resultats: En el pla metodològic, l'aplicació d'una nova tècnica de recollida d'informació sobre la violència ocupacional en el sector sanitari, una organització en xarxa d'institucions sanitàries activament implicades en la investigació i la intervenció sobre la problemàtica i una base de dades epidemiològiques permanentment actualitzable en temps real i des de l'escenari dels fets. I en el empírics, la notificació de 1.909 casos d'incidents violents esdevinguts en una població de 33.370 professionals empleats en centres sanitaris indiquen que almenys un 5,72% d'aquestes persones han estat víctimes de violència en els seus centres de treball en els darrers quatre anys. Gaire bé un terç dels casos reportats remet a violència física i més de la meitat a violència psicològica.

Conclusió: La informació proporcionada pel sistema NIV permet construir un mapa significatiu de la violència ocupacional en el sector sanitari català, comparar-lo amb els d'altres entorns i àmbits professionals i identificar variables clau per al desenvolupament de polítiques preventives en aquest àmbit.

Paraules clau. Violència ocupacional. Notificació on-line de incident violent. Riscos laborals.

RESUMEN

Contexto: La violencia ocupacional es un fenómeno emergente y global en el ámbito de los riesgos laborales que afecta a todos los sectores profesionales -y muy especialmente al sanitario- y cuya prevención exige disponer de una información empírica válida, fiable, situada y permanentemente actualizada. Hasta el presente, ésta información se obtiene básicamente de encuestas de auto informe, con bajos porcentajes de respuesta y notables problemas metodológicos de validez, por los diversos sesgos que conlleva.

Objetivos: A nivel metodológico, revisar, desarrollar, ampliar e implementar en una fase experimental en el ámbito sanitario de Cataluña la Web www.violenciaocupacional.net, un modelo de sistema informatizado de Notificación on-line de Incidentes Violentos (NIV) que está siendo aplicada, desde 2005 en un número creciente de centros sanitarios de Cataluña, que participan voluntariamente en el proyecto. A nivel empírico, examinar la tipología y la prevalencia de esta violencia en el colectivo investigado, identificar los principales factores de riesgo de la misma y comparar los datos obtenidos con los de otras investigaciones de referencia. A nivel práctico, crear y mantener una red de centros sanitarios que comparta información epidemiológica y aportar datos empíricos actualizados y situados sobre los que fundamentar políticas de prevención de riesgos laborales.

Método: El Cuestionario de Violencia Ocupacional incluido en la Web permite un registro integrado de incidentes violentos contra profesionales de la salud en tiempo real y de modo confidencial. Una sola persona notifica on-line los incidentes de cada centro. Pertenece a los departamentos de Recursos Humanos o de Prevención de Riesgos Laborales y ha sido especialmente designada para ello por su propia institución. Con este “observador” único y profesional por centro, se pretende corregir también el “sesgo personal”, habitual en las encuestas de auto informe.

Resultados: En el plano metodológico, la aplicación de una técnica novedosa de recogida de información sobre la violencia ocupacional en el sector sanitario, una organización en red de instituciones sanitarias activamente implicadas en la investigación y la intervención sobre la problemática y una base de datos epidemiológicos permanentemente actualizable en tiempo real y desde el escenario de los hechos. Y en el empírico, la notificación de 1.909 casos de incidentes violentos ocurridos en una población de 33.370 profesionales empleados en centros sanitarios indican que al menos un 5,72% de estas personas han sido víctimas de violencia en sus centros de trabajo en los últimos cuatro años. Casi un tercio de los casos reportados remiten a violencia física y más de la mitad a violencia psicológica.

Conclusión: La información proporcionada por el sistema NIV permite construir un mapa significativo de la violencia ocupacional en el sector sanitario catalán, compararlo con los de otros entornos y ámbitos profesionales e identificar variables clave para el desarrollo de políticas preventivas al respecto.

Palabras clave Violencia ocupacional. Notificación on-line de incidente violento. Riesgos laborales.

ABSTRACT

Background: Workplace violence is a global emergent issue on the labour risks affecting all professional sectors –and very specially the health sector-. Its prevention requires to have valid, reliable, situated and permanently actualized information. Till now, this information is obtained mainly from self-report inquiries, with low response rates and a lot of validity methodological problems because its biases.

Objectives: At methodological level, to review, to develop, to extent and to implant, on an experimental phase, on the Catalan Health sector, the www.violenciaocupacional.net Website, a computerized system of on-line Notification of the Violent Incidents (NIV), applied, from 2005, on a growing number of sanitarian centres of Catalonia, who voluntarily participate in the project. At empirical level, to examine the typology and prevalence of this violence in the investigated collective, to identify its main risk factors and to compare the obtained data with obtained from other relevant research. At practical level, to create and to maintain a network of sanitarian centres who share epidemiological information and to give empirical actualized and situated data who permit to establish prevention politics of the labour risks prevention.

Method: The Occupational Violence Questionnaire included in this Website permits an integrated register of violent incident against health care workers on real time and with confidentiality. One person notifies on-line the incidents of every centre. This person belongs to Human Resources or Labour Risk Prevention departments and was specially designated by its own institution to give it. With this professional “observer” we may correct the “personal bias”, very usual on self-report inquiries.

Results: At methodological level, a new way of collecting information concerning workplace violence in the health sector, a network of health institutions actively involved with research and intervention on the issue, and a permanently actualisable source of epidemiological data on real time and from the same setting of the facts. And at the empirical one, the notification of 1.909 cases of violent incidents in a population of 33.370 professionals employed in health centers indicate that at least 5,72% of these people have been victims of violence in their workplaces in the last four years. Almost one third of the reported cases refer to physical violence, and more than a half to psychological violence.

Conclusion: The information provided by the NIV system permits to build an outline map of significant occupational violence in the Catalan Health Sector, to compare it with the maps corresponding to other professional fields and settings i to identify key variables for the development of preventive policies in this regard.

Key Words: Workplace Violence, Notification of Violent Incident by Internet, Labor Risks.

3.1 Introducció

La violència en el lloc de treball constitueix, cada dia que passa amb més evidència, un problema que afecta persones i grups de treball, organitzacions i la mateixa societat. I està passant a ser una qüestió central en els àmbits de la qualitat de vida laboral i del benestar a la feina. Figura entre els més importants factors de risc psicosocial en el treball, que repercuteix en el rendiment professional, en la salut laboral i en la qualitat dels serveis, i molt especialment els concernents a serveis com els que fa el personal que treballa en l'àmbit de la salut (Di Martino, 2003; OIT/ CIE/ OMS/ ISP, 2002; Parent-Thirion et al., 2007).

Feta ja una introducció en el primer capítol sobre l'estat de la qüestió sobre la violència ocupacional, en el present, es procedeix a presentar els resultats d'una recerca empírica feta sobre el tema, que primer cal ubicar en el context en que s'ha plantejat i s'està duent a terme. En termes generals, hom es proposa obtenir un coneixement més precís del que s'esdevé en el pla de la violència en el lloc de treball dins l'àmbit sanitari, sobre les circumstàncies (de risc) de la seva producció i sobre les variables que hi intervenen, fent-la més o menys probable i amb efectes més o menys intensos. Per tan, en un primer nivell, la intenció és exploratòria i descriptiva. És sobre la base d'un mapa de l'escenari d'aquesta violència que es pot procedir posteriorment al desenvolupament d'estudis amb més pretensions explicatives i predictives.

Després d'un resum esquemàtic de les circumstàncies que han concorregut en la posada en marxa de tot l'operatiu sobre el que es basa el treball empíric, es presentarà alguns elements centrals del disseny metodològic i posteriorment s'exposarà alguns dels resultats, cosa que donarà la base per a una discussió de la seva significació teòrica i de les seves implicacions pràctiques.

La prevenció de la violència exigeix una informació empírica de qualitat, situada i permanentment actualitzada. Donat que gaire bé la pràctica totalitat de la informació científica actualment disponible sobre el tema està basada en enquestes d'autoinforme, amb relativament baixos percentatges de resposta i notables problemes metodològics de validesa, el primer **objectiu** del treball en el marc del qual s'inscriu aquesta tesi consisteix en aportar elements tecnològics de cara a la superació dels condicionaments que deriven d'aquesta recerca basada en l'enquesta d'autoinforme.

Els resultats que es presenta en aquest capítol són el fruit de la implementació en diversos centres sanitaris de Catalunya de la Web www.violenciaocupacional.net. Es tracta d'un sistema informatitzat de Notificació on-line d'Incidents Violents (NIV), que descriu la tipologia i la prevalença d'aquesta violència en el col·lectiu investigat, identifica els principals factors de risc de la mateixa i compara les dades obtingudes amb les d'altres investigacions de referència, especialment les realitzades sobre violència ocupacional en el sector de la salut.

3.2 Mètode

En primer lloc, es descriu el procediment i el context de planificació i implementació de la Web, base de la recerca, que inclou el qüestionari al qual accedeix el personal informador que notifica incidents violents.

3.2.1 Procediment de recollida d'informació

La posta a punt dels dispositius de la recerca comporta unes fases.

3.2.1.1. Creació d'un Grup de Treball.

La Secció d'Àmbit Sanitari de la *Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball* va impulsar la creació d'un **grup d'investigació sobre violència ocupacional** en l'àmbit sanitari que, en una primera fase, ha participat en la mobilització d'institucions, col·legis professionals, societats científiques i altres associacions professionals d'aquest àmbit, interessats en la prevenció de la problemàtica. A principis de 2009, compta amb suport i participació activa d'institucions com *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*, *Col·legi Oficial de Metges de Lleida*, *Col·legi Oficial de Metges de Lleida*, *Col·legi Oficial Infermeria de Barcelona*, *Associació Catalana de Gestors i Inspectors de la Salut*, *Societat Catalana de Medicina Interna*, *Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària*, *Societat CatalanoBalear de Medicina d'Urgències* i *Associació Catalana de Medicina d'Emergències*.

Amb un suport econòmic de la 1^a convocatòria de beques I+D+I de la Fundació Prevent, i amb motiu de la XIII Jornada de Prevenció de Riscos Laborals en l'àmbit sanitari, celebrada al maig de 2006 en el Consorci Sanitari de l'Alt Penedès, es posa en marxa, de manera experimental, la Web www.violenciaocupacional.net

Al novembre de 2008 es signa un acord entre el *Consorci Sanitari de l'Alt Penedès*, la *Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball* i la *Fundación Prevent* com a entitat col·laboradora, que dona un nou impuls i dota al projecte d'un pressupost anual.



3.2.1.2. Constitució i posta en marxa de les COPREVI

Un dels objectius primordials del grup de treball en que s'inscriu aquesta recerca és el de treballar en l'activació a cada centre de treball d'una COPREVI (*Comissió de Prevenció de la Violència*), seguint una recomanació del *Quadern de la Bona Praxi* n° 17 del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. (COMB, 2004b).

A la *XIII Jornada de Prevenció de Riscos Laborals a l'Àmbit de la Salut*, organitzada per l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès el 26 de maig de 2006, s'ofereix el sistema de notificació mitjançant la pàgina Web als membres representants dels centres de salut de Catalunya que hi participen. D'aleshores ençà, s'han anat apuntant centres a la participació activa en la Web, fins el punt que ja són **60** (la majoria pertanyents a la XHUP) els que notifiquen incidents violents a www.violenciaocupacional.net, havent creat prèviament cadascun d'ells la seva pròpia COPREVI i anomenat un responsable de la mateixa. En el conjunt d'aquests centres treballen **uns 33.370 professionals** de la salut que pertanyen a diferents àrees d'activitat: Hospitals d'aguts, Centres d'Atenció Primària, Centres SocioSanitaris, Centres de Salut Mental, Centres Penitenciaris i l'ICAM (Institut Català d'Avaluacions Mèdiques).

3.2.1.3. LA WEB. www.violenciaocupacional.net

El sistema de Notificació d'Incident Violent (NIV) unificat, on-line, en temps real que permet elaborar un registre d'incidents violents, usant llenguatge i variables comunes, i alimentant-se permanentment pels diferents centres sanitaris integrats a la xarxa, és la Web www.violenciaocupacional.net



Figura III.1. www.violenciaocupacional.net

3.2.1.4. La Notificació d'incidents violents

A cada centre de salut participant, en el que prèviament s'han desplegat Comissions de Prevenció de la Violència (COPREVI), que ha decidit participar en la recerca de forma activa, voluntària i gratuïta, se l'inscriu i registra, i se li facilita una clau d'accés al sistema de la Web. El centre interessat en la participació en el dispositiu on-line de *Notificació d'incidents violents* (NIV) nomena una persona responsable de notificar, de manera confidencial, els incidents violents que s'hi han esdevingut. Aquesta persona anomenada per cada centre pertany normalment al departament de Recursos humans o al de Prevenció de Riscos Laborals. Independentment de la data de la seva incorporació efectiva a la xarxa, aquesta persona procura notificar tots els casos registrats en el seu centre des del dia 1 de gener de 2005 fins a la data d'aquesta actualització, seguint les pautes d'un qüestionari consensuat entre societats científiques, col·legis professionals i la tutoria acadèmica de la Càtedra de Psicologia Social Aplicada de la UAB (professor J.M. Blanch), al qual s'accedeix des de la mateixa Web.

Per a donar-se d'alta al sistema, se li ha proporcionat un nom d'usuari i una contrasenya (que posteriorment ha pogut canviar, d'acord amb la Llei Orgànica de Protecció de Dades). Prèvia consulta i acceptació d'una clàusula de confidencialitat, ha introduït les seves dades personals i el nom i les variables censals del seu centre. Finalment, l'administració de la Web, efectuades les corresponents verificacions, activa el dispositiu que permet la realització efectiva de les notificacions. Les dades de les notificacions són tractades estadísticament mitjançant el programa SPSS 14.0. Aquesta persona responsable de la COPREVI de cada centre pot comparar on-line les dades del seu centre amb les de la resta de centres participants.

3.2.2. Instrument de Notificació d'Incident Violent (NIV)

L'eina fonamental de recollida d'informació és el qüestionari incorporat a la pàgina. Per la seva construcció, es va procedir en primer lloc a una selecció d'ítems amb criteris de representativitat i rellevància a partir d'una revisió de la literatura, adoptant com a referències bàsiques AMA, 1995; ANA, 2002; OIT / CIE / OMS / ISP, 2002; Di Martino, 2002b; Di Martino et al, 2003; WHO, 2003; Gerberich et al., 2004; COMB, 2004 ab; Magin et al, 2005. També van ser preses en consideració, rellevants aportacions de membres del departament de responsabilitat professional del COMB (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona).

Es va adaptar un model de presentació de les preguntes, originalment aplicat en enquestes d'autoinforme, als requeriments d'un qüestionari accessible mitjançant una Web, que ha de ser contestat en línia per una sola persona de cada centre, referint-se a incidents violents ocorreguts a altres persones de la seva institució. L'esborrany del qüestionari va ser sotmès dues vegades a revisió per una comissió interdisciplinària (medicina, infermeria i psicologia) de persones expertes en violència ocupacional que, no havent intervingut directament en l'elaboració del mateix, van desenvolupar la funció de "jutges".

El format dels ítems del qüestionari NIV s'ajusta a un model d'opció múltiple, sent alguns d'ells de resposta única (categories censals de sexe, lloc de treball, torn, etc.) i altres susceptibles de resposta múltiple. Per exemple, dins la categoria "agressió verbal", pot escollir més d'una de les respostes "insult", "amenança verbal", "intimidació verbal". El mateix pot passar davant preguntes com la relativa als pretextos invocats com a motivació de l'incident, que admet també l'elecció de diverses respostes (informació, assistència, tracte, temps d'espera, alta mèdica...).

El qüestionari inclou una sèrie d'elements tancats relatius bàsicament (a) a dades demogràfiques i laborals de la persona agredida, al perfil demogràfic, d'antecedents propiciatoris i d'altres característiques rellevants de la persona agressora i al tipus de relació entre la persona agressora i la persona agredida, (b) a l'escenari de l'incident violent (centre, servei, lloc, torn, etc.) i (c) al procés del incident, incloent-hi les modalitats de violència aplicada (física, verbal, etc.), al pretext invocat per a la mateixa (informació, assistència, tracte, temps espera, alta mèdica etc.), a la gestió de l'incident (inicial i posterior) i els efectes (físics, psíquics, laborals) del mateix en la persona agredida (veure figura III.2.).

III. VIOLÈNCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

IdNotificacio

NOTIFICACIÓ D'INCIDENT VIOLENT

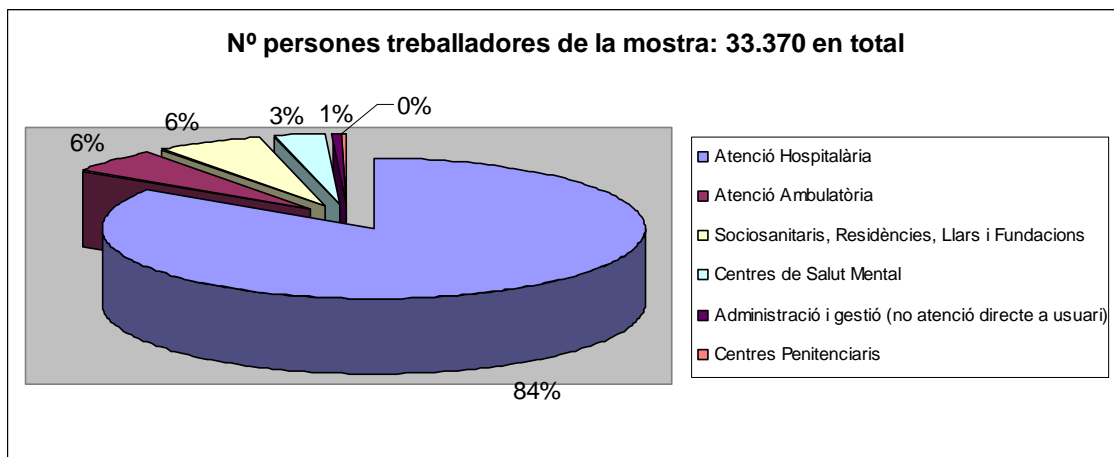
Tipus d'atenció a on s'ha produït l'incident:		
<input type="text"/>		
Dades de la persona agredida		
Edat persona agredida <input type="text"/>	Sexe persona agredida <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona Anys exercici laboral	
LLOC DE TREBALL:	<input type="checkbox"/> Administratiu/va <input type="checkbox"/> Directiu <input type="checkbox"/> Metge/metgessa <input type="checkbox"/> Tècnic/a <input type="checkbox"/> Auxiliar infermeria <input type="checkbox"/> Infermer/a <input type="checkbox"/> Serveis (neteja, cuina, etc.) <input type="checkbox"/> Altres	
TIPUS DE CONTRACTE:	<input type="radio"/> Estable <input type="radio"/> Inestable	
HA REBUT PREPARACIÓ DE COM ACTUAR DAVANT D'UNA SITUACIÓ DE RISC?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
SI LA RESPOSTA ÉS SÍ, TÈCNiques PER:	<input type="checkbox"/> Prevenció primària <input type="checkbox"/> Maneig de situacions <input type="checkbox"/> Actuacions postincident	
HA PATIT L'AGRESSIÓ EN ALTRES OCASIONS?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Dades de la persona agressora		
<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 20-35 <input type="checkbox"/> 35-50 <input type="checkbox"/> >50	Reincident <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ho sap	
TE RELACIÓ ASSISTENCIAL HABITUAL AMB L'AGREDIT?		
RELACIÓ ENTRE LA PERSONA AGREDIDA I AGRESSORA:	<input type="checkbox"/> Propi pacient <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Acompanyant	
TÉ ANTECEDENTS PROPICIATORIS TIPUS MALALTIA PSIQUIÀTRICA ESPECÍFICA, DROGODEPENDÈNCIA O ALCOHOLISME?		
HI HA HAGUT NOMÉS UNA PERSONA AGRESSORA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No QUANTES?	
ALTRES CARACTERÍSTIQUES RELLEVANTS DE LA PERSONA AGRESSORA:	<input type="text"/>	
Dades de l'incident	Data agressió	Hora agressió
TORN:	NOMBRE DE PERSONES AGREDIDES:	
LLOC:	<input type="checkbox"/> Admissions <input type="checkbox"/> Consultes <input type="checkbox"/> Quiròfans <input type="checkbox"/> Serveis d'administració i gestió <input type="checkbox"/> Altres: <input type="checkbox"/> Carrer <input type="checkbox"/> Plantes hospitalització <input type="checkbox"/> Passadissos <input type="checkbox"/> Urgències	
TIPUS D'AGRESSIÓ: (POSSIBLE RESPOSTA MÚLTIPLE)	<input type="radio"/> Objecte contundent <input type="radio"/> Armes blanques <input type="radio"/> Armes de foc	
<input type="checkbox"/> Física:	<input type="radio"/> Cops de puny <input type="radio"/> Empentes <input type="radio"/> Ús d'armes:	
<input type="checkbox"/> Verbal:	<input type="radio"/> Insult <input type="radio"/> Amenaça verbal <input type="radio"/> Intimidació verbal	
<input type="checkbox"/> Simbòlica:	<input type="radio"/> Invasió espai <input type="radio"/> Amenaça gestual <input type="radio"/> Exhibició d'armes	
<input type="checkbox"/> Econòmica:	<input type="radio"/> Contra pertinences persona agredida <input type="radio"/> Contra el mobiliari <input type="radio"/> Robatori <input type="radio"/> Altres:	
PRETEXT INVOCAT DE LA CONDUCTA VIOLENTA (POSSIBLE RESPOSTA MÚLTIPLE)		
<input type="checkbox"/> Temps d'espera <input type="checkbox"/> Informació rebuda <input type="checkbox"/> Assistència rebuda <input type="checkbox"/> Tracte rebut <input type="checkbox"/> Alta mèdica		
MANEIG INICIAL:		
<input type="checkbox"/> Concessions a la persona agressora	<input type="checkbox"/> Intervenció: <input type="radio"/> Col·lega <input type="radio"/> Comandament / direcció <input type="radio"/> Seguretat propi centre salut <input type="radio"/> Forces de seguretat	
ACTUACIÓ POSTINCIDENT VIOLENT:		
<input type="checkbox"/> Accions judicials	<input type="checkbox"/> Accions extrajudicials: <input type="radio"/> Suspensió de la relació assistencial <input type="radio"/> Amonestació	
<input type="checkbox"/> Pendent valoració	<input type="checkbox"/> Cap	
CONSEQÜÈNCIES IMMEDIATES SOBRE LA SALUT DE LA PERSONA AGREDIDA:	<input type="radio"/> Ferides lleus <input type="radio"/> Ferides greus <input type="radio"/> Repercussió psíquica <input type="radio"/> Cap	
CONSEQÜÈNCIES LABORALS IMMEDIATES SOBRE LA PERSONA AGREDIDA:	<input type="radio"/> Interrupció de la jornada per causa psíquica <input type="radio"/> Baixa Laboral	
	<input type="radio"/> Interrupció de la jornada per causa física <input type="radio"/> Cap	
VALORACIÓ DE L'IMPACTE DE L'INCIDENT EN LA PRÀCTICA ASSISTENCIAL DE LA PERSONA AGREDIDA:	<input type="radio"/> Positiu <input type="radio"/> Neutre <input type="radio"/> Negatiu	

Figura III. 2. Qüestionari de recollida de dades

3.2.3. Població i Mostra

La població de referència és el conjunt del personal que treballa en el sistema sanitari català, servint a les prop de set milions i mig de persones posseïdores de la targeta sanitària CAT-SALUT, dins d'un model sanitari mixt, que integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública. Per a la present investigació, s'ha utilitzat la mostra de conveniència integrada pel conjunt del personal empleat en els 60 centres sanitaris que, gratuïta i voluntàriament, s'han integrat en la xarxa i des dels que s'ha proporcionat dades sobre incidents ocupacionals violents esdevinguts entre l'1 de gener de 2005 i el 31 de març de 2009, i han notificat a la Web www.violenciaocupacional.net.

Aquests centres estan en la seva majoria integrats a la xarxa XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública), de composició heterogènia, inclouen des d'hospitals fins unitats socio sanitàries i d'atenció primària. En ells treballen unes 33.370 persones, de les que més de tres quartes parts d'aquest conjunt són dones i la quarta part restant homes, que no es reparteixen aleatòriament entre les diferents categories professionals, sinó amb uns biaixos especials, entre els que destaquen una sobre-representació masculina en la divisió mèdica i una sobre-representació femenina en la divisió d'infermeria. Per Tipus d'Atenció, més de les ¾ parts treballen a l'Atenció Hospitalària (84%). L'atenció ambulatoria (Centres d'Atenció Primària i Atenció de Contingències Comunes i Professionals) i els Centres Socio sanitàries estan representats a la nostra mostra amb un 6% cadascun, mentre que els Centres de Salut Mental ho estan amb un 3%. Un 1% correspon a persones treballadores de l'administració i gestió sanitària que no tenen contacte directe amb l'usuari o malalt (veure gràfic III.1.).



Gràfic III.1. Distribució de la mostra segons tipus d'assistència

Unes tres quartes parts disposa d'un contracte laboral estable, una cinquena part està integrada per personal mèdic i més de la meitat treballa en el sector d'infermeria, mentre la resta ho fa en l'administració i en altres serveis.

La majoria dels treballadors entrevistats són menors de 45 anys, solament una tercera part de la mostra és major. El 65% de la mostra es concentra entre 26 i 45 anys.

3.3. Resultats

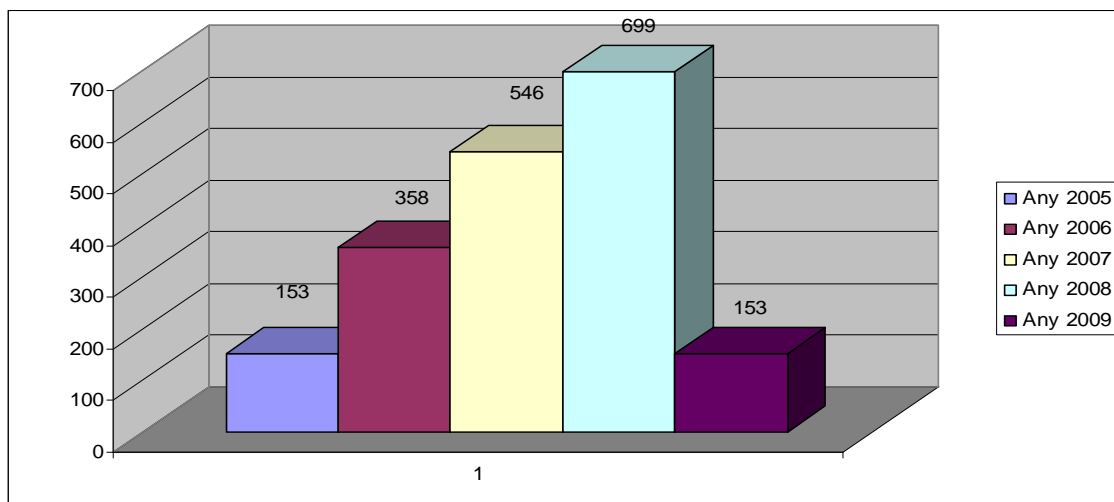
En primer lloc, es presenta les dades generals i posteriorment aquestes dades creuades per variables censals.

3.3.1 Dades generals

En relació amb el període comprès entre el **01.01.2005** i el **31.03.2009** han estat notificats **1.909** incidents violents. Hi ha hagut un augment progressiu de la notificació, sent de 699 casos a l'exercici de 2008.

	Nº Notificacions	Percent. respecte total	Increment % respecte any anterior
2005	153	8,0	-
2006	358	18,8	+ 133,98%
2007	546	28,6	+ 52,51%
2008	699	36,6	+ 28,02%
2009 1er T2009	153	8,0	-16,93 % (respecte 1erT 2008)
Total	1909	100,0	100,0

Taula III.1. Distribució de les notificacions per any



Gràfic III.2. Distribució de les notificacions per any

Hi ha hagut un increment progressiu de la notificació de casos des de 2005. En el 1er T de 2009 no es pot assegurar que hi hagi una menor notificació doncs no tots els centres adherits a www.violenciaocupacional.net notifiquen instantàniament els seus casos.

3.3.2 Dades creuades per variables censals

3.3.2.1. Per Sexe

Es mantenen uns % molt similars al pas dels anys; aproximadament $\frac{3}{4}$ parts de les persones treballadores agredides són dones, per $\frac{1}{3}$ homes. Al 2008 hi ha hagut una discreta disminució % en homes i per tant un augment en el % de dones.

		Sexe persona agredida				Group Total	
		Dona		Home		Count	Row %
		Count	Row %	Count	Row %		
Any agressió	2005	122	79,7%	31	20,3%	153	100,0%
	2006	272	76,0%	86	24,0%	358	100,0%
	2007	400	73,3%	146	26,7%	546	100,0%
	2008	538	77,0%	161	23,0%	699	100,0%
	2009 1er Trimestre	112	73,2%	41	26,8%	153	100,0%
Group Total		1444	75,6%	465	24,4%	1909	100,0%

Taula III.2. Notificacions per sexe

3.3. 2.2. Per Edat de la persona treballadora agredida

Es mantenen un % molt similars al pas dels anys; la mitjana és de 33,4 anys.

		Edat persona agredida
		Mean
Any agressió	2005	31
	2006	32
	2007	35
	2008	35
	2009 1er Trimestre	34
	Total mitjana	33,4 anys

Taula III.3. Edat de la persona agredida segons any

3.3.2.3. Per antiguitat de la persona agredida

El % major es notifica en persones treballadores de menys de 6 anys d'antiguitat (41,23%)

		Anys exercici laboral					
		6 a 15		Menys de 6		més 15	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	78	50,98%	24	15,69%	51	33,33%
	2006	129	36,03%	160	44,69%	69	19,27%
	2007	181	33,15%	240	43,96%	125	22,89%
	2008	222	31,76%	293	41,92%	184	26,32%
	2009 1er Trim.	52	33,99%	70	45,75%	31	20,26%
	Total	662	34,68%	787	41,23%	460	24,10%

Taula III.4. Antiguitat de la persona agredida

3.3.2.4. Per reincidència de la persona agredida

Quasi el 41% de les persones treballadores manifesten haver patit l'agressió en altres ocasions.

		Ha patit l'agressió en altres ocasions?					
		No		NS/NC		Si	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	65	42,48%	24	15,69%	64	41,83%
	2006	184	51,40%	40	11,17%	134	37,43%
	2007	322	58,97%	24	4,40%	200	36,63%
	2008	339	48,50%	45	6,44%	315	45,06%
	2009 1er Trim.	79	51,63%	5	3,27%	69	45,10%
	Total	989	51,81%	138	7,23%	782	40,96%

Taula III.5. Reincidència de la persona treballadora agredida

3.3.2.5. Per divisió assistencial de la persona agredida

Les 2 grans divisions notificadores han estat la Mèdica i la d'Infermeria. Medicina ha experimentat un progressiu decrement de la notificació, al contrari d'infermeria que al 2008 ha rebut el 65,36% de les notificacions. El personal de seguretat no sol notificar casos sent solament motiu del 1,6% de les notificacions en l'exercici 2008.

		Mèdica		Infermeria		Administrativa	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	63	41,18%	74	48,37%	13	8,50%
	2006	95	26,54%	199	55,59%	44	12,29%
	2007	163	29,85%	332	60,81%	39	7,14%
	2008	191	27,32%	418	59,80%	75	10,73%
	2009 1er Trim.	40	26,14%	100	65,36%	10	6,54%
	Total	552	28,92%	1123	58,83%	181	9,48%

Taula III. 6. Divisió de la persona agredida (part 1)

		Serveis		Seguretat	
		Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	1	0,65%	2	1,31%
	2006	2	0,56%	18	5,03%
	2007	4	0,73%	8	1,47%
	2008	5	0,72%	10	1,43%
	2009 1er Trim.	0	0,00%	3	1,96%
	Total	12	0,63%	41	2,15%

Taula III.7. Divisió de la persona agredida (part 2)

3.3.2.6. Per tipus de contracte de la persona agredida

Aproximadament en una proporció del ¾ parts per contractes estables a ¼ part per contractes inestables. La base poblacional de referència compta amb la mateixa proporció de contractes estables.

		Tipus de contracte			
		Estable		Inestable	
		Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	149	97,39%	4	2,61%
	2006	288	80,45%	70	19,55%
	2007	435	79,67%	111	20,33%
	2008	566	80,97%	133	19,03%
	2009 1er Trimestre	120	78,43%	33	21,57%
	Total	1558	81,61%	351	18,39%

Taula III.8. Tipus de contracte de la persona treballadora agredida

3.3.2.7. Segons si s'ha rebut o no formació específica per la persona agredida.

Al 2008 pràcticament la meitat de les persones agredides no han rebut formació en prevenció primària o maneig de situacions. En el 2005 moltes de les notificacions corresponen a un centre de salut concret que va iniciar d'una forma molt pionera i sistemàtica la formació específica als seus treballadors.

		Ha rebut preparació de com actuar davant de situacions de risc?					
		No		NS/NC		Si	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	68	44,44%	13	8,50%	72	47,06%
	2006	240	67,04%	18	5,03%	100	27,93%
	2007	342	62,64%	14	2,56%	190	34,80%
	2008	351	50,21%	30	4,29%	318	45,49%
	2009 1er Trim.	110	71,90%	1	,65%	42	27,45%
	Total	1111	58,20%	76	3,98%	722	37,82%

Taula III.9. Dades segons si la persona treballadora agredida ha rebut o no formació

3.3.2.8. Segons la preparació de la persona agredida

La gran majoria dels les persones treballadores que manifesten algun tipus de preparació, es centra en maneig de situacions. En aquesta taula queden exclosos el 62,60% que manifesten mai no han rebut cap tipus de preparació.

		Percepció de la preparació de les persones agredides					
		Actuacions post-incident		Maneig de situacions		Prevenció primària	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	0	,00%	69	45,10%	3	1,96%
	2006	3	,84%	71	19,83%	25	6,98%
	2007	7	1,28%	113	20,70%	65	11,90%
	2008	27	3,86%	231	33,05%	58	8,30%
	2009 1er Trim.	1	,65%	32	20,92%	9	5,88%
	Total	38	1,99%	516	27,03%	160	8,38%

Taula III.10. Dades segons la preparació de la persona treballadora agredida

3.3.2.9. Segons tipus de centre on treballa la persona agredida

Al 2008 s'han incrementat les notificacions a l'atenció Hospitalària, i a l'Atenció Primària/Gestió de Contingències i Avaluacions Mèdiques.

Un punt d'especial interès és l'increment en el 1er T de 2009 de les notificacions de centres de salut mental.

Distribució segons tipus de centre		Administració i gestió		Atenció primària i gestió de contingències		Domiciliària i carrer	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
		Any agressió	2005	2	1,31%	52	33,99%
	2006	7	1,96%	67	18,72%	6	1,68%
	2007	22	4,03%	111	20,33%	7	1,28%
	2008	19	2,72%	165	23,61%	2	,29%
	2009 1er Trim.	0	,00%	16	10,46%	3	1,96%
	Total	50	2,62%	411	21,53%	32	1,68%

Taula III.11. Tipus de centre de treball (part 1)

Distribució segons tipus de centre		Hospitalària		Salut mental		Sociosanitària	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	84	54,90%	1	,65%	0	,00%
	2006	192	53,63%	38	10,61%	48	13,41%
	2007	276	50,55%	69	12,64%	59	10,81%
	2008	366	52,36%	93	13,30%	52	7,44%
	2009 1er Trim.	85	55,56%	33	21,57%	16	10,46%
	Total	1003	52,54%	234	12,26%	175	9,17%

Taula III.12. Tipus de centre de treball (part 2)

3.3.2.10. Segons el lloc on es produeix l'agressió.

Continua sent majoritàriament urgències (pràcticament 1 de cada 4), si bé destacar el manteniment de ¼ part en Plantes d'Hospitalització i la disminució a Consultes.

Distribució segons lloc a on es produeix		Admissions		Altres		Carrer	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	6	3,92%	20	13,07%	0	,00%
	2006	18	5,03%	35	9,78%	5	1,40%
	2007	33	6,04%	85	15,57%	2	,37%
	2008	67	9,59%	81	11,59%	6	,86%
	2009 1er Trim.	5	3,27%	13	8,50%	1	,65%
	Total	129	6,76%	234	12,26%	14	,73%

Taula III. 13. Lloc on es produeix l'agressió (part1)

Distribució segons lloc a on es produeix		Consultes		Passadissos		Plantes hospitalització	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	56	36,60%	2	1,31%	17	11,11%
	2006	45	12,57%	19	5,31%	97	27,09%
	2007	102	18,68%	36	6,59%	127	23,26%
	2008	132	18,88%	62	8,87%	159	22,75%
	2009 1er Trim.	10	6,54%	11	7,19%	55	35,95%
	Total	345	18,07%	130	6,81%	455	23,83%

Taula III.14. Lloc a on es produeix l'agressió (part2)

Distribució segons lloc a on es produeix		Quiròfans		Serveis administració i control		Urgències	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	0	,00%	1	,65%	51	33,33%
	2006	2	,56%	5	1,40%	132	36,87%
	2007	4	,73%	14	2,56%	143	26,19%
	2008	4	,57%	10	1,43%	178	25,46%
	2009 1er Trim.	2	1,31%	4	2,61%	52	33,99%
	Total	12	,63%	34	1,78%	556	29,13%

Taula III.15. Lloc a on es produeix l'agressió (part3)

3.3.2.11. Segons el torn on es produeix l'agressió.

Continua sent majoritàriament al matí, si bé al 2008 ha sofert un increment el torn de nit per una disminució de matí (que continua sent el torn a on es fan el major número) i tarda.

		Torn a on es produeix l'agressió					
		Matí		Nit		Tarda	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	90	58,82%	38	24,84%	25	16,34%
	2006	166	46,37%	89	24,86%	103	28,77%
	2007	278	50,92%	74	13,55%	194	35,53%
	2008	347	49,64%	125	17,88%	227	32,47%
	2009 1er Trim.	63	41,18%	29	18,95%	61	39,87%
	Total	944	49,45%	355	18,60%	610	31,95%

Taula III.16. Torn on es produeix l'agressió

3.3.2.12. Segons el sexe de la persona agressora

És majoritàriament el sexe masculí.

		Sexe persona agressora			
		Dona		Home	
		Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	49	32,03%	104	67,97%
	2006	113	31,56%	245	68,44%
	2007	211	38,64%	335	61,36%
	2008	279	39,91%	420	60,09%
	2009 1er Trim	51	33,33%	102	66,67%
	Total	703	36,83%	1206	63,17%

Taula III.17. Sexe de la persona agressora

3.3.2.13. Segons la relació persona agressora / agredida

S'identifica majoritàriament com el propi pacient.

		Relació entre la persona agredida i l'agressora					
		Acompanyant		Familiar		Propi pacient	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	10	6,54%	38	24,84%	105	68,63%
	2006	21	5,87%	70	19,55%	267	74,58%
	2007	45	8,24%	122	22,34%	379	69,41%
	2008	49	7,01%	143	20,46%	507	72,53%
	2009 1er Trim	5	3,27%	46	30,07%	102	66,67%
	Total	130	6,81%	419	21,95%	1360	71,24%

Taula III.18. Relació persona agredida / agressora

3.3.2.14. Segons l'edat de la persona agressora

Grup d'edat de persona agressora		35-50		NS/NC	
		Count	Row N %	Count	Row N %
Any	2005	27	17,65%	82	51,25%
	2006	78	21,79%	71	19,83%
	2007	119	21,79%	152	27,84%
	2008	171	24,46%	180	25,75%
	2009 1er Trimestre	36	23,53%	40	26,14%
	Total	431	22,58%	526	27,55%

Taula III.19. Edat persona agressora (part 1)

Solament un percentatge del 2,46% correspon a persones molt joves (menys de 20 anys). La resta de notificacions no dibuixa un interval d'edat predominant de persona agressora.

Grup d'edat de persona agressora		<20		>50		20-35	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	1	,65%	13	8,50%	29	18,95%
	2006	6	1,68%	84	23,46%	119	33,24%
	2007	11	2,01%	127	23,26%	137	25,09%
	2008	19	2,72%	146	20,89%	183	26,18%
	2009 1er Trim	10	6,54%	32	20,92%	35	22,88%
	Total	47	2,46%	402	21,06%	503	26,35%

Taula III.20. Edat de la persona agressora (part 2)

3.3.2.15. Segons si la persona agressora és reincident o no.

Quasi 1 de cada 3 es coneix que és reincident.

		Reincident			
		No ho sap		Si	
		Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	125	81,70%	28	18,30%
	2006	252	70,39%	106	29,61%
	2007	350	64,10%	196	35,90%
	2008	468	66,95%	231	33,05%
	2009 1er Trimestre	95	62,09%	58	37,91%
	Total	1290	67,57%	619	32,43%

Taula III.21. Relació de reincidència de la persona agressora

3.3.2.16. Segons si la persona agressora té patologia propiciatòria o no

En 1/4 part de casos és coneix una patologia propiciatòria (drogodependència, alcoholisme o determinades patologies psiquiàtriques). El % ha anat augmentant progressivament per situar-se en un 36,6% en les notificacions rebudes en 2009.

Destaquem el 57,62% de notificacions en els que s'identifica "altres", i que en l'estudi qualitatiu ens indica una descompensació entre expectatives i oferta, i en els que tan persona treballadora com agressora són víctimes del sistema. Aquest ítem s'estudia en més profunditat en l'apartat: possible causa propiciatòria o desencadenant.

		Tipus situació de partida.					
		Altres		Comportament hostil premeditat		Patologia propiciatòria (tox_drog_psi_dem)	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	136	88,89%	5	3,27%	12	7,84%
	2006	307	85,75%	24	6,70%	27	7,54%
	2007	212	38,83%	176	32,23%	158	28,94%
	2008	382	54,65%	114	16,31%	203	29,04%
	2009 1er Trimestre	63	41,18%	34	22,22%	56	36,60%
	Total	1100	57,62%	353	18,49%	456	23,89%

Taula III.22. Distribució segons la relació de reincidència de la persona agressora

3.3.2.17. Segons quantitat de persones agressores

En la gran majoria de casos solament hi ha 1 persona agressora.

		Hi ha hagut només una persona agressora?					
		No ho sap		NS/NC		Si	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	19	12,42%	17	11,11%	117	76,47%
	2006	69	19,27%	15	4,19%	274	76,54%
	2007	122	22,34%	16	2,93%	408	74,73%
	2008	106	15,16%	7	1,00%	586	83,83%
	2009 1er Trimestre	22	14,38%	0	,00%	131	85,62%
	Total	338	17,71%	55	2,88%	1516	79,41%

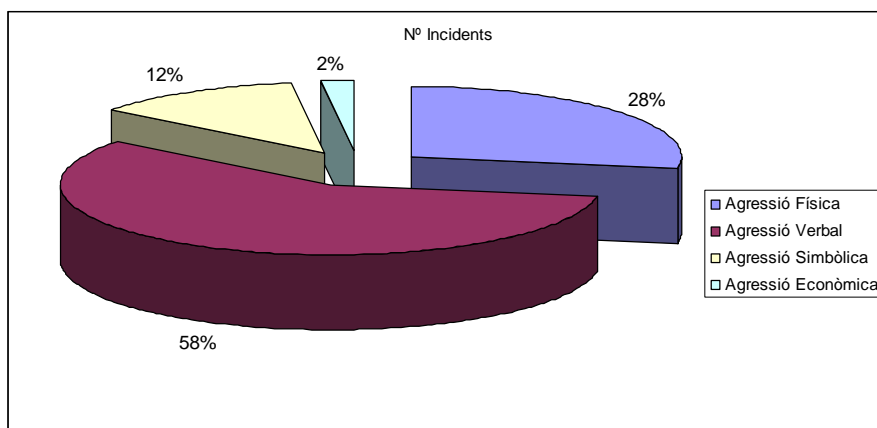
Taula III.23. Relació de reincidència de la persona agressora

3.3.2.18. Segons tipus d'agressió

El tipus de violència verbal és la més freqüent, però seguida de les notificacions en les que s'apunta un component físic. En el 79,6% de les notificacions de caràcter físic, s'apunta la coexistència de violència verbal, que en general va precedida a la física.

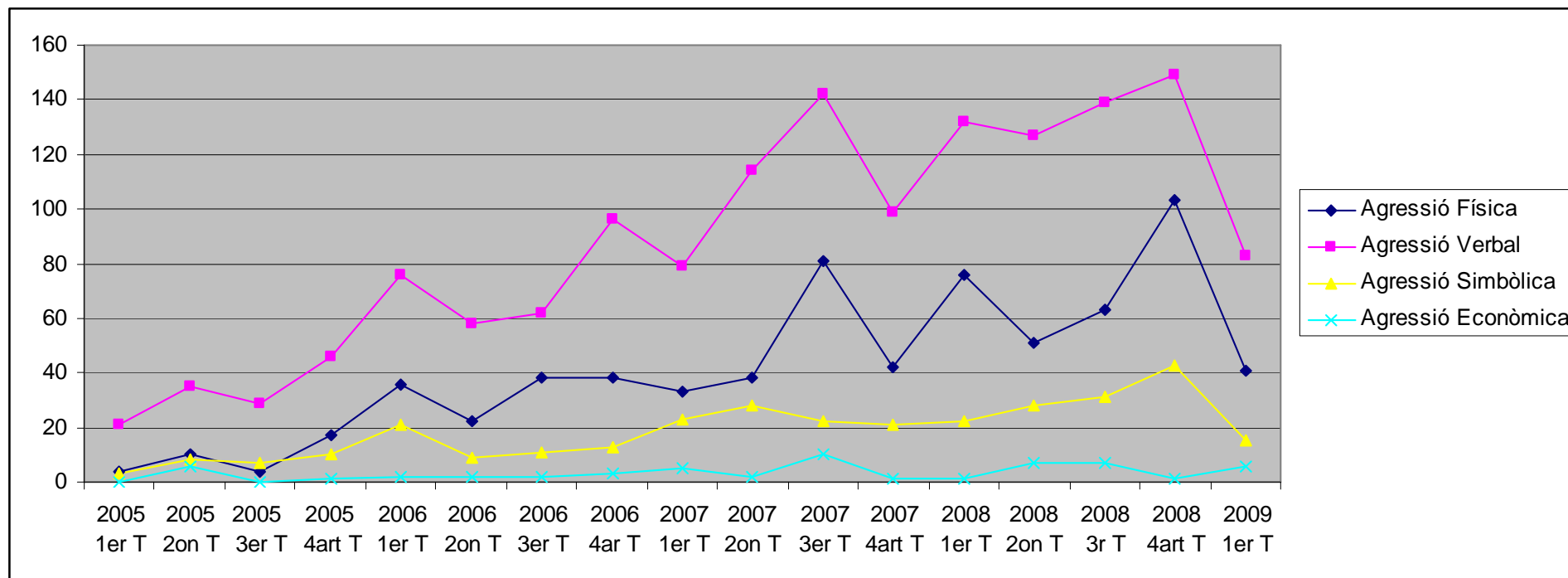
	Agressió Física	Agressió Verbal	Agressió Simbòlica	Agressió Econòmica
2005 1er T	4	21	3	0
2005 2on T	10	35	8	6
2005 3er T	4	29	7	0
2005 4art T	17	46	10	1
2006 1er T	36	76	21	2
2006 2on T	22	58	9	2
2006 3er T	38	62	11	2
2006 4ar T	38	96	13	3
2007 1er T	33	79	23	5
2007 2on T	38	114	28	2
2007 3er T	81	142	22	10
2007 4art T	42	99	21	1
2008 1er T	76	132	22	1
2008 2on T	51	127	28	7
2008 3r T	63	139	31	7
2008 4art T	103	149	43	1
2009 1er T	41	83	15	6
Nº Incidents	683	1431	304	50

Taula III.24. Tipus d'agressió / trimestre



Gràfic III. 3. Tipus d'agressió / any

III. VIOLÈNCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)



Gràfic III.4. Tipus d'agressió / trimestre

III. VIOLÈNCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

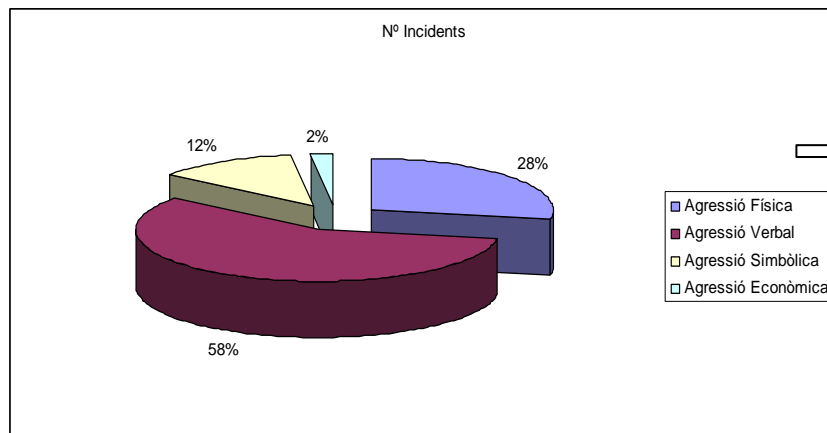
3.3.2.19. Tipologia de l'agressió FÍSICA

AGRESSIÓ FÍSICA: La majoria de les agressions físiques són per cops de puny, seguit d'empentes i ús d'armes.

Tot i que pel moment hi ha menys incidents notificats al 1er T de 2009, en comparació a altres períodes d'estudi, ha pujat considerablement la proporció dels que intervé la violència física (43,79% en el 1er T de 2009).

Tipus agressió física	Cops de puny	Empentes	Ús d'armes
2005	12	10	0
2006	62	59	10
2007	127	73	7
2008	160	107	3
1er T de 2009	40	29	2
Totals	401	278	22

Taula III.25. Distribució segons el tipus d'agressió física / any

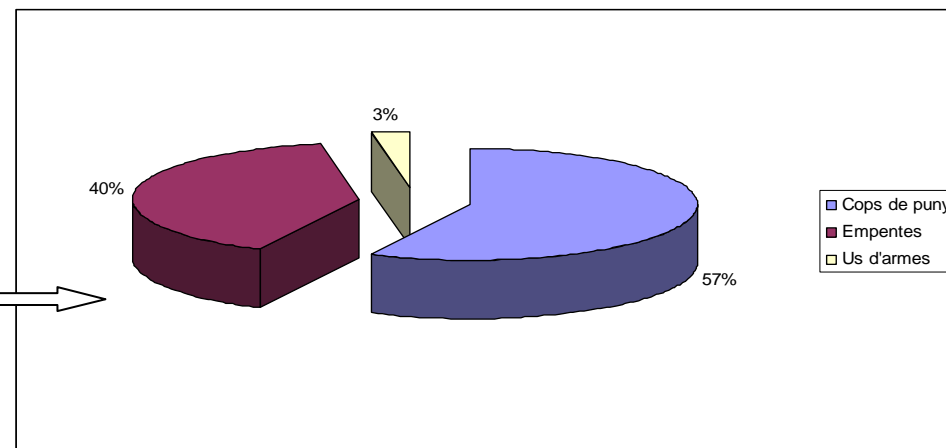


		Agressió física			
		0		1	
		Count	Row N %	Count	Row N %
Any agressió	2005	119	77,78%	34	22,22%
	2006	225	62,85%	133	37,15%
	2007	350	64,10%	196	35,90%
	2008	432	61,80%	267	38,20%
	2009 1er Trimestre	86	56,21%	67	43,79%
	Total	1212	63,49%	697	36,51%

Taula III.26. Agressió FÍSICA segons any

AGRESSIÓ FÍSICA:

En el cas d'armes (22 registres), la majoria (13 incidents) són amb la utilització d'objectes contundents; en 8 s'ha apuntat una arma blanca i solament 1 cas l'arma de foc.



Gràfic III.5. Agressió FÍSICA segons tipus

III. VIOLENCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

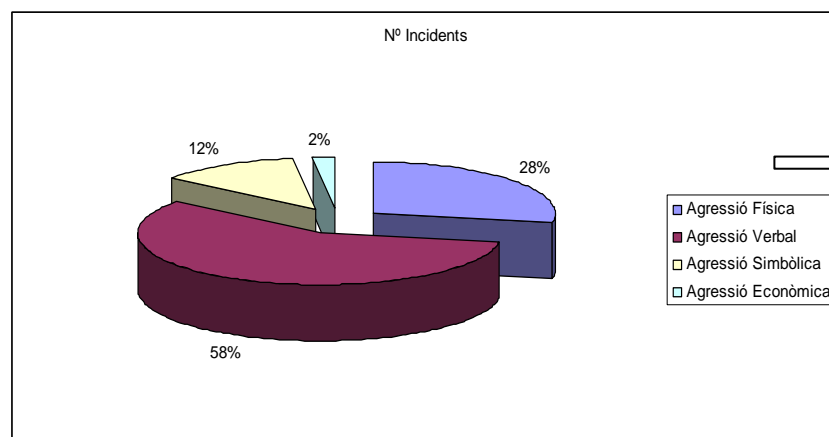
3.3.2.20. Tipologia de l'agressió VERBAL

AGRESSIÓ VERBAL: En **1487** incidents notificats s'hi ha declarat la violència verbal contra professionals de la salut de la mostra.

La tendència de la declaració d'incident verbal es cada vegada menor, passant del 85% als incidents de 2005 al 71,9% en els incidents notificats al 1er Trimestre de 2009.

Tipus agressió física	Insults	Amenaces	Intimidacions
2005	76	74	93
2006	207	149	117
2007	320	250	192
2008	371	276	217
1er T de 2009	69	68	58
Totals	1043	817	677

Taula III.27. Tipus d'agressió verbal / any

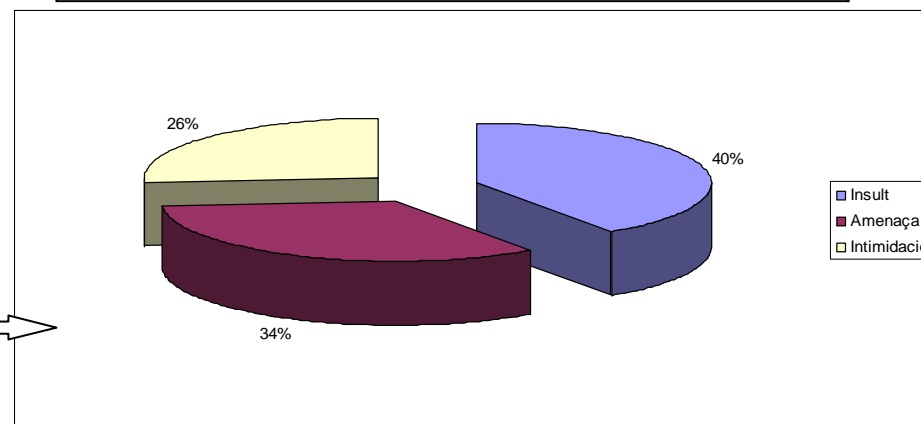


	Verbal			
	0		1	
Any	0	,0%	0	,0%
agressió 2005	23	15,0%	130	85,0%
2006	67	18,7%	291	81,3%
2007	110	20,1%	436	79,9%
2008	179	25,6%	520	74,4%
2009 1er Trimestre	43	28,1%	110	71,9%
Total	422	22,0%	1487	77,6%

Taula III.28. Agressió VERBAL segons any

AGRESSIÓ VERBAL: La majoria de les agressions verbals són per insults, 1043 successos (40%).

També hi ha amenaces (34%) i intimidacions (26%).



Gràfic III.6 Distribució de l'agressió VERBAL segons tipus

III. VIOLÈNCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

3.3.2.21. Tipologia de l'agressió SIMBÒLICA

AGRESSIÓ SIMBÒLICA: La majoria de les agressions simbòliques són per amenaces gestuals no verbals (218 successos). També hi ha invasió d'espais (174), molt menys exhibició d'armes (12) i deixar notes escrites (3).

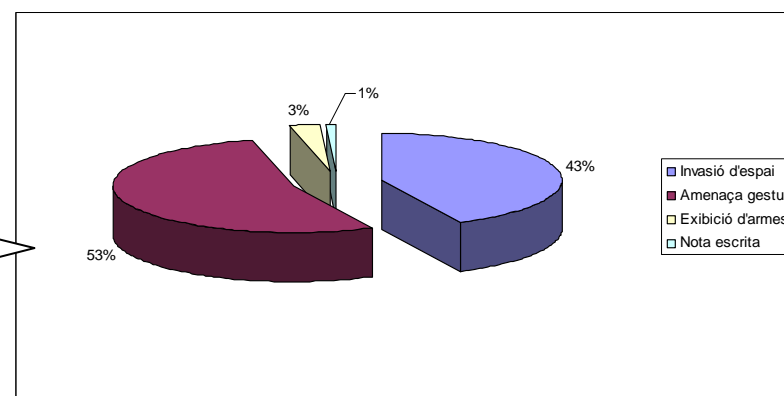
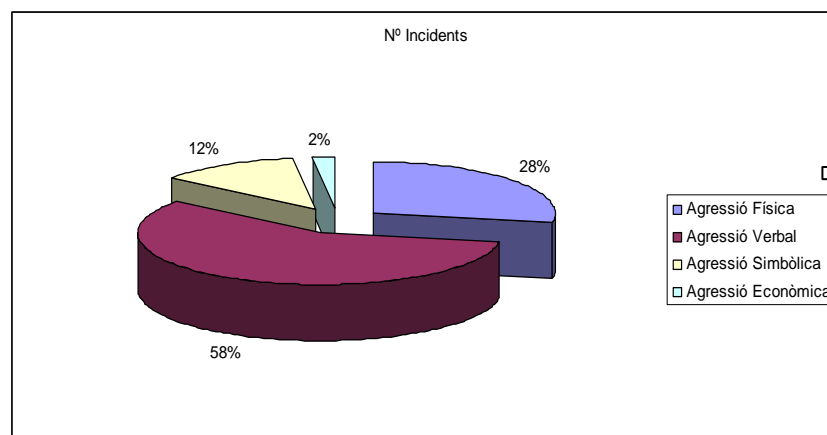
La notificació d'aquest tipus de violència té una incidència del 16,4% dels casos notificats.

		Simbòlica			
		0		1	
		Count	Row N %	Count	Row N %
Any		0	,0%	0	,0%
agressió	2005	126	82,4%	27	17,6%
	2006	304	84,9%	54	15,1%
	2007	451	82,6%	95	17,4%
	2008	580	83,0%	119	17,0%
	2009 1er Trimestre	133	86,9%	20	13,1%
	Total	1594	83,2%	315	16,4%

Tipus agressió física	Invasió d'espais	Amenaces gestual (no verbal)	Exhibició d'armes	Notes escrites
2005	10	20	2	1
2006	21	36	4	0
2007	61	65	2	0
2008	73	82	4	1
1er T de 2009	9	15	0	1
Totals	174	218	12	3

Taula III.30. Agressió SIMBÒLICA segons any

Taula III.29. Tipus d'agressió simbòlica / any



Gràfic III 7. Distribució de l'agressió SIMBÒLICA segons tipus

III. VIOLÈNCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

3.3.2.22. Tipologia de l'agressió ECONÒMICA

AGRESSIÓ ECONÒMICA: Aquest tipus d'agressió en contra de les instal·lacions dels centres de salut, pertinences de la persona treballadora, o robatori han estat poc notificades en el nostre estudi (56 casos en total).

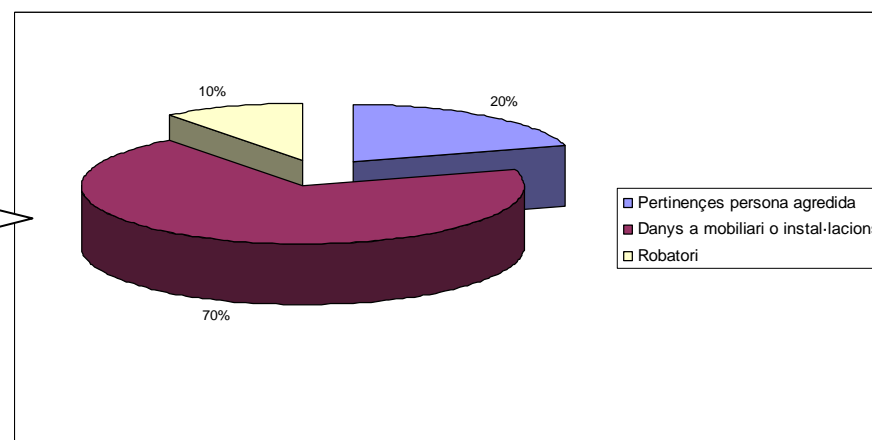
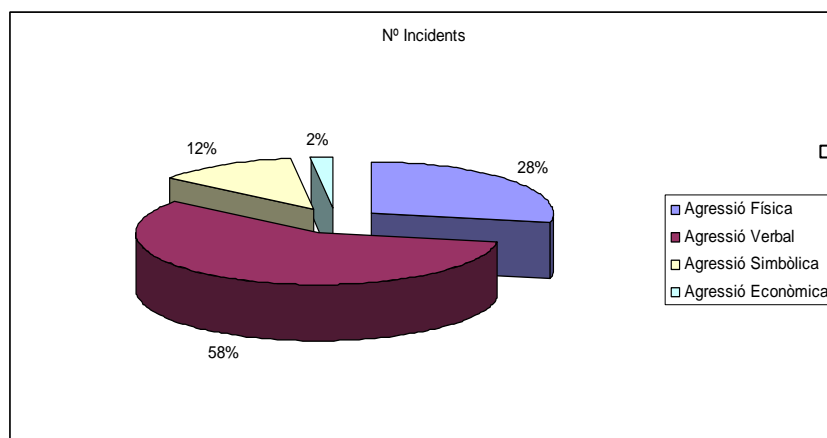
La mitjana del casos notificats ha estat del 2,9%, però en el 1er T de 2009 ha augmentat fins el 3,9%.

		Econòmica			
		0		1	
		Count	Row N %	Count	Row N %
Any		0	,0%	0	,0%
agressió	2005	146	95,4%	7	4,6%
	2006	349	97,5%	9	2,5%
	2007	528	96,7%	18	3,3%
	2008	683	97,7%	16	2,3%
	2009 1er Trimestre	147	96,1%	6	3,9%
	Total	1853	96,7%	56	2,9%

Tipus agressió física	Contra pertinences de la persona agredida	Contra el mobiliari o les instal·lacions	Robatori
2005	1	3	2
2006	3	5	0
2007	1	10	2
2008	3	12	1
1er T de 2009	2	4	0
Totals	10	34	5

Taula III.32. Agressió ECONÒMICA segons any

Taula III.31. Tipus d'agressió econòmica / any



Gràfic III.8. Agressió ECONÒMICA segons tipus

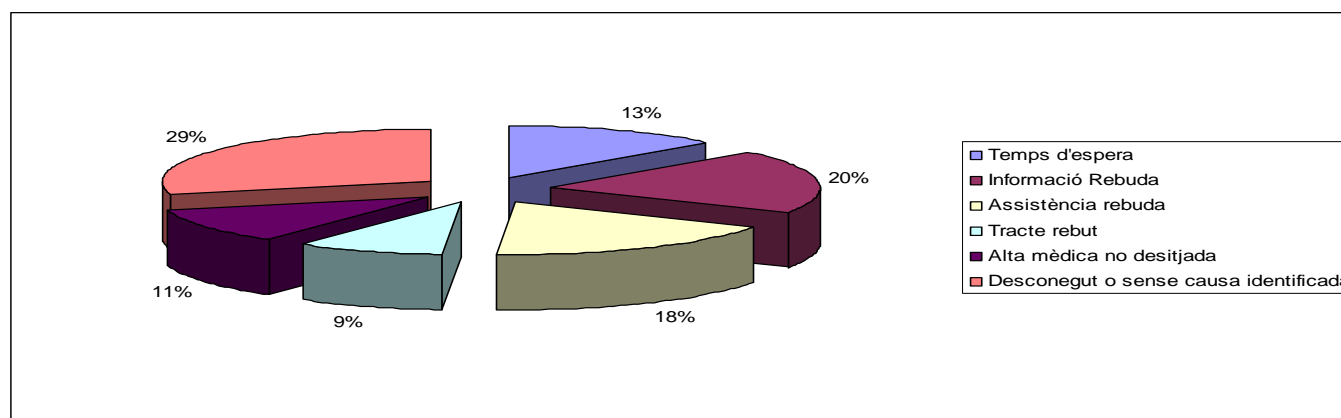
III. VIOLENCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

3.3.2.23. Possible causa propiciatòria

El motiu desconegut o sense causa aparent és el més notificat, pel que caldrà millorar aquest ítem, i adaptar-lo en especial als casos d'agressió per part de pacient amb patologia propiciatòria (toxicomania, drogodependència o determinades patologies psiquiàtriques). Entre les 5 causes inicialment plantejades, l'assistència rebuda (18%) i la informació rebuda (20%) són les causes propiciatòries més identificades. Al 2008 l'assistència rebuda té més notificacions que la informació.

Possible causa propiciatòria	Temps d'espera	Informació Rebuda	Assistència rebuda	Tracte rebut	Alta mèdica no desitjada	Desconegut o sense causa identificada
2005	25	71	16	17	45	33
2006	68	93	93	56	25	94
2007	70	103	132	32	67	183
2008	90	125	133	70	99	253
1er T 2009	29	35	22	18	2	64
Totals	282	427	396	193	238	627

Taula III.33. Distribució possible causa propiciatòria.

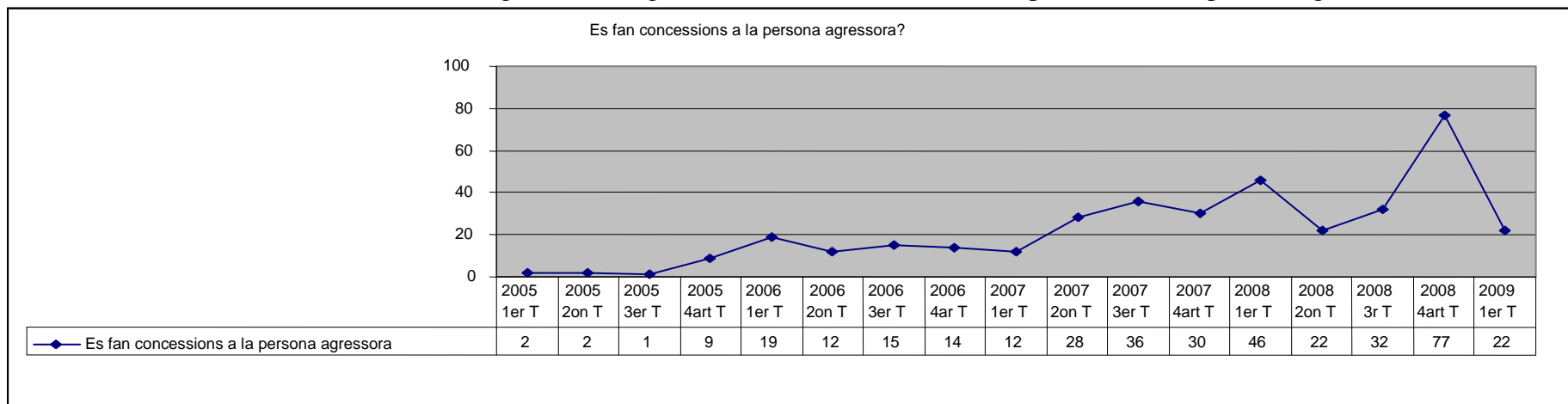


Gràfic III.9. Possible causa propiciatòria

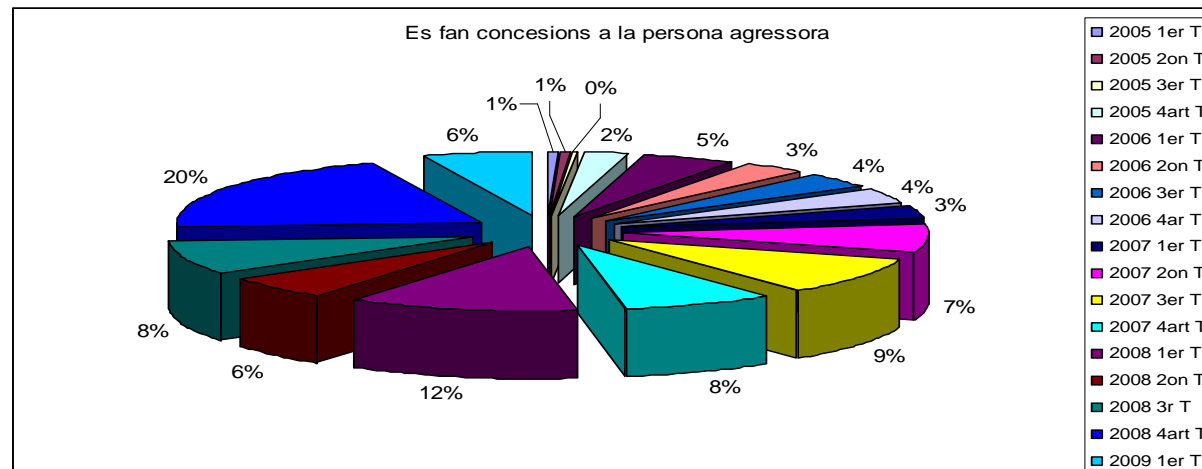
III. VIOLENCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

3.3.2.4. Intervenció IMMEDIATA en la situació de crisi

Tot i el descens en el 1er T de 2009, en general va augmentant el % de concessió de les pretensions a la persona agressora.



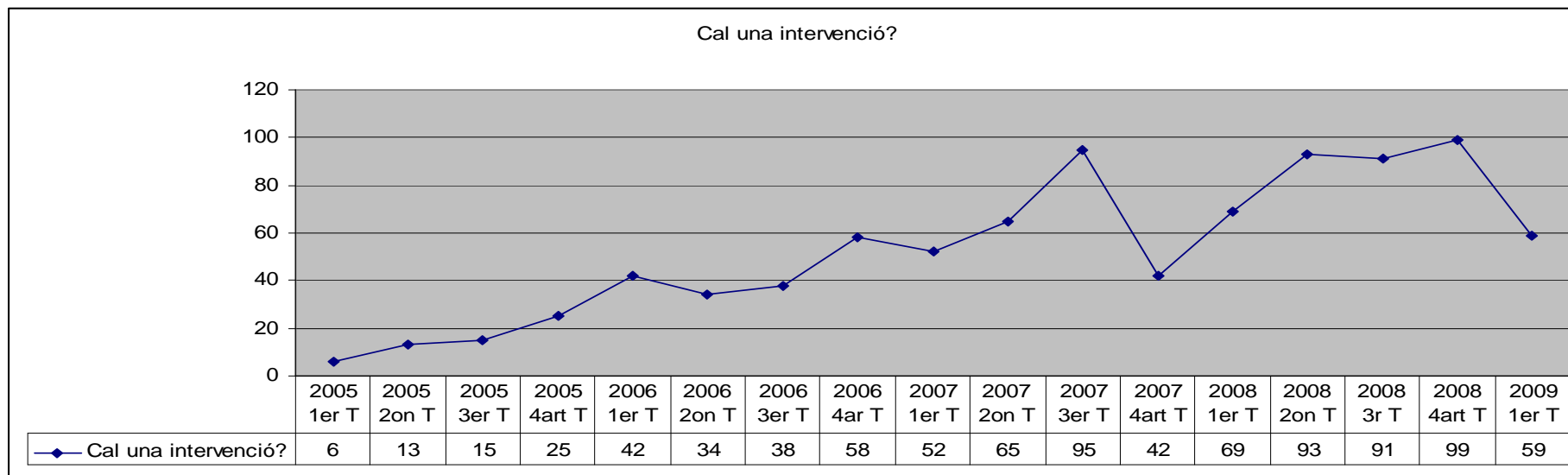
Gràfic III.10. Casos on es fan concessions a la persona agressora



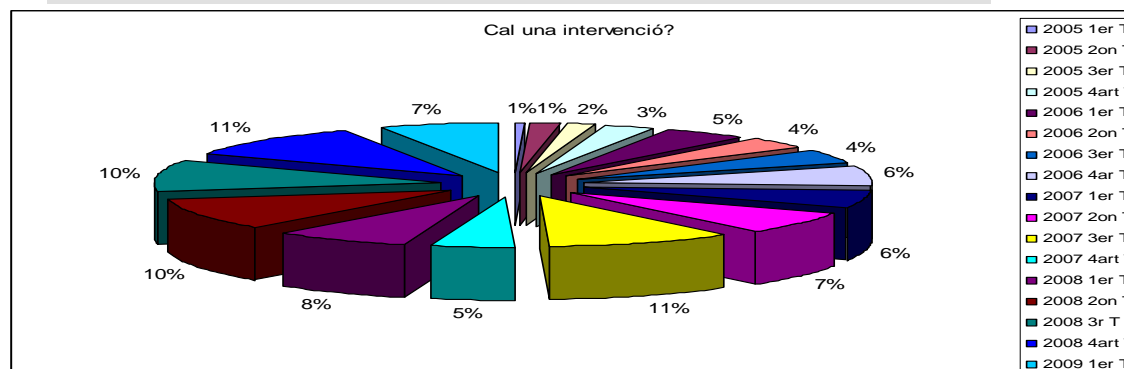
Gràfic III.11. Casos on es fan concessions

III. VIOLENCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

Cada vegada ha estat més necessària un intervenció segons el que es desprèn de les notificacions rebudes.



Gràfic III.12. Incidència de casos que han precisat d'una intervenció



Gràfic 3.13. Casos on cal una intervenció

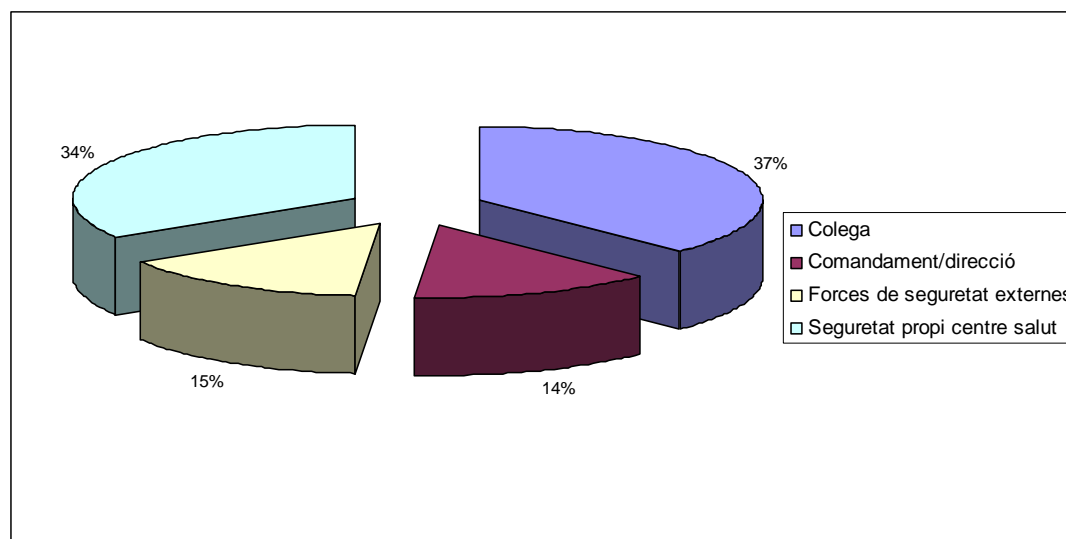
III. VIOLENCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

3.3.2.25. En cas d'intervenció, AGENT que ho fa en la situació de crisi

El paper dels companys (37%) i forces de seguretat del propi centre (34%) són els més destacats.

	Company	Comandament /direcció	Forces de seguretat externes	Seguretat propi centre salut
2005	6	13	19	21
2006	59	26	31	55
2007	102	33	37	78
2008	130	39	36	117
1er T 2009	32	12	7	26
Totals	329	123	130	297

Taula III.34 Agent que fa la intervenció



Gràfic III.14. Agent que fa la intervenció

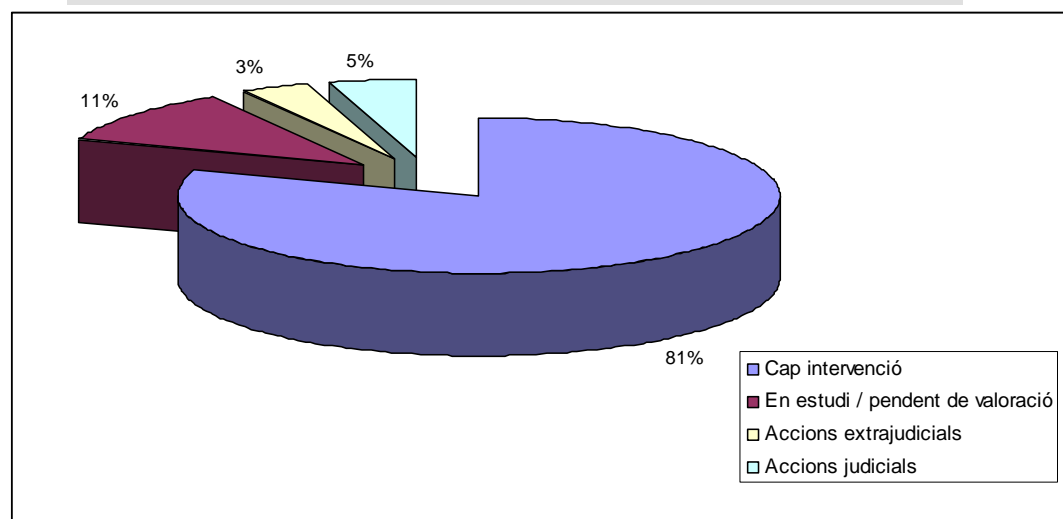
III. VIOLÈNCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

3.3.2.26. Intervenció DIFERIDA post incident violent

En el nostre estudi el 81% de les notificacions no s'ha fet cap intervenció. Solament un 88, s'han emprés accions judicials que representa un 5% dels casos notificats. La via extrajudicial solament s'ha utilitzat en un 3% dels casos notificats.

	Cap intervenció	En estudi / pendent de valoració	Accions extrajudicials	Accions judicials
2005	129	15	1	7
2006	230	64	4	29
2007	425	54	12	23
2008	555	61	39	28
1er T 2009	125	14	7	1
Totals	1464	208	63	88

Taula III.35. Intervenció diferida post incident



Gràfic III.15. Percentatges d' intervenció diferida

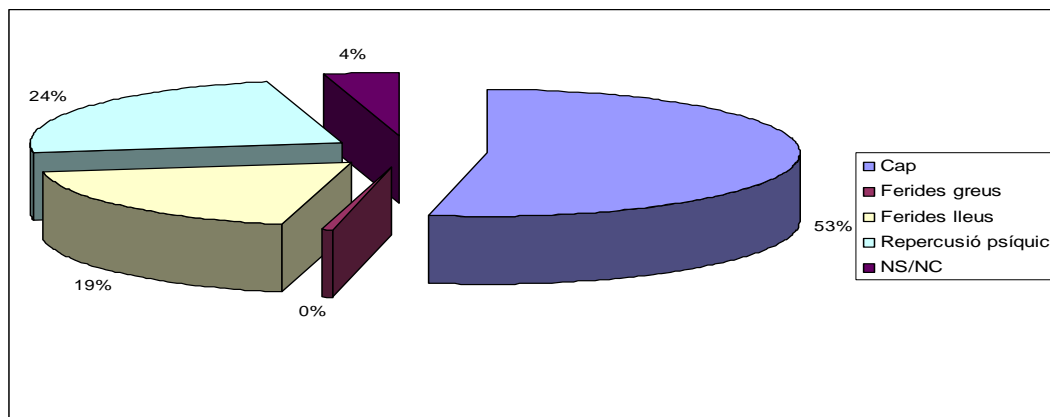
III. VIOLÈNCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

3.3.2.27. Tipologia de conseqüències físiques o psicològiques INICIALS sobre la persona treballadora agredida.

Més del 50% no té conseqüències inicials per l'agredit, però cal tenir en compte que quasi ¼ part declara repercussions psicològiques i aproximadament una altra ¼ ferides lleus.

	Cap	Ferides greus	Ferides lleus	Repercussió psíquica	NS/NC
2005	118	0	11	17	7
2006	198	3	54	75	28
2007	263	2	104	149	28
2008	354	2	153	181	9
1er T 2009	82	0	41	28	2
Totals	1015	7	363	450	74

Taula III.36. Repercussions físiques/psicològiques INICIALS



Gràfic III.16. Repercussions físiques/psicològiques INICIALS

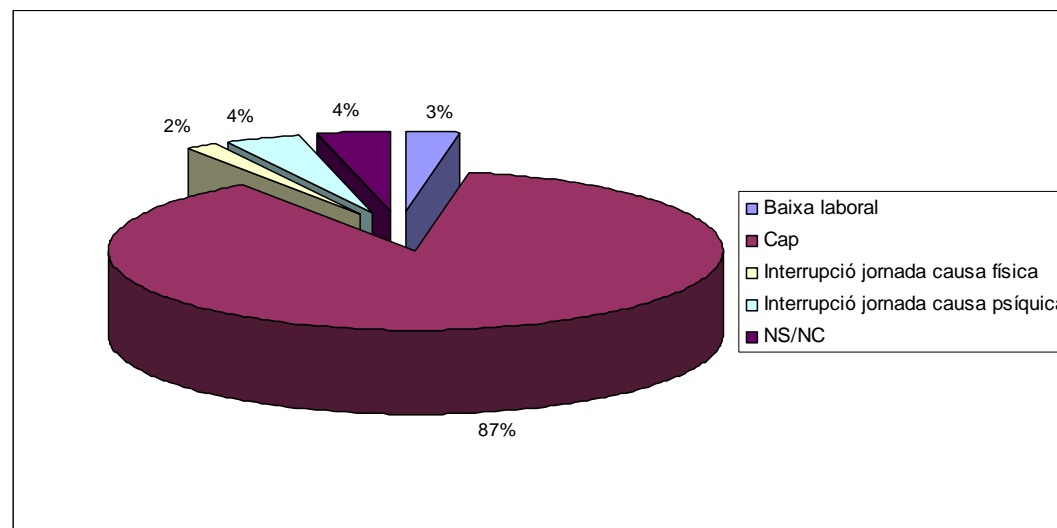
III. VIOLÈNCIA OCUPACIONAL (Workplace Violence)

3.3.2.28. Tipologia de conseqüències LABORALS INICIALS sobre la persona treballadora agredida.

Un 87% pot continuar realitzant la seva jornada laboral, i solament un 3% precisa incapacitat temporal. Un 6% han d'interrompre la seva jornada per causa física o psíquica.

	Baixa laboral	Cap	Interrupció jornada causa física	Interrupció jornada causa psíquica	NS/NC
2005	2	142	2	2	5
2006	13	305	8	4	28
2007	19	474	11	15	27
2008	16	614	10	47	12
1er T 2009	4	142	1	2	4
Totals	54	1677	32	70	76

Taula III.37. Repercussions Laborals INICIALS



Gràfic III.17. Les repercussions Laborals INICIAL

3.4 Discussió

Atenent a les dades exposades, la discussió es centra principalment en dos punts: d'una banda, en la comparació de les freqüències i la distribució dels incidents violents segons tipus de violència, sectors professionals implicats i circumstàncies de risc d'ocurrència dels incidents i, per l'altra, en les implicacions de la informació generada.

Els 1909 incidents violents registrats mitjançant el sistema NIV indiquen que un 5,72% dels 33.370 professionals empleats en els centres sanitaris de l'àrea investigada ha estat víctima directa de violència en els seus centres de treball en els darrers 52 mesos, si bé cal tenir en compte que un 40% ha rebut agressió en altres ocasions. Atenent a la distribució dels incidents violents "notificats" pel sistema NIV segons les principals categories de violència ocupacional establertes, s'observa que en el conjunt dels 52 mesos d'estudi un 28% dels casos intervé la violència física i en un 58% violència verbal (en algunes ocasions acompanyant la física). Comparats amb els que proporcionen altres estudis, la prevalença observada es relativament "baixa".

Es notable el grau de dispersió dels percentatges de prevalença del problema segons els informes manejats, que reflecteixen l'extensa variabilitat no només de les variables socioculturals, organitzacionals i professionals contemplades, sinó també dels dissenys d'investigació aplicats, tot el que contribueix a que les dades resultin incomparables en sentit estricte. Aquesta variabilitat en quant a percentatges de prevalença apareix també per exemple en el subàmbit específic del mobbing, on el ventall s'estén des del 3.5% a una mostra de treballadors suecs (Leyman, 1996) fins el 71% en una altra d'empleats del sector públic britànic (Cortina, Magley, Hunter-Williams and & Langhout, 2001), passant pel 40% en treballadors del servei Nacional de Salut del mateix Regne Unit (Tehrani, 2004).

L'estudi més proper al present el constitueix el publicat pel COMB (2004 a). Segons una enquesta per correu electrònic a una mostra aleatòria estratificada de 1500 professionals de la medicina a la que responen efectivament 377 persones (25%), de les quals un 33,4% declara que, al llarg de la seva vida professional, "ha viscut alguna situació de violència en el seu lloc de treball" en primera persona i un altre 25,7% reconeix haver experimentat com a "testimoni".

Alguns autors - com Leyman (1996), que no va dubtar en extrapolar a la totalitat de la trajectòria laboral del conjunt de la població treballadora sueca el que ell mateix va observar en una mostra de conveniència per a un període de 15 mesos, o com Davenport, Schwartz & Elliot (2002), que varen extrapolar al conjunt de la població treballadora nord-americana el que Leyman especulava que havia d'estar passant a la sueca- potser suggeririen algun ajustament matemàtic proposant que un 4.5% en tres anys equivaldria a voltant d'un 30% en 20 anys, cosa que semblaria conferir una mica de semblança a les dades d'ambdós estudis. No obstant, des d'un punt de vista teòric i metodològic, aquestes extrapolacions no deixen de ser arbitràries i gratuïtes.

El relativament baix percentatge de prevalença de la violència ocupacional notificada mitjançant el sistema NIV en "comparació" amb els que proporcionen informes basats en enquestes d'autoinforme pot ser atribuït més aviat al diferent procediment d'obtenció de la informació i, sobretot, a la diferent modalitat de font informativa: Les enquestes

d'autoinforme presenten percentatges d'incidents "declarats" per les persones que han optat per contestar l'enquesta, mentre que el NIV registra incidents "notificats" per personal expert que gestiona només la informació que ha transcendit a determinats òrgans centrals de la institució.

Senuzun & Karadakovan (2005), sosté que només el 16,5% dels incidents violents "declarats" a una enquesta per infermeres de serveis d'urgències de 4 hospitals de Turquia han estat "notificats" oficialment a altres instàncies (autoritats de l'hospital o bé organismes policials o judicials). Una cosa similar es recull en altres informes, segons els quals tendeix a notificar-se només una part dels incidents que comporten violència física i una porció insignificant dels que comporten violència psicològica: no es va notificar a les instàncies superiors de l'organització el 70% dels incidents violents registrats en serveis d'urgències d'una sèrie d'hospitals Australians (Lyneham, 2000), ni el 82% dels abusos verbals patits per infermeres en hospitals de Hong Kong (Kwok et al, 2006), ni el 64% dels " assalts físics "patits pel conjunt del personal sanitari que treballava al servei d'urgències de 5 hospitals nord-americans de l'entorn de Cincinnati (Gates, Ross & MacQuenn, 2006).

En conjunt, les dades aportades pel present informe estan, en línies generals, en consonància amb les aportades per altres estudis. La taula III.40. inclou dades referents a aquests dos tipus de violència ocupacional "declarada" en estudis en els quals s'aplica l'enquesta d'autoinforme i diversos models de disseny de la investigació.

Dades de violència física i verbal segons enquestes d'autoinforme			
Font	Personal Investigat	Violència Física (%)	Violència Verbal (%)
Al-Sahlawi et al, 1999	Metges Urgències i traumatologia. Kuwait	35	86
May & Grubbs, 2002	Infermeres Unitat Aguts Hospital. Florida	74	88
Winstanley & Whittington, 2004	Professionals sanitaris hospitals. UK	27	68
COMB, 2004	Personal mèdic. Barcelona	28	70
Ayrancy, 2005	Personal sanitari urgències. Turquia	8.5	69.5
Carmi-Illuz et al, 2005	Personal mèdic. Israel	9	56
Jackson & Hasley, 2005	Personal sanitari. Jamaica	7.7	38.6
Kowalenko et al, 2005	Metges urgències. Michigan	28.1	74.9
Magin et al, 2005	Metges capçalera. Austràlia	12	42.1
Senuzum & Karadakovan, 2005	Infermeres servei urgències. Turquia	19	98
Kwok, 2006	Infermeres. Hong Kong	18	73

Taula III.38. Dades de violència física i verbal segons enquestes d'autoinforme (extreta de Cantera, Cervantes i Blanch, 2008)

La informació proporcionada pel sistema NIV permet construir un mapa significatiu de la violència ocupacional en el sector sanitari català, comparar amb altres entorns i àmbits professionals i identificar variables clau per al desenvolupament de polítiques preventives al respecte. Més de la meitat dels casos reportats remet a violència psicològica. Aquesta deixa poques senyals visibles en un temps curt, però pot comportar importants conseqüències indesitjables a mig i llarg termini, pel que cada dia cobra més rellevància teòrica i social en tant que problemàtica emergent en el camp de la qualitat de vida laboral (Parent -Thirion et al., 2007; WHO, 2007).

Alguns dels motius invocats com activadors de la conducta violenta remetent a fenòmens i processos organitzacionals (informació, assistència, temps d'espera, tracte, etc.) sempre susceptibles d'algun tipus de millora, cosa que, de dur a terme, podria constituir una excel·lent

pràctica preventiva, al desmuntar determinats arguments recurrents en l'agressió a professionals de la salut. Una altra de les mancances del sistema sanitari vigent evidenciades pel NIV és la manca de preparació del personal de serveis sanitaris en el maneig de situacions potencialment conflictives i que comporten cert risc d'activació d'incidents violents. Algunes d'aquestes raons indueixen a pensar que, en determinats contextos i situacions, pacients i professionals poden ser víctimes de deficiències organitzacionals manifestament millorables.

IV. BALANÇ, CONCLUSIONS i AGENDA

En el Capítol primer, s'ha definit un sistema de coordenades sociohistòriques i teòriques que facilita la comprensió de fenòmens i processos com la pressió assistencial i la violència ocupacional, observables en l'entorn laboral dels centres de salut catalans contemporanis, ubicant-los en el seu context de producció.

El segon, presenta el disseny i els resultats d'una recerca d'avaluació de components psicosocials de la qualitat de vida laboral i del benestar en el treball en centres de salut del país, focalitzant factors de risc psicosocial, especialment els associats a la *pressió assistencial*.

I el tercer, es centra específicament en l'examen de la prevalença i la tipologia de la violència ocupacional que té lloc també en centres de salut catalans, examinant les característiques dels incidents violents, les circumstàncies de la seva producció i els perfils psicosociològics de les persones implicades.

En el pla metodològic i tècnic, s'ha aplicat conjuntament tècniques quantitatives i qualitatives de recollida i tractament d'informació, s'han construït indicadors psicosocials i eines d'avaluació d'aspectes rellevants de la qualitat de vida laboral. També s'ha dissenyat i posat en marxa eines informàtiques per a facilitar la implementació on-line de les respostes als qüestionaris, tot respectant els principis de confidencialitat i anonimat.

Així mateix, s'ha engegat i desenvolupat la Web www.violenciaocupacional.net, un model de sistema informatitzat de Notificació on-line d'Incidents Violents (NIV) al conjunt dels centres sanitaris de Catalunya que participen voluntàriament en el projecte.

D'aquesta manera, s'ha identificat circumstàncies laborals, pràctiques professionals i grups de risc de desgast professional per exposició a la pressió assistencial i també el risc de patir violència en el lloc de treball.

La informació empírica aportada pot servir de referència per a polítiques de prevenció de riscos laborals en els centres de salut catalans, atenent especialment a les circumstàncies i pràctiques organitzacionals que comporten alts nivells de risc psicosocial de pressió assistencial i de violència ocupacional. Així mateix pot inspirar la promoció de models d'organització de serveis de salut saludables i generadors de qualitat de vida laboral.

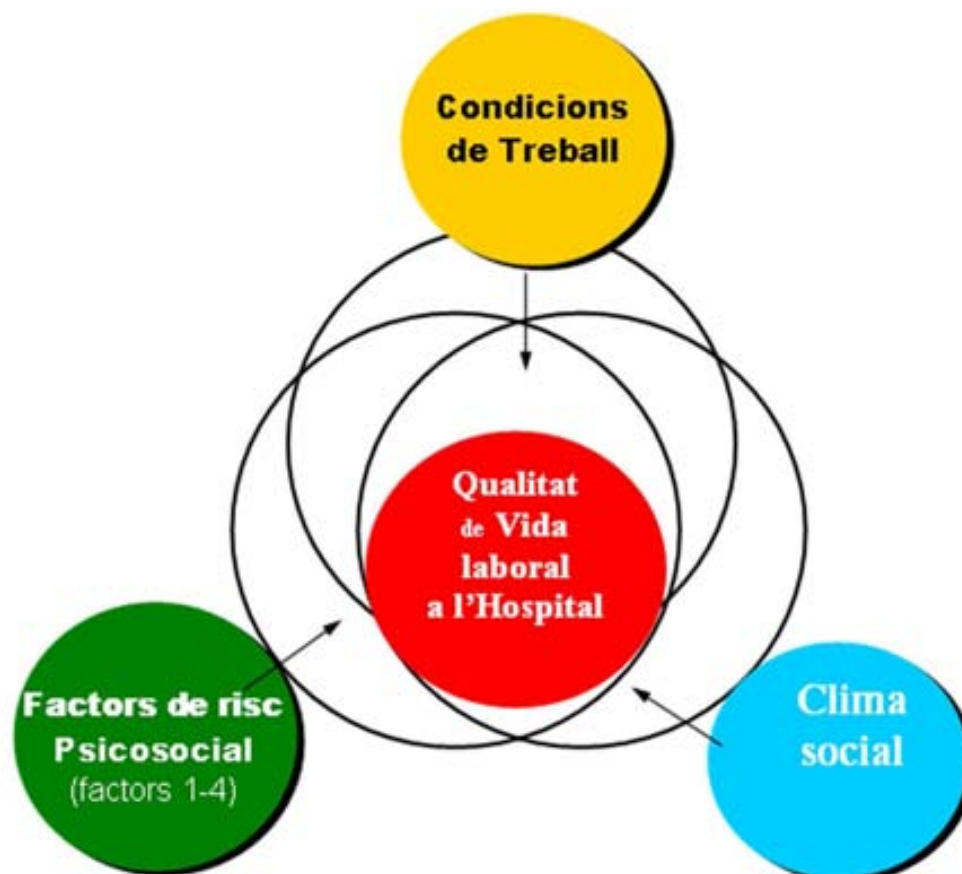
La posada en marxa dels dispositius per a la recerca sobre violència ocupacional ha facilitat la creació d'un observatori als centres de salut catalans. I de pas, ha contribuït activament en la creació, manteniment i consolidació d'una xarxa de centres sanitaris que comparteixen informació epidemiològica i dades empíriques actualitzades i situades sobre les que poden fonamentar les seves polítiques de prevenció de riscos laborals en l'àmbit de la violència ocupacional.

Aquesta recerca ha participat activament en la posada en marxa de xarxes operatives i sostenibles de recerca en els àmbits del projecte, de les quals s'ha servit i ha aportat informació i recursos de cara al desenvolupament de futures investigacions, publicacions i aplicacions. Entre elles, les organitzades al voltant de les Webs www.violenciaocupacional.net i <http://psicologiasocial.uab.es/colaborando/es>.

Els resultats concrets de la recerca empírica s'organitzen en dos blocs: (a) els derivats de l'estudi sobre la qualitat de vida laboral en general i sobre la incidència que hi té el factor de risc psicosocial d'abast general que gira entorn de la pressió assistencial, i (b) els centrats en un factor de risc psicosocial emergent específic: el de la violència ocupacional que pateix personal treballador en centres de salut.

La pressió Assistencial als centres de salut catalans

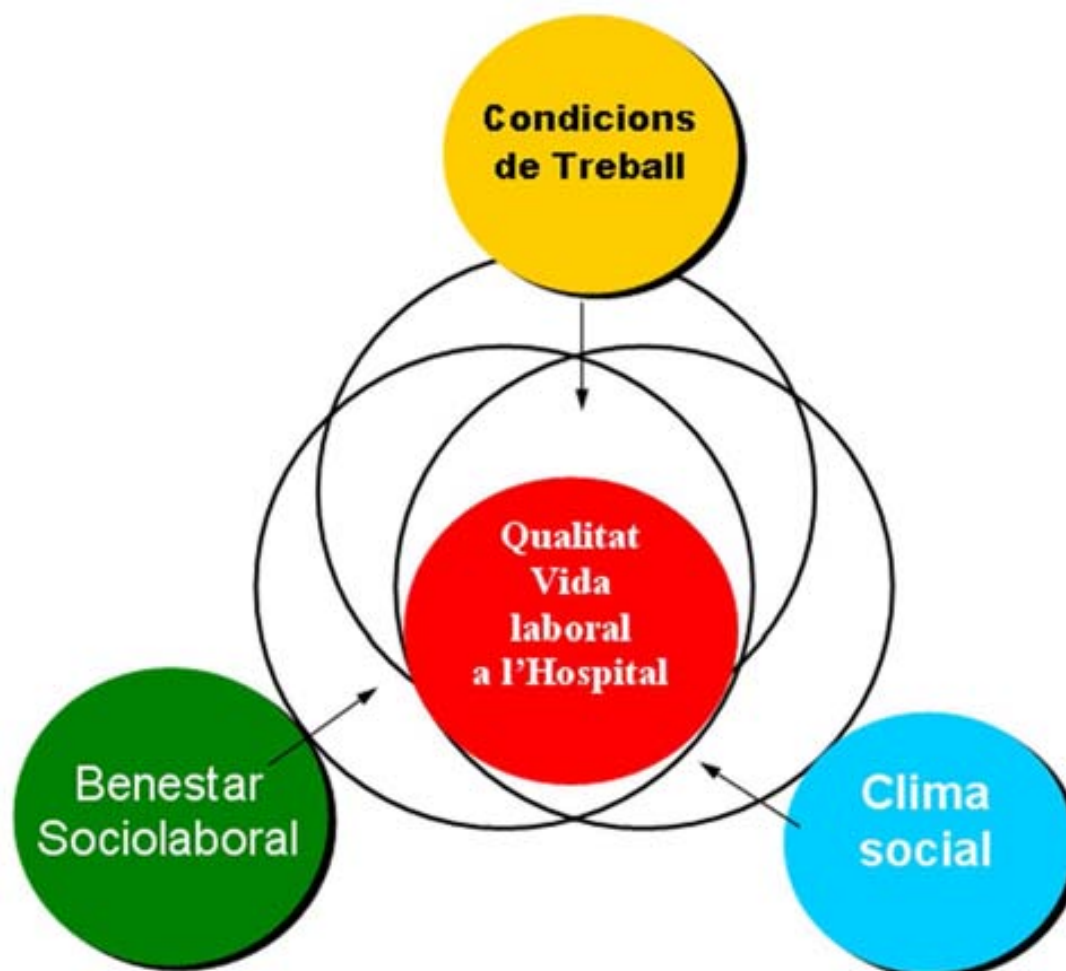
La recerca general sobre qualitat de vida i risc psicosocial s'ha portat a terme sobre diverses mostres, dues de les quals han estat extretes en dos moments diferents a un mateix centre, que en diem l'“Hospital Central”. A les figures IV. 1 i IV.2, es resumeix els eixos temàtics sobre els que s'ha centrat la recerca.



**Components principals
de la qualitat de vida laboral a l'Hospital
considerats en l'estudi HC 2003**

Figura IV.1. Tòpics investigats a la recerca a l' Hospital Central, mostra 2003

La figura IV.2, presenta els tractats a l'estudi 2008 realitzat en el mateix centre, que s'adopta també com a referència per al resum dels resultats obtinguts en el conjunt de les mostres.



**Components principals
de la qualitat de vida laboral a l'Hospital
considerats en l'estudi HC 2008 i XHUP 2006**

Figura IV.2. Tòpics investigats a la recerca a l' HC 2008 i XHUP 2006

Dels estudis fets sobre totes les mostres se'n desprèn una valoració general de signe relativament positiu de les condicions materials i tècniques de treball, així com del clima social en els centres de treball, especialment en el referent a l'eix de les relacions horitzontals de companyerisme entre col·legues. D'altra part, també totes elles configuren un panorama marcat per alts nivells de *pressió assistencial* en totes les categories i especialitzacions professionals, situacions ocupacionals, llocs i torns de treball, gèneres i generacions. S'ha constatat, a més, que a l'“*Hospital Central*” -centre de referència de l'estudi-, baixen significativament les puntuacions mitjanes en els principals indicadors de qualitat de vida laboral entre 2003 i 2008.

Però aquestes tendències generals emmascaren un altra fet: la qualitat de vida va per barris, de manera que uns determinats col·lectius gaudeixen més els avantatges i pateixen menys els inconvenients del seu treball, mentre que en altres s'esdevé justament el contrari. A la figura IV.3. es resumeix aquest panorama desigual en la mostra de l'*Hospital Central* de 2003.

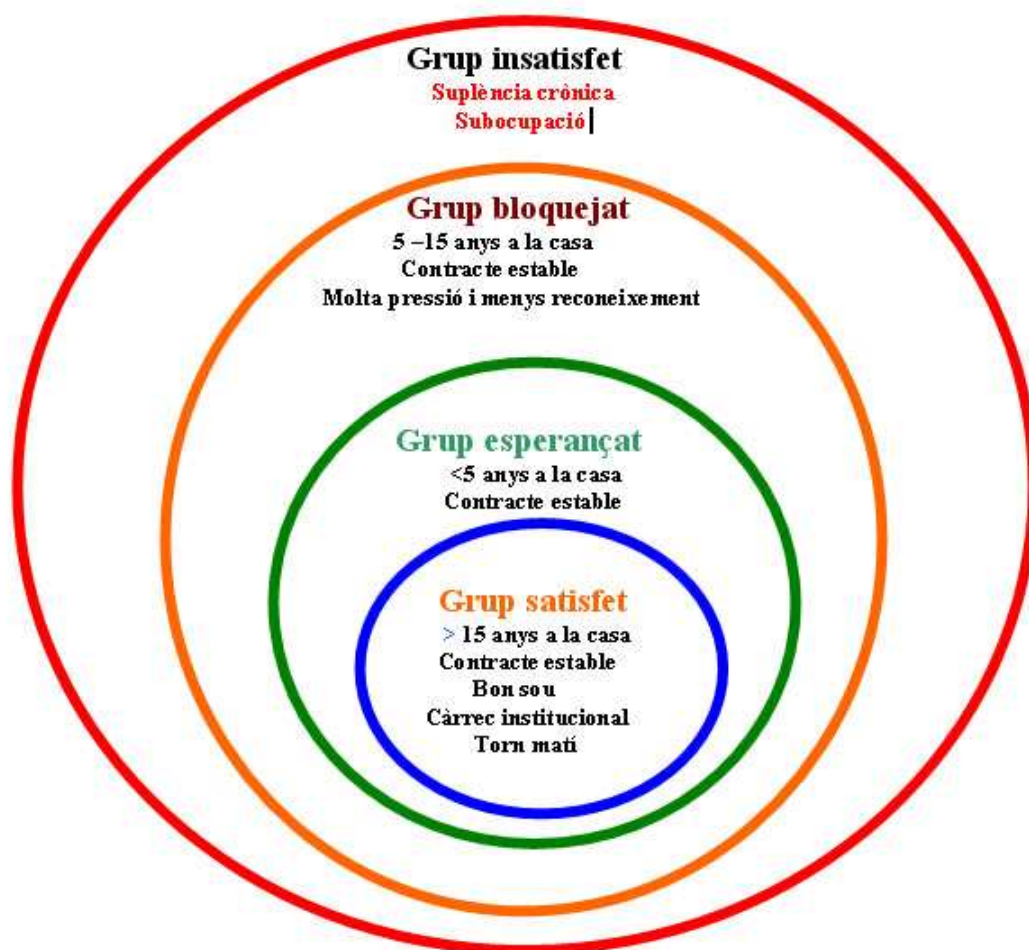


Figura IV.3. Tipologia de grups segons qualitat de vida laboral a l' Hospital Central, mostra 2003

I a la figura IV.4, la distribució corresponent a les mostres 2006 i 2008. Comparant els continguts de les dues figures, s'observa unes constants (el personal més antic al centre, amb el millor contracte i sou, que treballa en el torn de la seva preferència, que desenvolupa responsabilitats de gestió en el centre, etc. s'hi troba millor que els que no gaudeixen d'aquesta situació) i també uns canvis (aquests en part imputables a mesures de millora implementades en el centre en el darrer lustre, i en part a millores obtingudes en Convenis Col·lectius del sector).

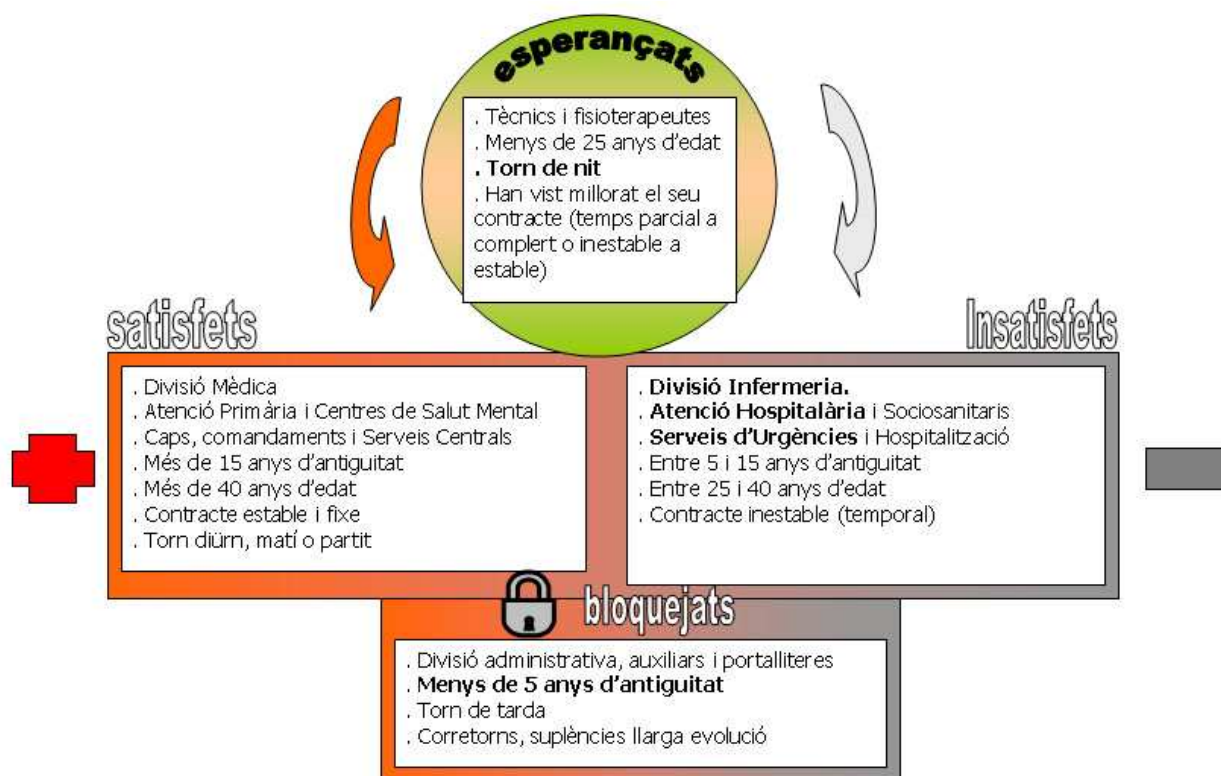
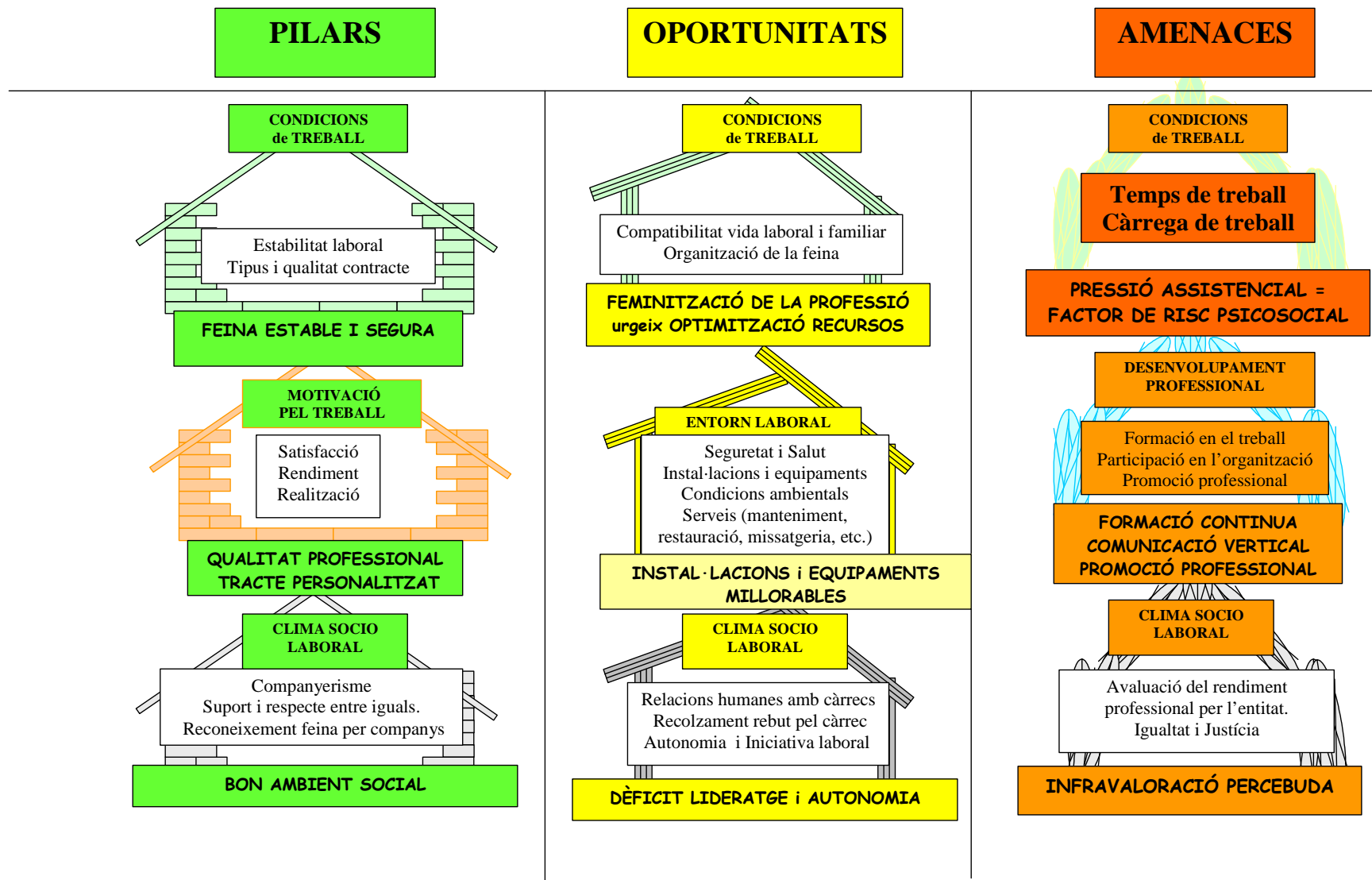


Figura IV.4. Tipologia de grups segons qualitat de vida laboral a l' Hospital Central 2008 i a la mostra 2006 de la XHUP

El conjunt dels resultats obtinguts a totes les mostres (2003, 2006, 2008, 2009) indica (a) que la qualitat de vida laboral en la població estudiada apareix en general com moderadament acceptable, incloent uns punts forts i un context d'oportunitats, (b) però que també té un important punt feble: alts nivells de pressió assistencial, que són un factor de risc psicosocial per al personal (un caldo de cultiu de burnout) i una senyal d'alarma per al conjunt del sistema dels centres de salut implicats; (c) que una intervenció efectiva sobre aquesta problemàtica requereix el reconeixement de la seva severitat i l'adopció de mesures pal·liatives i de prevenció primària de pràctiques organitzacions saturades de factors de risc psicosocial i (d) que urgeix una reflexió crítica sobre l'actual model d'organització del treball en centres de salut com els investigats i una proposta de promoció de models més saludables d'organització d'aquests centres. Això és el que apareix reflectit a la figura IV.5.

FORTALESES, OPORTUNITATS i AMENACES en QUALITAT DE VIDA a l' HC 2003-08



Taula IV.5. Oportunitats, Amenaces i Debilitats als centres de salut catalans

IV. BALANÇ, CONCLUSIÓ i AGENDA

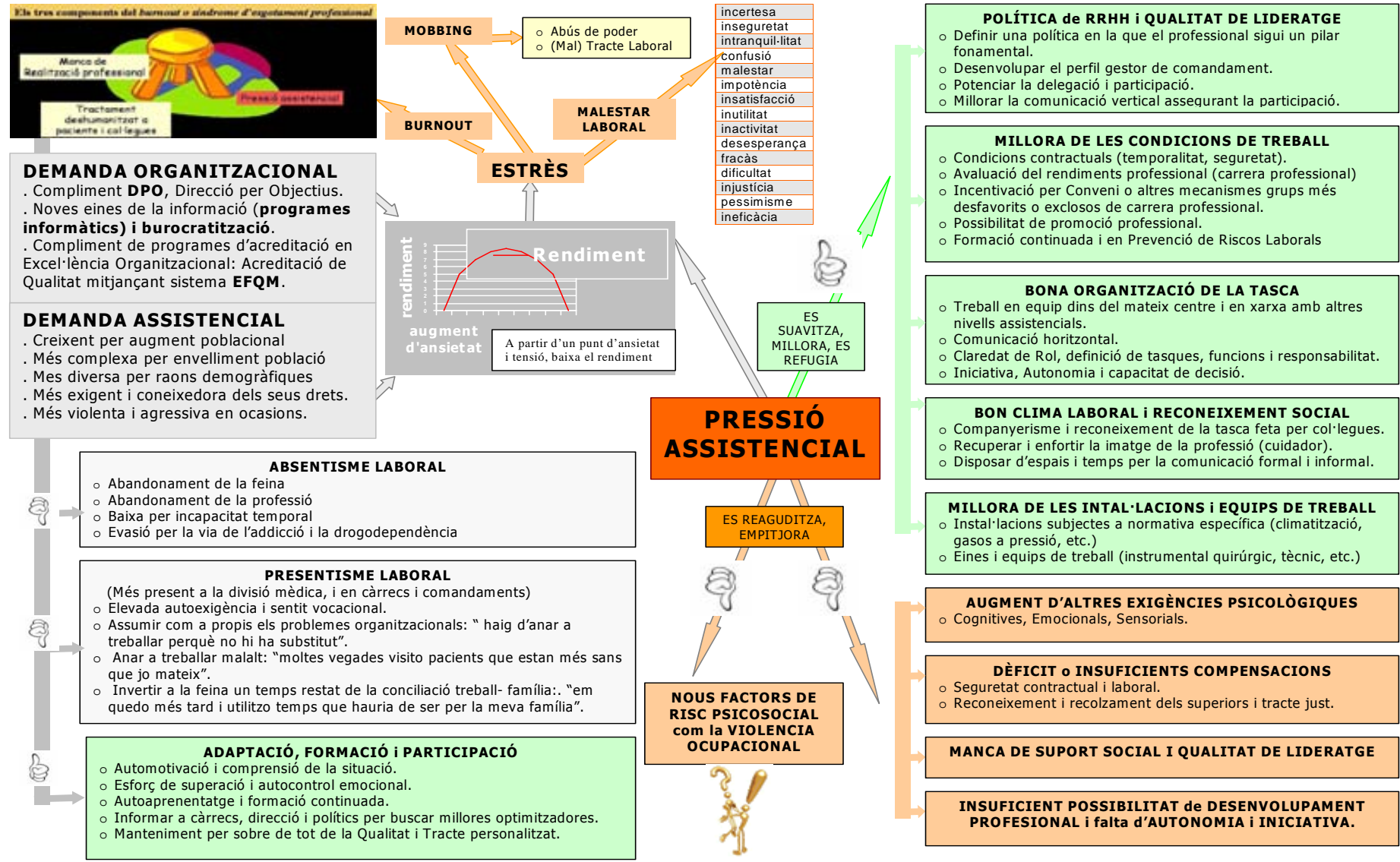


Figura IV.6. Mapa conceptual de la pressió assistencial als centres de salut catalans.

El que es sobreentén del conjunt de les dades obtingudes és que, en els centres estudiats, l'alt risc de desgast psicològic per pressió assistencial ve compensat pel factor protector psicosocial del bon clima que es respira en general als centres, a les divisions i dins els grups de treball. Però la capacitat de contenció d'aquest factor és limitada, i el personal reconeix i lamenta que la mateixa pressió assistencial no només li dificulta donar sovint el tractament adequat als pacients (cosa que limita el sentiment de "realització professional" i la consciència ètica de "fer bé" la feina), sinó que també li resta temps i oportunitats per a mantenir el caliu de les bones relacions amb col·legues; cosa que debilita el potencial d'aquest factor protector. De manera que un augment de la pressió assistencial pot donar lloc a una espiral viciosa de desgast psicològic del personal, de deteriorament de la qualitat del servei i de l'excel·lència organitzacional, tal com apareix en la figura IV.6.

El fet que el fenomen de la pressió assistencial no sigui exclusiu de l'*Hospital Central* ni dels centres sanitaris catalans, sinó que encaixi amb una tendència vers el *treball dens* d'abast europeu i global, especialment accentuada en l'àmbit sanitari (per les característiques de la nova demanda assistencial i els desafiaments financers i de tota mena que ha d'afrontar el sistema sanitari), no és cap excusa per a no prendre's molt seriosament l'amenaça que representa com a factor de risc per a la salut, el benestar i la qualitat de vida del personal i també per a l'efectivitat i l'eficiència del mateix sistema sanitari català.

Sovint, el sentit comú i la mentalitat gerencial tendeixen a treballar amb un model lineal de relació pressió-rendiment. Hi ha poderoses raons per a pensar que el treball que fan els treballadors en el camp de la salut funciona més d'acord amb un model d'"u invertida" o de rendiments decreixents. D'ací en deriven poderoses raons per a evitar que la corba comenci el procés decreixent: hi ha en joc la qualitat de vida i el benestar laboral del personal i també la qualitat del servei que fan. La [figura IV.7 il·lustra aquesta idea](#).

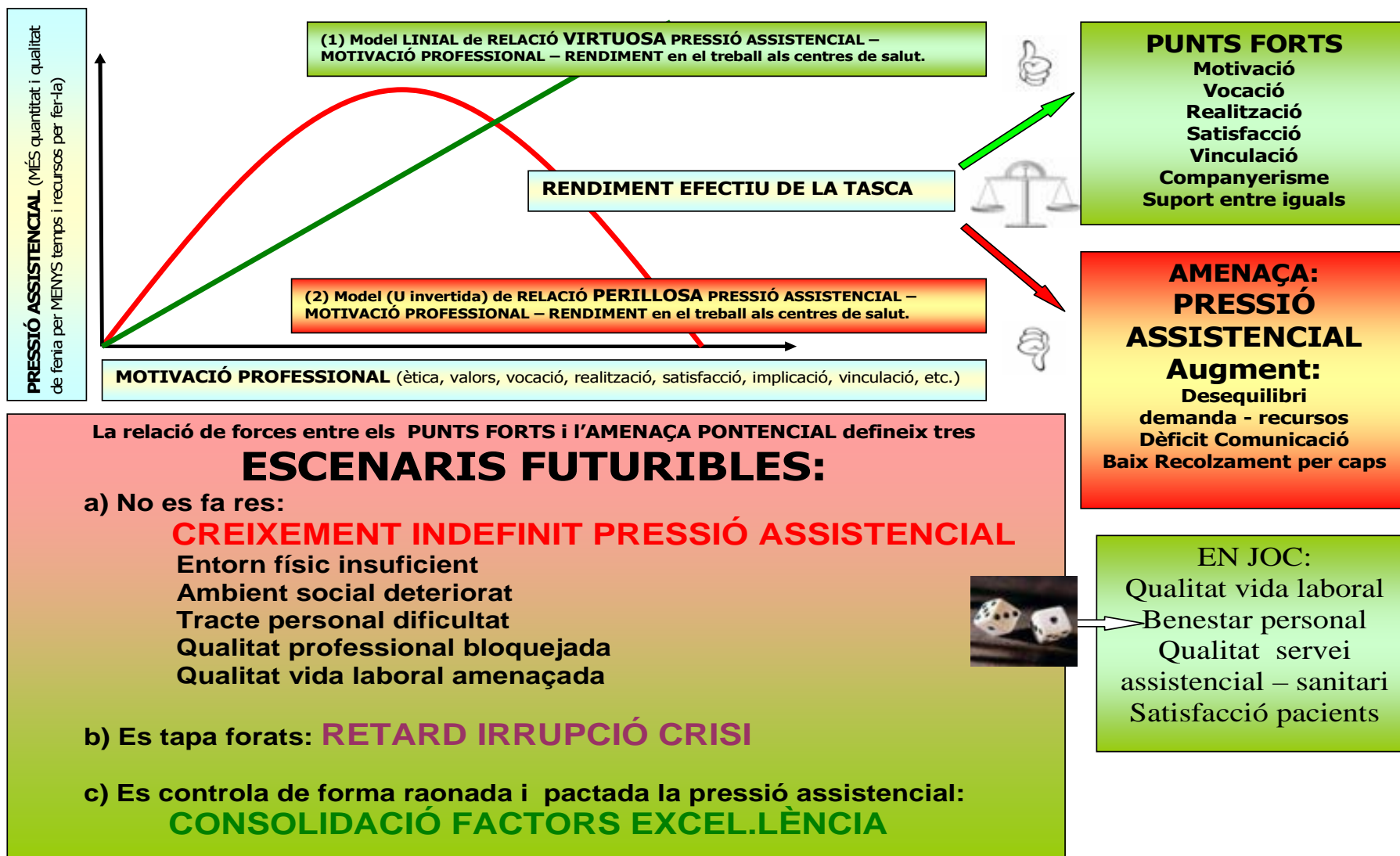


Figura IV.7. Pressió assistencial, motivació i rendiment.

La violència ocupacional als centres de salut catalans

S'ha avaluat la prevalença i la tipologia de la violència ocupacional com a factor de risc psicosocial emergent i rellevant a l'àmbit sanitari català, mitjançant el sistema informatitzat de Notificació on-line de Incidents Violents (NIV), www.violenciaocupacional.net, examinant les característiques d'aquests incidents, les circumstàncies de la seva producció i els perfils biosociològics de les persones implicades.

La present recerca sobre violència ocupacional que pateix el personal treballador en el camp de la salut fa dues aportacions rellevants: una de caire metodològic i l'altra empíric.

Des d'un punt de vista metodològic, l'instrument i la tecnologia aplicats són una novetat en la recerca sobre violència ocupacional vers personal que treballa en el camp de la salut. El sistema NIV de notificació en línia d'incidents violents resulta innovador i funciona en part com correctiu i en part com a complement de l'enquesta d'autoinforme, que pateix un dèficit de validesa imputable a una triple limitació: el normalment baix percentatge de resposta, el "biaix de l'autoinforme" i el potencial efecte combinat de tots dos. El biaix de l'autoinforme (*self-report bias*) es tradueix en el que Coyne, Smith-Lee, Seigne, & Randall (2003) assenyalen com un "excés de subjectivitat" que impulsa a sobreinformar sobre conductes percebudes com socialment apropiades i desitjables i a subinformar sobre les de signe contrari (Donaldson i Grant-Vallon, 2002).

Una combinació viciosa de baix percentatge de resposta a l'enquesta i biaix d'autoinforme pot fer que les enquestes efectivament contestades tendeixin a concentrar-se especialment en aquelles persones més sensibilitzades cap a la temàtica o més afectades per ella (les més propenses a assumir la responsabilitat d'explicar alguna cosa sobre un tema que les preocupa i interessa). Aquesta conjunció de biaixos de resposta resta representativitat a la mostra degut a l'autoselecció (*self-selection bias*), per la qual quedaria sobre representat el personal més sensibilitzat a la temàtica de la investigació. Al NIV no es pot parlar de percentatge de resposta, ja que el sistema recull la totalitat de la informació facilitada des de cada centre. A aquest respecte, Cowie, Naylor, Rivers, Smith, & Pereira (2002) distingeixen una doble "perspectiva" en la recerca del *bullying*: la "interna" (característica de tècniques d'autoinforme) i la "externa" (observacional), que aquests autors consideren de major qualitat metodològica. El NIV proporciona informació recollida per observadors professionals, generalment experts en recursos humans i en riscos laborals. En contraposició a aquests avantatges, el NIV comporta també l'inconvenient del *biaix del voluntarisme*: la notificació voluntària d'incidents violents pot comportar el que, en alguns contextos organitzacionals, es "notifiqui" sempre i només quan el treball del professional responsable l'hi permeti, el que redundaria en un dèficit en quantitat, en qualitat i en puntualitat de les notificacions. D'altra, per l'ètica i la lògica mateixa del procés (participació voluntària de persones i institucions sensibilitzades cap a la problemàtica i compromeses en la causa de la prevenció de la violència ocupacional en el sector sanitari), no s'ha realitzat un control per centres que permetés verificar si la quantitat i la qualitat de la informació proporcionada pel sistema NIV s'ajusta a la realitat de (tots) els "fets" de violència ocupacional efectivament esdevinguts en el centre en el període estudiat. Aquests controls es solen fer habitualment en enquestes grans i molt excepcionalment en la majoria de les altres investigacions.

La figura IV.8 esquematitza un conjunt de variables implicades en la violència ocupacional.

IV. BALANÇ, CONCLUSIÓ i AGENDA

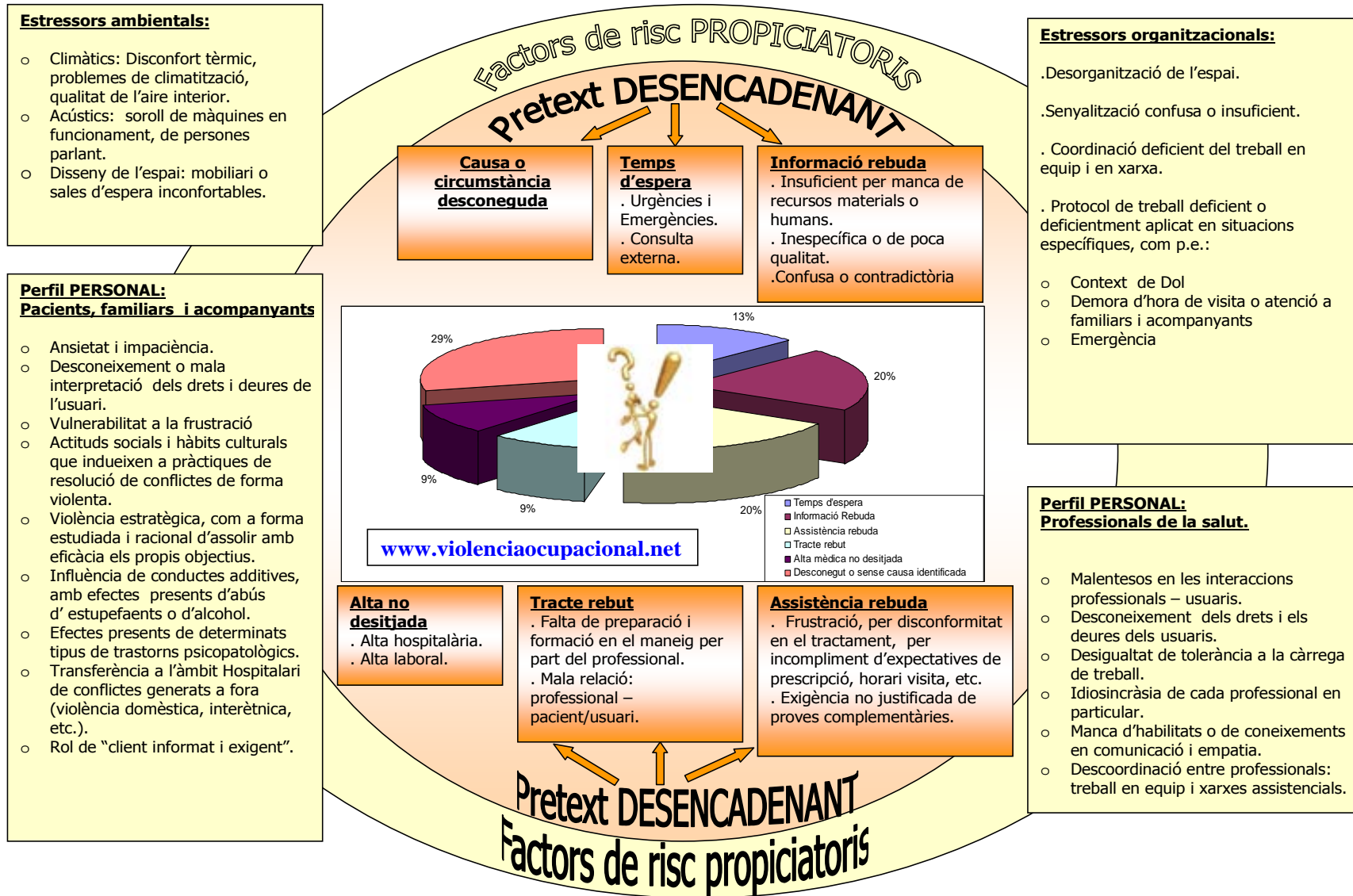


Figura IV.8. Mapa conceptual de la violència ocupacional als centres de salut catalans.

La quantitat i la tipologia dels incidents violents registrats pel sistema NIV indiquen que molts professionals, empleats en els centres sanitaris de l'àrea investigada, han patit directament o indirectament la violència en el seu lloc de treball. En els darrers anys, prop d'una tercera part ha patit violència física, normalment acompanyada també de violència verbal i altres que "només" han patit la verbal. Els percentatges registrats es troben a la franja baixa del que resulta estadísticament normal a la majoria de les investigacions publicades sobre violència ocupacional en l'àmbit sanitari d'arreu del món, en les que resulten habituals percentatges de dos dígitos. Però les dades observades no deixen de constituir una senyal d'alarma d'un important factor de risc laboral per als professionals de la sanitat catalana.

El nombre relativament "baix" de casos de violència ocupacional, en comparació amb els que proporcionen informes basats en enquestes d'autoinforme, indica que probablement una part significativa de la informació de bona part dels incidents violents patits pel personal sanitari, en el seu lloc de treball, no s'estén més enllà dels cercles privats i propers a l'entorn de les víctimes. Serà per això que les "Directrius" de diversos organismes internacionals (OIT et al., 2002; CIE, 2007; Rumsey et al., 2007), recomanen amb insistència al personal sanitari que notifiqui oficialment els incidents violents a les organitzacions sanitàries en particular i a les institucions públiques en general per a que prenguin nota d'això i adoptin les mesures preventives pertinents i oportunes.

Més que un catàleg d'incidentes, la investigació ofereix un mapa dels processos implicats, que cal anar seguint en un estudi de l'impacte a mitjà i llarg termini de l'incident violent en les persones agredides i en els equips de treball dels que formen part. Una avaluació de l'empremta que aquest incident pot haver deixat a les seves motivacions, actituds i valors professionals, en la seva ètica i en la seva conducta assistencial, en la seva implicació amb el treball, amb l'organització en què ho fan i amb les persones a les que serveixen. En conclusió, el sistema NIV és un recurs útil i eficaç per a la investigació epidemiològica. Les dades obtingudes mitjançant la seva aplicació confirmen la importància quantitativa i qualitativa de la violència ocupacional en el sector sanitari català i aporten elements per al disseny de polítiques preventives al respecte.

Balanç final

Del conjunt de les aportacions d'aquesta tesi en destaquen l'abast d'algunes d'elles i també algunes limitacions del conjunt, que apareixen en el següent resum esquemàtic:

Punts forts

- El seu disseny, alhora quantitatiu i qualitatiu, combina l'aplicació de tècniques com l'enquesta per qüestionari de paper i llapis, amb series d'ítems tancats i l'entrevista semiestructurada.
- Observació en talls transversals, i també en un sentit longitudinal .
- La quantitat de mostres i el nombre dels seus components (amb xifres de 3 dígitos en les de 2003, 2008 i 2009 i de 4 en les de 2006 i 2005-09).
- La quantitat i la rellevància de la informació empírica que aporta.
- La novetat a escala mundial de l'eina d'obtenció d'informació sobre violència

ocupacional en el lloc de treball mitjançant una Web que registra en temps real la informació que proporciona una persona qualificada i nomenada per cada institució compromesa a aportar-la.

- Una tècnica que permet superar el biaix del voluntarisme que suposa un llast de les enquestes d'autoinforme amb baixes taxes de resposta, habituals en la literatura científica.

Punts febles

- El caràcter eminentment descriptiu de la informació empírica que aporta.
- L'enfocament bàsicament exploratori de la recerca en alguns dels camps estudiats.
- La desconsideració de l'impacte a mig i llarg termini de la pressió assistencial i de la violència ocupacional.
- La desatenció al factor grupal dels equips de treball i al seu paper en la metabolització psicosocial dels processos de pressió assistencial i de violència ocupacional.
- La focalització de l'impacte merament laboral de la pressió assistencial i la violència ocupacional, desatenent la seva potencial extensió a la vida (personal, familiar, social) del personal treballador.

Agenda per a futures investigacions.

La tesi s'ha restringit a un primer nivell d'anàlisi de problemàtiques com la pressió assistencial i la violència ocupacional que pateixen professionals de la salut catalans. Cal avançar un pas més, estudiant aspectes i dimensions que en la present recerca han quedat només apuntades:

- L'impacte psicosocial a mig i llarg termini de la pressió assistencial i de la violència ocupacional sobre el personal que la pateix.
- L'impacte de la pressió assistencial i de la violència ocupacional sobre els grups de treball, sobre el seu rendiment i sobre el seu clima social.
- La funció dels grups i equips de treball en la metabolització psicosocial dels processos de pressió assistencial i de violència ocupacional.
- L'impacte de la pressió assistencial i de la violència ocupacional sobre les dimensions no laborals de la vida (personal, familiar, social) del personal treballador en centres de salut catalans.
- L'impacte específic de la violència ocupacional en les *víctimes indirectes* de la mateixa; això és, sobre aquell personal que, sense patir directament la violència en la seva persona, n'ha estat testimoni presencial directe.
- L'impacte més específicament psicològic i a mig termini de la violència ocupacional sobre persones i grups de treball; impacte que la literatura recent qualifica com a fins i tot més rellevant que el que normalment ha estat més considerat, que és la violència física i els seus efectes immediats.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES I WEBRÀFIQUES

Aasland, O.G., Ekeberg, O., & Schweder, T. (2001). Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Social Science and Medicine*, 52, 259-65.

Abramson, J. (2004). *Overdosed America: The Broken Promise of American Medicine*. New York: Harper Collins.

Acción por la Salud Global.(2008). *El Foro Mundial pide acciones inmediatas para de personal sanitario*. Kampala (Uganda). Consultado el 15 d febrero de 2008
http://www.actionforglobalhealth.eu/media/home/espana/noticias/el_foro_mundial_pide_acciones_inmediatas_para_de_personal_sanitario

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.

Ahola, K., Kivimäki, M., Honkonen, T., Virtanen, M., Koskinen, S., Vahtera, J. & Lönnqvist, J. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 185-193.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M., (2002).International Hospital Outcomes Research Consortium. Hospital staffing, organization, and quality of care, cross-national findings. *International journal for quality in health care.*,14 (1),5-13.

Alcover, C.M., Martínez, D., Rodríguez, F. y Domínguez, R. (2004). *Introducción a la Psicología del Trabajo*. Madrid: McGraw-Hill.

Al-Sahlawi, K.S., Zahid, M.A., Shahid, A.A., Hatim, M., & Al-Bader, M. (1999). Violence against doctors: 1. A study of violence against doctors in accident and emergency departments. *Journal of Emergency Medicine*. 6, 301-304.

AMA [1995]. *Violence in the medical workplace: prevention strategies*. Chicago, IL: American Medical Association.

ANA (American Nurses Association). (2002). *Preventing workplace violence*. Washington DC: ANA. Consultado en abril de 2007 en <http://www.nursingworld.org/osh/violence.pdf>

Andrades, L. y Valenzuela, S., (2007). Quality of life associated factors in Chileans hospitals nurses. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 15 (3), 480-6.

Angell, M. (2004). *The Truth about the Drug Companies: How they deceive Us and What to Do about It*. New York: Random House.

Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiological & Community Health*, 54, 502-509.

Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: prevalence, attendance pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 958-966.

Armstrong-Stassen, M., & Cameron, S.J. (2005). Concerns, satisfaction, and retention of Canadian community health nurses. *Journal of community health Nursing*. 22 (4),181-94.

Aust, B., Rugulies, R., Skakon, J., Scherzer, T., & Jensen, C. (2007). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being. A Norwegian study. *International Journal of Nursing Studies*. 44 (5) ,814-25.

Ayranci, U. (2005). Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *European Journal of Emergency Medicine*. 28 (3), 361-365.

Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H., Bosveld, W. & Van Dierendonck, D. (2000), Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*. 21, 425-41.

Barlett, D. L., & Steele, J. B. (2004). *Critical Condition: How Health Care in America Became Big Business and Bad Medicine*. New York: Doubleday.

Bé gat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being. A Norwegian study. *Journal of Nursing Management*.13 (3), 221-30.

Bennett, S., Plint, A., & Clifford, T.J. (2005). Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress, a survey of Canadian hospital based child protection professionals. *Archive of Disease in Childhood*. 90 (11), 1112-6.

Benveniste, K.A., Hibbert, P.D., & Runciman, W.B. (2005). Violence in health care: The contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. *Medical Journal of Australia*. 183 (7), 348-351.

Ben-Zur,H., & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses, the role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care*. 45 (4), 63-82.

Bergman, B., Ahmad, F., & Stewart, D.E. (2003). Physician health, stress and gender at a university hospital. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 171-8.

Bernaldo de Quirós, M., & Labrador, F.J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (2), 323-335.

Berridge, V., & Loughlin, K. (Eds.) (2004). *Medicine, the Market y Mass Media: Producing Health in the 20th C.* New York: Routledge.

Blancafort, X., Masachs, E., Valero, S. y Arteman, A. (2008). *Estudi sobre la salut dels residents a Catalunya.* Barcelona: Fundació Galatea.

Blanch, J.M. (Coord.) (2003). *Teoría de las Relaciones Laborales.* Vol. 1: *Fundamentos* Vol. 2 *Desafíos* Barcelona: Editorial UOC.

Blanch, J.M. (Coord.) (2005). *Psicología Social del Trabajo y las Relaciones Laborales* (332p.). Barcelona: UOC.

Blanch, J.M. (2005 a). Dimensión Psicosocial del Trabajo. In J.M. Blanch, (Dir.). *Psicología Social del Trabajo y de las Relaciones Laborales* (3-97). Barcelona: UOC.

Blanch, J.M. (2005 b). Estudio de calidad de vida laboral en el subempleo. En J. Romay, J. Salgado, M. Romani i D. Robla (Comps.). *Psicología de las Organizaciones, del Trabajo y Recursos Humanos y de la Salud* (pp.79-87). Madrid: Biblioteca Nueva.

Blanch, J.M. (2006) .Estudio internacional sobre la calidad de la experiencia laboral en el capitalismo flexible. En X.Díaz, L. Godoy, A. Stecher y J. P. Toro (Coords.). *Trabajo, identidad y Vínculo Social. Reflexiones y experiencias en el capitalismo flexible* (pp.75-107). Santiago de Chile: CEM - UDP. 1.

Blanch, J.M., y Cantera, L. (2009). La doble cara de la mercantilización de servicios públicos universitarios y hospitalarios. En J. L. Álvaro (Ed.). *Psicología Social del Trabajo y de las Organizaciones.*

Blanch J.M., y Stecher, A. (2009) (en premsa). *La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades y hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. Avance de resultados de una investigación iberoamericana.* México: ALAST. Asociación Latinoamericana de Sociología del Trabajo.

Blank, R. H. (1997). *The Price of Life. The Future of American Health Care.* New York: Doubleday.

Boles, M., Pelletier, B., & Lynch, W. (2004). The relationship between health risks and work productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 737-45.

Boultinghouse, O., Hammack, G., Vo, A. & Dittmar, M. (2007). Assessing physician job satisfaction and mental workload. *Telemedicine Journal and Electronic Health*. 13 (6), 715-8.

Bovier, P., & Perneger, T. (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. *European Journal of public health*, 13 (4) ,299-305.

Breggin, P. (2004). *Toxic Psychiatry.* New York: St. Martin's Press.

Brotherridge, C.M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: comparing two perspectives of 'people work'. *Journal of Vocational Behavior*. 60, 17-39.

Bruguera, M., Hurí, J., Arteman, A., Grau Valldosera, J., y Carbonell, J. (2001). La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Medicina Clínica*, 117:492-4.

Callahan, D. (2003). *What Price Better Health? Hazards of the Research Imperative*. Berkeley: University of California Press.

Cantera, L., Cervantes, G., y Blanch, J.M.. (2008). Violència Ocupacional: El caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*; 29 (1), 49-58

Carmi-Iluz. T., Peleg, R., Freud, T., & Shvartzman, P. (2005). Verbal and physical violence towards hospital- and communitybased physicians in the Negev: an observational study. *BMC. Health Services Research*. 15, 50-54.

Carpenter, L.M., Swerdlow, A.J., & Fear, N.T. (1997). Mortality of doctors in different specialties, findings from a cohort of 20 000 NHS hospital consultants. *Occupational and Environmental Medicine*. 54, 388-95.

Cervantes, G., Cantera, L., y Blanch, J.M. (2007)Violència 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. *Arch Prev Riesgos Laborales*; 11(1), 14-19.

Chang, E.C., Rand, K.L., & Strunk, D.R. (2000). Optimism and risk for job burnout among working college students: stress as a mediator. *Personality and Individual Differences*. 29, 255-63.

Chappell, D., & Di Martino, V. (2000). *Violence at Work*. Geneva: International Labour Office. (2ª Ed.)

Chiu, M., Wang M., Lu, C., Pan, S., Kumashiro, M., & Ilmarinen, J. (2007). Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nursing Outlook*. 55 (6), 318-26.

Chopra, S.S., Sotile,W.M., &Sotile, M.O. (2004). Physician burnout. *JAMA*, 291-633.

CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) (2007). *Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo*. Ginebra: CIE.

Cohen, J. (2006). The aging nursing workforce, how to retain experienced nurses. *Journal of Health care Management*. 51 (4), 233-45.

COMB (2004 a). *La violència en el lloc de treball. L' experiència dels metges de Barcelona*. Barcelona: Col.legi Oficial de Metges de Barcelona.

COMB (2004 b). *Quaderns de la bona praxi. Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges*. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Cooper, C. L., & Robertson, I. T. (eds.) (2004). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, Vol.19. Chichester: Wiley & Sons.

Cortina, L.M., Magley, V.J., Hunter Williams, J., & Langhout, R.D. (2001). Incivility in the workplace: Incidence and impact. *Journal of Occupational Health Psychology*. 6, 64-80.

Cowie, H., Naylor, P., Rivers I., Smith, P.K., & Pereira, B.(2002). Measuring workplace bullying. *Aggression and Violent Behavior*. 7, (1), 33-51.

Cowin, L., & Jacobsson, D. (2003). The nursing shortage, part way down the slippery slope. *College of Nursing*. 10 (3), 31-35.

Coyne, I., Seigne, E., & Randall, P. (2000). Predicting workplace victim status from personality. *European Journal of Work and Organisational Psychology*. 9, 335-49.

Coyne, I., Smith-Lee Chong, P., Seigne, E., & Randall, P. (2003). Self and peer nominations of bullying: An analysis of incident rates, individual differences, and perceptions of the working environment. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 12 (3), 209-228.

Danesh, V.C., Malvey, D., & Fottler, M.D. (2008). Hidden workplace violence, what your nurses may not be telling you. *Health Care Manager*, 27(4), 357-63.

Davenport, N, Schwartz, R.D., & Elliot, G.P. (2002). *Mobbing. Emotional abuse in the American workplace*. Ames, Io: Civil Society Pub.

Demerouti, E., Bakker, A.B., & Bulters, A. (2004), The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: reciprocal relationships in a three-wave study. *Journal of Vocational Behavior*. 64, 131-49.

Demerouti, E., Verbeke, W. & Bakker, A.B. (2005). Exploring the relationship between a multi-dimensional and multi-faceted burnout concept and self-rated performance. *Journal of Management*. 31,186-209.

Dew K., Keefe V., & Small K. (2005). 'Choosing' to work when sick: workplace presenteeism. *Social Science and Medicine*. 60, 2273-2282.

Diener, E. (1984). Subjective wellbeing. *Psychological Bulletin*. 95 ,542-75.

Di Martino, V. (2002 a). *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 b). *Framework Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health.

Di Martino, V. (2003). *Workplace violence in the health sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health.

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.

Donaldson, S.I., & Grant-Vallone E.J. (2002) Understanding Self- Report Bias in Organizational Behavior Research. *Journal of Business and Psychology*. 17 (2), 245-260.

Doyle, C. E. (2003). *Work and Organizational Psychology*. Hove: Psychology Press.

Drenth, P. J. D., Thierry, H., & de Wolff, C. J. (eds.) (1998). *Handbook of Work and Organizational Psychology*. (4 vols). Hove: Psychology Press.

Dunnette, M.D., & Hough, L. H. (eds.) (1991). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (4 vols.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Duro, A. (2005). Calidad de vida laboral y psicología social de la salud laboral: hacia un modelo de componentes comunes para explicar el bienestar laboral psicológico y la salud mental laboral de origen psicosocial. Fundamentos teóricos. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 56, 15-56.

Duro, A. (2009). Modulación del trabajo: estrategias de adaptación del trabajador para regular las demandas de tarea y persona. *Psicothema*. 21 (1), 105-111.

Einarsen, E., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper C.L. (Eds.) (2003). *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. London/ New York: Taylor & Francis.

Escribà, V. y Bernabé, Y. (2002). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*. 16, 487-96.

Escribà-Agüir, V., Martín-Baena, D., & Pérez-Hoyos, S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 80 (2), 127-33.

Escribà-Agüir, V., & Tenías-Burillo, J.M. (2004). Psychological well-being among hospital personnel, the role of family demands and psychosocial work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 77 (6), 401-8.

Esteva, M., Larraz, C., y Jimenez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia, efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista Clínica Española*. 20, 77-83.

EUROFOUND (2003). *Presenteeism among Sick Workers*. (Irene Houtmann Redactora). Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Consultado el 2 de marzo de 2009.
<http://www.eurofound.eu.int/working/2003/12/NL0312NU02.htm> .

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.

Fernández, J. (2002). El entorno de la violencia psicológica en el trabajo: ¿entre el "buen salvaje" y el "homo homini lupus"? *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 20 (2), 351-385.

Fernández-López, J.A., Fernández-Fidalgo, M., Martín-Payo, R. & Rödel, A. (2007). Job stress and quality of life of primary care health-workers, evidence of validity of the PECVEC questionnaire. *Atención primaria*. 39 (8), 425-31.

Ferns, T. (2006). Violence and aggression in the emergency department: Factors impinging on nursing research. *Accident and Emergency Nursing*. 14 (1), 49-55.

Finlayson, M., Aiken, L., & Nakarada-Kordic, I. (2007). New Zealand nurses' reports on hospital care, an international comparison. *Nursing Praxis in New Zeland*, 23 (1), 17-28.

Firth-Cozens, J. (2003). Doctors, their wellbeing, and their stress. *British Medical Journal*. 326, 670-681.

Fitzgerald, D.C. (2007). Aging, experienced nurses, their value and needs. *Contemporary nurse*, 24 (2) , 237-242.

Fort, M., Mercer, M. A., & Gish, O. (Eds.) (2005). *Sickness y Wealth: The Corporate Assault on Global Health*. Cambridge Massachusetts: South End.

Frank, E. (2004). Physician health and patient care. *JAMA*, 4,291-637.

Frank, E., Biola, H., & Burnett, C.A. (2000). Mortality rates and causes among U.S. physicians. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 155-9.

Frank, E., Brogan, D.J., Mokdad, A.H., Simoes, E.J., Kahn, H.S., & Greenberg, R.S. (1998). Health-related behaviors of women physicians vs other women in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 158 (4), 342–348.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 12, 72-83.

Freudenberger, H.J., & Richelson, G. (1980). *Burnout: The High Cost of High Achievement*. Garden City, NY: Doubleday.

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. (2005). *Cuarta Encuesta Europea sobre las condiciones de trabajo*. Consultado el 14 de octubre de 2008. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/78/es/1/ef0678es.pdf>

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. (2007). *Annual review of working conditions in the EU 2006–2007*. Consultado el 2 de marzo de 2009. <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0702028s/tn0702028s.htm>

Gascón, S., Olmedo, M., y Ciccotelli, H. (2000). La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 8, 55-66.

Gates, D. Ross, C., & McQueen, L. (2006) Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine*. 31 (3) 331-337.

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.

Gérvás, J., y Hernández-Monsalve, L.M. (1994). La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria. *Medicina Clínica*. 103,421-2.

Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

Gil-Monte, P., y Peiró, J.M.(1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D., y Núñez-Román, E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 107-123.

Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Wang, S., & Lynch, W. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 398-412.

Golembiewski, R.T.; Boudreau, R.A.; Munzenrider, R.F., & Luo, H.(1996). *Global Burnout: A worldwide Pandemic explored by the Phase Model*. Greenwich, Conn.: Jai Press.

González de Rivera, J. L. (2002). *El Maltrato psicológico. Cómo defenderse del mobbing y otras formas de acoso*. Madrid. Espasa Calpe.

Grau, A., Suñer, R., y García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*.19 (6).

Greenberg, D. S. (2003). *Science, Money and Politics: Political Triumph and Ethical Erosion*. Chicago: University of Chicago Press.

Greider, K. (2003). *The Big Fix: How the Pharmaceutical Industry Rips Off American Customers*. New York: Public Affairs.

Grinyer, A., & Singleton, V. (2000). Sickness absence as risk-taking behaviour: a study of organizational and cultural factors in the public sector. *Health, Risk & Society*, 2, 7-21.

Gullone, E., & Cummins, R. (Eds.)(2002). *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators: A Multi-Disciplinary and Multi-National Perspective*. New York: Springer.

Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2008). Going ill to work – What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?. *Social Science and Medicine*, 67, 956-964.

Henderson, A.D. (2003). Nurses and workplace violence, nurses' experiences of verbal and physical abuse at work. *Nursing Leadership*, 16 (4), 82-98.

Hirigoyen, M.F. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós.

Hogan, P., Moxham, L., & Dwyer, T. (2007). Human resource management strategies for the retention of nurses in acute care settings in hospitals in Australia. *Contemporary nurse*, 24 (2), 189-99.

Hörte, L.G., Hedberg, A., Theorell, T., Allander, E., & Malke, H. (1987). Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 139-43.

Hutton, S. (2008). Workplace incivility and productivity losses among direct care staff. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 56 (4), 168-75.

Íñiguez, L., y Sánchez-Candamio, M. (coords.) (2007). *Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya*. Resum Executiu.UAB-Direcció General de Planificació i Avaluació- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Jackson, M., & Ashley, D. (2005). Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18(2), 114-21.

Jankowiak, B., Kowalczyk, K., Krajewska-Kułak, E., Sierakowska, M., Lewko, J., & Klimaszewska, K. (2007). Exposure the doctors to aggression in the workplace. *Advanced Medical Science*, 52 (1), 89-92.

Janus, K., Amelung, V.E., Gaitanides, H., & Schwartz, F.W.(2007). German physicians "on strike"--shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Polic.*, 82 (3), 357-65.

Johansson, G., & Lundberg, I. (2004). Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Social Science & Medicine*. 58, 1857-68.

Juel, K., Mosbech, J., & Hansen, E.S. (1997). Mortality and causes of death blant Danish medical doctors 1973-1992. *Ugeskr Physicians*. 159, 6512-8.

Karasek, R.A. (1998). Demand/control model: a social, emotional, and psychological approach to stress risk and active behaviour development. In J.M. Stellman, (Ed.). *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (pp.34.6-34.14). Geneva: International Labour Office.

Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Kassirer, J. P. (2004). *On the Take: How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*. New York: Oxford.

Kawachi, I., & Kennedy, B. (2003). *The Health of Nations: Why Inequality is Harmful for Your Health*. New York: New Press.

Kisa, S., & Kisa, A. (2006). Job dissatisfaction among public hospital physicians is a universal problem. *Health care manager*, 25 (2), 122-9.

Kowalenko, T., Walters, B.L., Khare, R.K., & Compton, S. (2005). Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Annals of Emergency Medicine*. 46 (2), 142-147.

Kristensen, T.S., Borg V, & Hannerz, H. (2001). Socioeconomic status and psychosocial work environment: Results from a national Danish study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 3, 41-48.

Kumar, S. (2007). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6 (3), 186-9.

Krug, E.G., et al. (Eds.) (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization. Consultado el 20 de octubre de 2008.
<http://www.violencestudy.org/a172>

Kwok, R.P., Law, Y.K., Li, K.E., Ng, Y.C., Cheung, M.H., Fung, V.K., Kwok, K.T., Tong, J.M., Yen, P.F., & Leung, W.C. (2006) Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*. 12, 6-9.

Lee, R.T., & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*. 81, 123-33.

Leyman, H. (1996). The content and development of Mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5 (2) 165-184.

Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). *Mobbing and the development of PTSD. European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 251-275.

Lindeman, S., Laara, E., Hakko, H., & Lonnqvist, J. (1996). A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *British Journal of Psychiatry*, 168, 274-279.

Llorens, S., García, M., y Salanova, M. (2005). Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 21 (1-2), 55-70.

Lu, H., Aunque, A.E. & Barriball, K.L. (2007). Job satisfaction and its related factors, a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *International journal of nursing studies*, 44 (4) ,574-88.

Lyneham, J. (2000). Violence in New South Wales Emergency Departments. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 18 (2), 8-17.

Magin, P.J., Adams, J., Sibbritt, D.W; Joy, E., & Ireland, M.C. (2005). Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. *Medical Journal of Australia*. 183 (7), 352-356.

Maguire, J., & Ryan, D. (2007). Aggression and violence in mental health services: Categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14, 120-127.

Manassero, M.A., Vázquez, A., Ferrer, V.A., Fornés, J., y Fernández, M.C. (2003). *Estrès y burnout en la enseñanza*. Palma de Mallorca. Edicions UIB.

Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed., Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). *Job burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52,397-422.

May, D.D., & Grubbs, L.M. (2002). The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emerging Nursing*. 28(3), 191-197.

McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, D., & Holland, W.W. (1998). Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health Medicine*. 19, 295-300.

McManus, I.C., Winder, B.C., & Gordon, D. (2002). *The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors*. *Lancet*, 15, 359, 2089-90.

McMurray, J.E., Linzer, M., Konrad, T.R., Douglas, J., Shugerman, R., & Nelson, K. (2000). The work lives of women physicians results from the physician work life study.

The SGIM Career Satisfaction Study Group. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 372-380.

Milisen, K., Abraham, I., Siebens K., Darras, E., & Dierckx de Casterlé, B., BELIMAGE Group.(2006). Work environment and workforce problems, a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6),745-54.

Miller, N.H., Katz, V.L., & Cefalo, RC. (1989). Pregnancies among physicians. A historical cohort study. *Journal of Reproductive Medicine*. 34, 790-6.

Moreira, J.M., y Álvarez, M.C. (2002).Clima organizacional y estrès en una unidad de alto riesgo. *Emergencias*, 14, 6-12.

MOW. International Research Group. (1987). *The Meaning of Working*. London: Academic Press.

Navarro, V. (Ed.) (2002). *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health y Quality of Life*. Amityville, NY: Baywood.

Navarro, V. (2003). The inhuman State of US Health Care. *Monthly Review*. 55 (4), 1-7.

Nicholson, N. (1977). Absence behaviour and attendance motivation: a conceptual analysis. *Journal of Management Studies*. 14, 231-52.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2004). *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers*. Washington, DC: U.S. Department of Labor, OSHA. Consultado el 26 de abril de 2007 en <http://www.osha.gov/Publications>.

OIT/ CIE/ OMS/ ISP (2002) *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo/ Consejo internacional de Enfermeras/ Organización Mundial de la Salud/ Internacional de Servicios Públicos.

Oliver, A., Grací-Layunta, M., y Tomás, M. (2006). Modelo Estructural para evaluar los predictores del bienestar psicológico en trabajadores del sector sanitario. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*; 9 (2), 61-66.

Organización Mundial de la Salud (2006). *El Informe sobre la salud en el mundo 2006 – Colaboremos por la salud*. Consultado el 15 de febrero de 2008. <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2007). *El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*. Consultado el 15 de febrero de 2008. <http://www.who.int/whr/2007/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2008). *El Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca*. Consultado el 14 de octubre de 2008. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr38/es/index.html>

Paoli, P., & Merllié, D., (2001). *Third European survey on working conditions 2000*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities/ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Parent-Thirion, A, Fernández, E, Hurley J., & Vermeylen, G. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Parkes, K. (1994). Personality and coping as moderators of work stress processes: Models, methods and measures. *Work Stress*; 8, 110-129.

Peiró, J.M., y Prieto, F. (eds.).(1996). *Tratado de Psicología del Trabajo*.(2 vols.). Madrid: Síntesis.

Pharoah, P.O., Alberman, E., Doyle, P., & Chamberlain, G. (1977). Outcome of pregnancy among women in anaesthetic practice. *Lancet*, 1, 34-6.

Phelan, S.T. (1988). Pregnancy during residency, II. Obstetric complications. *Obstetrics and Gynecology*. 72, 431-6.

Piko, B.F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff, a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 43 (3), 311-8.

Portela, L.F., Rotenberg, L., & Waissmann, W. (2004). Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working under 12 h night and day shifts. *Chronobiology International*. 21 (6), 859-70.

Pranjić, N., Males-Bilić, L., Beganlić, A., & Mustajbegović, J. (2006). Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina, survey study. *Croatian Medical Journal*. 47 (5), 750-8.

Rafferty, A.M., Clarke, S.P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M., & Aiken, L.H.(2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals, cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (2) ,175-82.

Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research: A Critical Introduction*. London: Sage.

Reinhart, T., Chavez, E., Jackson, M., & Mathews, W.C. (2005). Survey of physician well-being and health behaviors at an academic medical center. *Medical Education*. 10, 1-15.

Riley, G.J. (2004). Understanding the stresses and strains of being a doctor. *The Medical Journal of Australia*, 181 (7), 350-353.

- Rimpelä, A.H., Nurminen, N.M., Pulkkinen, P.O., Rimpelä, M.K., & Valkonen, T. (1987). Mortality of doctors, do doctors benefit from their medical knowledge? *Lancet*, *1*, 84-6.
- Rioli, L., & Savicki, V.(2003). Optimism and coping as moderators of the relation between work resources and burnout in information service workers. *International Journal of Stress Management*. *10*, 235-52.
- Rohlf, I., Arrizabalaga, P., Artacoz, L., Borrell, C., Fuentes, M., y Valls, C., Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS) (2007). *Salud, Estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya*. Barcelona: Fundació Galatea.
- Rowe, M.M., & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing, do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, *13* (3), 242-8.
- Royal College of Physicians (Working Party).(2005). Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clinical Medicine*. *5* (6), 5-40.
- Rumsey, M., Foley, E. Harrigan, R., & Dakin, S. (2007). *National Overview of Violence in the Workplace*. Australia: Royal College of Nursing.
- Ryan, D., & Maguire, J. (2006). Agresión and violence. A problem in Irish Accident and Emergency departments. *Journal of Nursing Management*. *14* (2) 106-115.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables: una perspectiva desde la psicología positiva. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.). *Psicología Positiva: Bases científicas del bienestar y la resiliencia*. Madrid: Alianza.
- Salanova, M., Llorens, S., y García, M. (2003). ¿Por qué se están quemando los profesores? *Prevención, Trabajo y Salud*, *28*, 16-20.
- Salanova, M., Llorens, S., García, M., Burriel, R., Bresó, E., and Schaufeli, W. (2005). Towards a four dimensional model of burnout: A multi-group factor-analytic study including depersonalization and cynicism. *Educational and Psychological Measurement*. *65* (5), 901-913.
- Salanova, M., Martínez, I.M., y Llorens, S. (2005). Psicología Organizacional Positiva. En F. Palací (Coord.), *Psicología de la Organización* (pp. 349-376). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Salanova, M., y Schaufeli, W.B. (2004). El engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, *261*, 109-138.
- Salanova, M., y Schaufeli, W.B. (2009). *La vinculación psicológica en el trabajo (work engagement)*. Madrid: Alianza.

Samman, E. (2007). Psychological and Subjective Well-being: A Proposal for Internationally Comparable Indicators. *Oxford, UK: Oxford Development Studies*.

Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*. 25, 1-23.

Schaufeli, W.B., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Research and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.

Schaufeli, W.B., Maslach, C., & Marek, T. (Eds.). (1993). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Schopper, D., Lormand, J.D., & Waxweiler, R. (Eds.) (2006). *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planner*. Geneva: World Health Organization.

Shirom, A. (2003), Job related burnout: a review. In Quick, J.C., Tetrick, L.E. (Eds). *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp.245-64). Washington, DC: APA.

Schultz, A.B., y Edington, D.V.(2007). Employee Health and Presenteeism: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 17 (3), 547-579.

Sebo, P., Bouvier, M., Goehring, C., Kunzi, B., & Bovier, P.A. (2007). Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians, a cross-sectional survey. *BioMedical Central Public Health*. 12, 7-15.

Schernhammer, E.S., & Colditz, M.D. (2004). Suicide rates among physicians, a quantitative and gender assessment (Meta-Analysis). *American Journal of Psychiatry*. 161, 2295-2302.

Senuzun Ergün, F., & Karadakovan, A. (2005). Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Nursing Review*. 52(2), 154-60.

Simpson, R. (1998). Presenteeism, power and organizational change: long hours as a career barrier and the impact on the working lives of women managers. *British Journal of Management*. 15, 37-52.

Siu, O.L. (2002). Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of advanced nursing*. 40 (2), 218-29.

Stewart, D.E., Ahmad, F., Cheung, A.M., Bergman, B., & Dell, D.L. (2000). Women physicians and stress. *Journal Women's Health Gender Based Medicine*. 9, 185-190.

Sonnetag, S. (2005). Burnout research: adding an off-work and day-level perspective. *Work & Stress*. 19, 271-5.

Suchitra, P. (2008). Work-family conflict and psychosocial work environment stressors as predictors of job stress in a cross-cultural study. *International Journal of Stress Management*, 15(1), 22-42.

Sveinsdóttir, H. (2006). Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 20 (2), 229-37.

Sveinsdóttir, H., Biering, P., & Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses, a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 34, 101-109.

Tehrani, N. (2004). Bullying: A Source of Chronic Post Traumatic Stress? *British Journal of Guidance and Counselling*. 32 (3), 357-366.

Toyry, S., Rasanen, K., Kujala, S., Aarimaa, M., Juntunen, J., Kalimo, R., Luhtala, R., Makela, P., Myllymaki, K., Seuri, M., & Husman, K. (2000). Self-reported health, illness, and self-care among finnish physicians, anational survey. *Archives of Family Medicine*. 9, 1079-85.

Verhaeghe, R., Vlerick, P., Gemmel, P., Van Maele, G., & De Backer, G. (2006). Impact of recurrent changes in the work environment on nurses' psychological well-being and sickness absence. *Journal of advanced nursing. Belgium*, 56 (6), 646-56.

Waitzkin, H. (2003). *At the Front Lines of Medicine: How the Health Care System Alienates Doctors y Mistreats Patients...y What We Can Do About It*. New York: Rowman & Littlefield.

Warr, P.B. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford, UK. Oxford University Press.

Weiler, A. (2006 a). *Annual Review of Working Conditions in the EU: 2005–2006*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Weiler, A. (2006 b). *Quality of work and employment 2006*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Wells, K.B., Lewis, C.B., & Ware, J.E. (1984). Do physicians preach what they practice?. A study of physicians health habits and counseling practices. *JAMA*. 252, 2846-48.

WHO. (2003). *The World Health Report 2003 - Shaping the Future*. Genève: World Health Organization.

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

WHO (2007). *The World Health Report 2007 - A Safer Future: Global Public Health Security in The 21st Century*. Genève: World Health Organization.

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.

World Bank (1993). *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

World Bank (2006). *Las prioridades de la salud*. Washington, D.C: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.

Yildirim, A., & Yildirim, D.(2007). Mobbing in the workplace by peers and managers, mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8),1444-53.

Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini H., & Holz, M. (2001), Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*. 16, 527-45.

Zapf, D., Dormann, C., & Frese, M. (1996). Longitudinal studies in organizational stress research: a review of the literature with reference to methodological issues. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1, 145-69.

Zuger, A. (2004). Dissatisfaction with medical practice. *New England Journal of Medicine*. 350, 69-75.