



ASEPEYO



Agressions en centres sanitaris



Agressions en centres sanitaris

Asepeyo, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 151

1a edició, juny de 2020

Autors:

Servei de Prevenció Mancomunitat de l'Hospital Sant Joan de Déu
Dra. Inés Dalmau Pons i Olga Nadal Castán.

Direcció de Recursos Humans de l'Hospital Sant Joan de Déu
Mónica Inchuste Grassi

Direcció de Prevenció Asepeyo
Evarist Llenas Torrent, Toni Perramon Lladó i Jordi Serra Pallisa

Direcció de Prestacions Asepeyo
Sílvia Ferré Sanz

Direcció d'Assistència Sanitària Asepeyo
Dra. Maria Puget Bosch

Maquetació: Direcció de Relacions Externes Asepeyo

Referència: R1P20154

Reservats tots els drets en totes les llengües i a tots els països

www.asepeyo.cat

Índex

Presentació	7
1. Introducció	9
2. Situació actual. Context	11
2.1. Registre d'agressions a Espanya	13
2.2. Context Pime	15
3. Conceptes i tipus de violència	17
3.1. Termes relacionats	19
3.2. Perspectiva legal. Codi penal	20
4. Prevenció i control d'agressions	23
4.1. Sector sanitari. Factors de risc	24
4.2. Protocol d'actuació. Sistema de notificació	26
5. Gestió de l'agressió. Abans, durant i després de l'incident	29
5.1. Mesures preagressió	30
5.2. Detecció i gestió d'una agressió	30
5.3. Actuació postagressió	34
5.4. Enfocament prestacional	36
5.5. Pacients de salut mental	37
6. Resum: Bones pràctiques davant les agressions	39
7. Bibliografia	41

Presentació

Malauradament, als centres sanitaris es produeixen episodis freqüents de violència verbal i física contra el personal sanitari o administratiu que duu a terme les seves comeses amb professionalitat.

Malgrat que és un problema amb greus connotacions perfectament identificat, la tendència en aquests últims anys és de creixement o estabilització d'un elevat nombre de casos, tal com es desprèn de diversos estudis, entre els quals hi ha els dels observatoris nacionals d'agressions a personal sanitari de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) o del Consell General d'Infermeria (CGI).

Amb aquesta monografia, Asepeyo, en col·laboració amb Inés Dalmau —experta en gestió d'agressions en centres sanitaris—, vol conscienciar de la magnitud del problema i difondre bones pràctiques sobretot entre directius, supervisors i personal amb responsabilitats preventives en els centres esmentats. La nostra intenció és que els òrgans de decisió impulsin mesures que ajudin a pal·liar aquestes situacions.

Aquestes mesures passen indefectiblement per la sensibilització i motivació dels equips directius i de supervisió, així com per la formació adequada tant del personal sanitari com de l'administratiu, que hauria de ser capaç d'acarar amb serenor les situacions de tensió a les quals es veu enfrontat i de desescalar-les.

Per això, en aquest document es posa l'accent en la manera d'actuar davant aquestes situacions. S'hi detallen les mesures adequades abans, durant i després de l'agressió, a més de presentar els principals conceptes i les dades estadístiques pel que fa al cas.

Esperem que aquesta publicació, en què han col·laborat les direccions d'Assistència Sanitària i Prestacions d'Asepeyo, sigui útil i possibiliti invertir la tendència per aconseguir que les agressions en centres sanitaris siguin esdeveniments excepcionals en vies d'extinció, amb l'esforç i la implicació de tothom.

Dra. Inés Dalmau Pons

Professora de la Universitat de Barcelona
Psicòloga de l'SPM a l'Hospital Sant Joan de Déu

Evarist Llenas Torrent

Director de Prevenció d'Asepeyo



1. Introducció

El 14 de març l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) commemora el *Dia Nacional contra les Agressions en l'Àmbit Sanitari*, una data que es recorda des de l'assassinat d'un metge de família a Moratalla (Múrcia) l'any 2009. L'objectiu d'aquesta celebració és sensibilitzar les empreses i els seus directius, els professionals sanitaris, els ciutadans i les administracions públiques del greu problema que signifiquen les agressions en els centres assistencials perquè afecta de forma substancial l'activitat sanitària i, per tant, la mateixa sanitat, que és un dels pilars bàsics de la nostra societat del benestar.

El lema "Davant les agressions a sanitaris, tolerància zero" serveix per conscienciar i per ajudar els professionals de la salut a gestionar preventivament i jurídicament aquesta lacra. Les agressions no només són un problema de violència en si mateix, sinó que comporten un deteriorament de la relació fonamental de confiança entre metge i pacient, i repercuteixen greument en la salut i la qualitat de vida del professional agredit.

Darrere la violència contra el personal sanitari hi ha diferents elements que poden precipitar-ne l'aparició. El patiment i el dolor afavoreixen les situacions de conflicte en la comunicació personal professional-pacient, però també ho fan la pressió, la manca de recursos i la sobrecàrrega assistencial, que poden minvar la capacitat del professional per fer front a aquesta mena de situacions.

El concepte violència té un contingut més ampli que la mera agressió física (pegar, colpejar, empènyer, disparar, etc.) i inclou altres conductes susceptibles de violentar i intimidar qui les pateix, conductes verbals o físiques amenaçadores, intimidatòries, abusives i acusadores, relatives a la producció d'un dany corporal més o menys immediat.

Un dels problemes que s'han identificat és que no es para prou esment als abusos verbals o les amenaces o que s'assumeixen com a part del mateix treball. Tanmateix, poden tenir importants efectes sobre les persones que els pateixen i fins i tot sobre els altres treballadors que en són testimonis. De vegades aquests efectes no són immediats, sinó a llarg termini i, com la resta de riscos psicosocials, també depenen de les diferents percepcions individuals.

Hi ha estudis i publicacions que insisteixen en els greus efectes que la violència té en alguns casos, **que poden arribar a inhabilitar psicològicament les persones**, tant per fer la seva feina diària com en la seva esfera social. El seu impacte també es veu en l'àmbit organitzatiu perquè afecta la productivitat i genera una degradació de l'ambient laboral.

La menor o major gravetat dels seus efectes sobre la salut general dels professionals estarà directament relacionada amb la intensitat de l'exposició del lloc de treball, és a dir, la freqüència i l'impacte de situacions de violència, però també amb la situació individual de les persones afectades. En aquest sentit, no només entren en joc patrons de

personalitat, sinó els recursos propis de què disposi cada persona per fer front a aquesta situació, tant en l'entorn laboral com en l'àmbit familiar o social. Els reforços socials de companys i amics, l'experiència dels treballadors o fins i tot les seves possibilitats d'actuació, poden ajudar que els danys a la salut no siguin tan greus davant una situació de violència.



2. Situació actual. Context

La violència s'ha incrementat progressivament durant els últims anys. És freqüent trobar notícies als mitjans de comunicació sobre tota mena de situacions de violència, majoritàriament en l'àmbit privat, però també en l'entorn laboral. Dins l'entorn laboral, destaca especialment l'àmbit sanitari.

La primera resposta internacional a aquesta situació es va produir l'any 2002 amb la publicació de les Directrius Marc per fer front a la Violència Laboral en el Sector de la Salut, adreçades a conscienciar sobre la violència en aquest camp i a donar orientacions sobre el seu tractament.

Les dades de la **6a Enquesta Europea sobre Condicions Laborals** (6a EWCS) que va dur a terme Eurofound l'any 2015 en relació amb temes de violència, assetjament i discriminació a la feina, desvelen que, d'un total de 3.364 enquestats a Espanya, en l'últim mes, un 8% dels treballadors han afirmat que han patit ofenses verbals, un 4% amenaces, un 4% comportaments humiliants i un 1% violència física (en tot un any).

Els treballadors de serveis i els venedors són els que reiteradament tenen indicadors superiors tant en ofenses verbals com en amenaces, assetjament/intimidació, violència física i atenció sexual no desitjada. Pel que fa al sector, també destaquen repetidament les activitats relacionades amb la Salut, l'Administració Pública i Defensa o el Transport.

En el sector serveis, els treballadors que pertanyen a centres de treball amb 250 o més treballadors són els que més manifesten ofenses verbals (15%), amenaces (10%) i violència física (4%) en la seva feina. En empreses d'entre 10 i 250 treballadors els percentatges són lleugerament menors, un 10% d'ofenses verbals, un 6% d'amenaces i un 1,5% de violència física.

Taula 10. Col·lectius més exposats a violència, assetjament o discriminació segons activitat econòmica i ocupació*

	Activitat econòmica	Ocupació	Total
Discriminació per edat (1)	Indústria (4%)	-	2 %
Violència física (1)	Activitats administratives, auxiliars i financeres (4%)	Treballadors de serveis i venedors (3%)	1 %
Assetjament/intimidació (1)	Salut (5%)	Treballadors de serveis i venedors (6%)	3 %
Ofenses verbals (2)	Administració pública i defensa (4%)	Treballadors de serveis i venedors (11%)	8 %
Atenció sexual no desitjada (2)	Salut (7%)	Treballadors de serveis i venedors (3%)	1 %
Amenaces (2)	Salut (15%)	Treballadors de serveis i venedors (7%)	4 %

Base: Total de treballadors (N=3.364)
(*) Nota: activitats econòmiques i ocupacions les freqüències de les quals superen significativament la mitjana total
(1) En l'últim any
(2) En l'últim mes

En enquestes anteriors, la **VII Enquesta Nacional de Condicions de Treball el 2011** (INSHT, 2012), l'exposició a conductes violentes a la feina es va determinar preguntant als treballadors si, durant els dotze mesos anteriors a l'entrevista, havien estat objecte d'alguna situació violenta en l'àmbit laboral triant entre un llistat de diferents opcions. El 89,1% dels treballadors declara que no ha patit conductes violentes. De l'11% que declara haver patit algun tipus de conducta violenta, el 22,7% ha respost "sovint" i el 84,5% "de vegades". És important destacar que en aquest cas es preguntava sobre l'últim any.

Les conductes violentes a les quals els treballadors indiquen haver estat exposats amb més freqüència són: a) agressions verbals, rumors o aïllament social, b) amenaces de violència física i c) violència física comesa per persones que no pertanyen al seu lloc de treball. Les discriminacions per discapacitat, orientació sexual o religió són les conductes violentes menys esmentades pels treballadors (vegeu Taula 22).

TAULA 22. VII Enquesta nacional de condicions de treball	
Conductes violentes a la feina	% Treballadors
Conductes violentes a la feina	3,8
Amenaces de violència física	0,6
Violència física comesa per persones que pertanyen al seu lloc de treball	2,4
Violència física comesa per persones que no pertanyen al seu lloc de treball	0,4
Pretensions sexuals no desitjades (assetjament sexual)	7,3
Agressions verbals, rumors o aïllament social	0,6
Discriminació per edat	0,8
Discriminació per nacionalitat	0,6
Discriminació sexual/discriminació per gènere	0,4
Discriminació per raça, origen ètnic o color de la pell	0,1
Discriminació per religió	0,1
Discriminació per discapacitat	0,1

Base: Total de treballadors. Pregunta de resposta múltiple

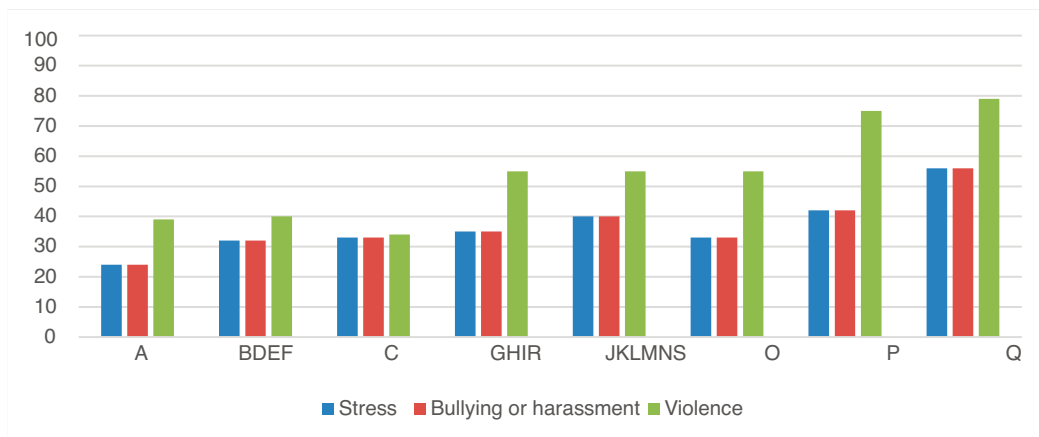
Per branca d'activitat, i en consonància amb el que s'ha exposat anteriorment, els treballadors de les **Activitats sanitàries i socials** i els treballadors de l'**Administració Pública** i educació són els que estan més exposats a agressions verbals, rumors o aïllament social (17,9% i 12,1%, respectivament), i a amenaces de violència física (9,6% i 7,8%) i violència física comesa per persones que no pertanyen al seu lloc de treball (6,4% i 5,1%).

Es destaca que la manifestació de simptomatologia de tipus psicossomàtic és significativament més elevada en els treballadors exposats a conductes violentes a la feina que en aquelles persones que no són objecte d'aquests comportaments. Així doncs, s'observa que els treballadors exposats a aquestes conductes dupliquen el percentatge de queixes de mal de cap, problemes per agafar el son i estrès, ansietat o nerviosisme, davant dels treballadors que diuen que no hi estan exposats.

D'altra banda, pel que fa a l'activitat realitzada per les empreses per prevenir riscos psicosocials, en concret les situacions de violència, les dades de la **tercera Enquesta**

Europea d'Empreses sobre Riscos Nous i Emergents (ESENER-3) realitzada per l'Agència Europea per a la Seguretat i la Salut a la Feina (**EUOSHA**) l'any **2019** indiquen que Sanitat, Educació i Serveis Socials són els sectors que més sovint disposen d'un pla d'acció per fer front a l'estrès, l'assetjament o la fustigació i la violència procedent de persones externes. En tots els casos la seva freqüència és significativament més alta que la mitjana de sectors (la pregunta sobre violència està adreçada a centres de més de 19 treballadors en què hi ha tracte amb clients, pacients, alumnes, etc.).

Figure 7. Action plan and procedures in place against psychosocial risks, by activity sector group (% establishments, EU28), 2019.



Base: all establishments in the EU-28 employing 20 or more employees, ESENER-3 (2019). Procedures on violence asked only to those reporting 'having to deal with difficult customers' to be present as a health risk factor.

NACE Rev. 2 sections: A: Agriculture, forestry and fishing. B, D, E, F: Construction, waste management, water and electricity supply. C: Manufacturing. G, H, I, R: Trade, transport, food/accommodation and recreation activities. J, K, L, M, N, S: IT, Finance, Real estate and other technical scientific or personal service activities. O: Public administration. P: Education. Q: Human health and social work activities

Suposa un increment de més del 15% en 5 anys, comparada amb la segona enquesta ESENER-2 del 2014.

2.1. Registre d'agressions a Espanya

A Espanya, en els últims anys, s'han multiplicat les investigacions destinades a provar d'establir les característiques i dimensions reals d'aquest tipus de violència i això ha permès una millor caracterització del fenomen, tot i que no s'ha aconseguit definir completament alguns dels seus aspectes, ja que encara hi ha una heterogeneïtat conceptual, metodològica i/o avaluadora de les investigacions.

Segons dades del Ministeri de Sanitat del 2012, cada dia es produïen a Espanya al voltant de 55 agressions a infermers/eres. Això significava més de 20.000 agressions a l'any dirigides a aquest col·lectiu.

Al Ple del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut del juny de 2014 es van conèixer les dades de l'Informe sobre agressions a professionals del Sistema Nacional de Salut, postulat com a "primer document oficial sobre aquest tipus d'agressions". Segons aquest informe, més de 30.000 professionals sanitaris van patir agressions a Espanya en el període comprès entre el 2008 i el 2012. D'aquestes agressions, un 80% van ser de tipus verbal.

Les dades dels dos paràgrafs anteriors, en comparació amb les que es detallen tot seguit, mostren el principal problema a l'hora de dimensionar la magnitud del problema: **la majoria de les agressions verbals o físiques que es llancen contra els professionals en centres sanitaris ni es registren ni es denuncien**. Per motius culturals (generalment, els sanitaris pensen que determinades agressions verbals no són motiu de denúncia), a causa del cansament acumulat davant situacions reiterades que no s'han solucionat o senzillament per por, en molts centres sanitaris s'acaben tolerant uns nivells d'agressivitat sense cap mena de dubte inacceptables.

Segons les dades de totes les comunitats autònomes compilades pel **Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social**, el nombre de notificacions es continua incrementant. L'any **2018 es van notificar un total de 9.741 agressions** (15,89 per cada 1.000 professionals del Sistema Nacional de Salut).

La majoria de les notificacions van ser de dones (73%), amb edats compreses entre els 35 i els 55 anys (56%). Un 33% les va presentar personal facultatiu, un 30% personal d'infermeria i un 17% auxiliars. La majoria van ser generades per pacients (69%) i eren de tipus verbal (amenança o insults) (81%).

El lloc en què es produeix l'agressió varia: principalment es produeix a les consultes, en hospitalització, a urgències, a les unitats de psiquiatria, a admissió i, per últim, un 4% al domicili/la via pública. Les causes al·legades principalment són: en un 43% l'atenció rebuda, amb un percentatge sensiblement més baix, el mateix acte sanitari o administratiu realitzat, les demandes de l'usuari i alienes a l'organització o assistència prestada.

D'altra banda, les dades registrades a l'**Observatori d'Agressions de l'Organització Mèdica Col·legial** des del 2010, recollides a través dels 52 col·legis de metges d'Espanya, **indiquen que les agressions pugen a 490 casos l'any 2018**, el 59% dels quals correspon a metgesses. En el 61% dels casos s'ha presentat denúncia després de l'agressió.

En aquest cas, per comunitats autònomes, les que han registrat un nombre més elevat d'agressions denunciades als col·legis han estat Andalusia, Madrid i Catalunya, tot i que la incidència més alta per cada mil col·legiats s'ha produït a Melilla, Extremadura, Cantàbria i Andalusia.

Pel que fa als agressors, la gran majoria són pacients, tant programats com no programats; la resta, acompanyants.

Quant a les causes principals de les agressions, **gairebé la meitat es produeix per discrepàncies en l'atenció mèdica**; en percentatges inferiors, per l'espera a l'hora de ser atès, per no prescriure el que el pacient proposa, en relació a la incapacitat laboral, per discrepàncies personals, pel mal funcionament del centre o per informes que no estan d'acord amb les seves exigències.

Segons la mateixa font, del total d'agressions, el 14% dels casos van provocar lesions (40% físiques i 60% psíquiques) i el 17% van comportar baixa laboral.

A més, segons les dades de l'**Observatori Nacional d'Agressions a Infermeres i Infermers** del Consell General d'Infermeria, l'any 2018 es van registrar un total de **1.469 agressions dirigides** a personal d'infermeria, de les quals un 70% van ser verbals i un 30% físiques.

Respecte de les resolucions judicials, **entre el 2017 i el 2018, hi va haver 93 sentències sobre agressions a personal sanitari, de les quals més de la meitat es van considerar delictes lleus i la resta, delictes amb gravetat variable**. El 75% van ser condemnatòries, el 17% absolutòries i hi va haver acord en el 7,5% dels casos. Segons el tipus de condemna, gairebé la meitat van ser multes, altres van comportar privació de la llibertat (20%), el 14% van suposar privació de drets i inhabilitació i el 5% van exigir mesures de seguretat.

Per acabar, a Catalunya, en el registre formal més antic de violència en centres sanitaris plasmat a **violenciaocupacional.cat** des de l'any 2005, s'inclouen 68 centres notificadors des dels seus serveis de prevenció, que cobreixen un total de 28.900 professionals de la salut. Cal destacar que el **2018 es van registrar un total de 783 notificacions**.

Per categoria professional, la majoria de les notificacions són fetes per **personal d'infermeria (70%)**, la resta, per personal facultatiu i administratiu (29% i 9%, respectivament). En aquest cas un terç dels casos succeeix en plantes d'hospitalització, altres urgències (25%) i en consultes (13%).

Una dada que cal destacar és que en un **terç dels casos l'agressor és reincident**. En tres quartes parts de les notificacions l'agressor és el mateix pacient. En aquest registre es tipifica el tipus d'agressor: en el 50% dels casos l'agressor es troba en un estat d'agitació, en la resta, en un estat de frustració o la seva conducta respon a una estratègia. Més de la meitat de les notificacions recollides pel servei de prevenció són verbals (55%), la resta són físiques (28%) i simbòliques (15%) (gestos intimidatoris, invasió de l'espai personal, ostentació d'armes, associada a violència verbal o física o no).

Fins avui els estudis que s'han dut a terme són fonamentalment de tipus descriptiu i han analitzat centres concrets i/o determinats registres de comunitats autònomes. Malauradament no disposem d'un registre obligatori unificat d'agressions a professionals sanitaris a Espanya. Això seria desitjable per millorar la comprensió i prevenció del fenomen.

2.2. Context Pime

Fora dels grans hospitals i clíniques, amb àmplies plantilles i molts pacients, hi ha nombrosos centres sanitaris de dimensions reduïdes, com ara centres dentals, de radiodiagnòstic, de podologia, consultes mèdiques privades, etc., que també estan exposats a situacions de violència verbal i física contra els professionals sanitaris.

Les directrius i bones pràctiques davant les agressions que es detallen en aquesta publicació són aplicables a tota mena d'empreses. Tenint en compte que una pime no té les mateixes possibilitats quant a recursos personals i materials que una empresa gran, **cal adaptar les bones pràctiques que impliquin inversions a una escala inferior.**

Per exemple, una mesura preventiva que s'esmenta en els procediments d'actuació davant de situacions de violència és la creació d'una comissió específica per tractar la problemàtica formada pels diferents col·lectius afectats del centre de treball. En una pime, aquesta comissió se substituirà per un petit grup de treball, dues o tres persones, que analitzi periòdicament aquestes situacions.

Un altre exemple de bones pràctiques preincident que s'han d'adaptar a les pimes són les relatives a la protecció del lloc de treball quant a càmeres de vídeo, control d'accés i/o personal de seguretat. Aquestes costoses mesures es poden substituir per precaucions més econòmiques i fàcils d'aplicar, com per exemple botons d'alarma que es poden accionar des de la pantalla d'un ordinador, disposició d'espais que no aïllin els sanitaris (amb ajuda de portes que permetin la visió exterior) o consultes col·lectives per a pacients conflictius.



3. Conceptes i tipus de violència

Podem trobar una primera definició de violència en l'àmbit de la salut. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha definit la violència com "l'ús deliberat de la força física o el poder ja sigui en grau d'amenaça o efectiu, contra un mateix, una altra persona o un grup, o comunitat, que causi o tingui moltes probabilitats de causar lesions, mort, danys psicològics, trastorns del desenvolupament o privacions" (OMS, 2002).

Pel que fa a l'àmbit laboral pròpiament dit, l'Organització Internacional del Treball (OIT) també va definir la violència el 1984, però el 2019 el seu Conveni 190 sobre l'eliminació de la violència i l'assetjament en el món laboral defineix un concepte únic per assegurar que es comprenen i s'afronten els diferents comportaments inacceptables. Estableix que:

- a) l'expressió "**violència i assetjament**" en el món del treball designa un conjunt de comportaments i pràctiques inacceptables, o d'amenaques d'aquests comportaments i aquestes pràctiques, tant si es manifesten només un cop com si ho fan de manera repetida, que tinguin per objecte, que causin o que siguin susceptibles de causar, un dany físic, psicològic, sexual o econòmic, i inclou la violència i l'assetjament per raó de gènere
- b) l'expressió "**violència i assetjament per raó de gènere**" designa la violència i l'assetjament contra les persones per raó del seu sexe o gènere, o que afecten de manera desproporcionada persones d'un sexe o gènere determinat, i inclou l'assetjament sexual.

En el mateix conveni, sense perjudici del que es disposa als apartats a) i b), s'afegeix que la violència i l'assetjament es poden definir en la legislació com un concepte únic o com a conceptes separats.

Anteriorment, l'Acord marc europeu de violència i assetjament 2007 va indicar que es produeix assetjament quan es maltracta un o més treballadors o directius diverses vegades i deliberadament, se'ls amenaça o se'ls humilia en situacions vinculades amb el treball i que, en canvi, es parla de violència quan es produeix agressió d'un o més treballadors o directius en situacions vinculades al treball.

La principal diferència és que **l'assetjament fa referència a una acció continuada de maltractament** que succeeix de forma reiterada i en diverses ocasions, mentre que la **violència seria un acte concret i puntual** d'agressió, ja sigui física o psicològica, cap a una altra o unes altres persones. Aquesta diferència també pot ser d'intensitat: en l'assetjament els actes d'amenaça o humiliació serien lleus, però se succeeixen de forma habitual o repetida, mentre que en la violència l'acte d'agressió ha de ser prou greu per arribar a tenir aquesta consideració.

D'altra banda, cal recordar que, des del punt de vista tècnic de prevenció de riscos laborals, es defineix l'assetjament psicològic a la feina com l'"exposició a conductes de violència psicològica dirigides de forma reiterada i prolongada en el temps cap a una o

més persones per part d'una/es altra/es que actua/en davant d'aquella/es des d'una posició de poder (no necessàriament jeràrquica). Aquesta exposició es dona en el marc d'una relació laboral i comporta un risc important per a la salut" (NTP 854 del INSHT).

Pel que fa a l'origen de la violència, el 2010 les Directrius multisectorials per solucionar la violència i l'assetjament a tercers a la feina van establir la diferència entre la violència que es produeix en el lloc o centre de treball entre les persones que hi presten serveis, **violència interna**; i la violència que té l'origen en la conducta de tercers o persones que no estan treballant en el lloc de l'agressió, que inclou clients o usuaris dels serveis o persones que duen a terme conductes desviades o fins i tot delictives, **violència externa**.

Des de l'àmbit de la prevenció, en concret des dels riscos psicosocials, resulta útil disposar d'una classificació dels possibles actes de violència que poden ocórrer amb motiu o amb ocasió de la feina. Una de les més difoses és la que va elaborar Occupational Safety and Health (OSHA). S'hi distingeixen tres tipus de violència:

- 1) **Violència tipus I.** Aquest grup es caracteritza perquè aquells que duen a terme les accions violentes **no tenen cap relació legítima de tracte amb la víctima**.

És a dir, no hi ha un tracte comercial o d'usuari entre el perpetrador i la víctima. Els casos més habituals fan referència a accions amb ànim de robatori. El risc més gran de patir violència d'aquest tipus el tenen els establiments comercials, els bancs, les persones que treballen amb intercanvi de diners, medicaments, els taxistes, etc.

- 2) **Violència tipus II.** En aquests casos **hi ha alguna mena de relació professional entre el causant de l'acte violent i la víctima**. El primer pot ser una persona que rep un servei que s'ofereix al lloc afectat pel fet violent o que ofereix la mateixa víctima, és a dir, que pot ser un client, un pacient, un consumidor, etc. Normalment, aquests fets violents es produeixen mentre s'ofereix el servei del tipus relatiu a personal sanitari, professors, la seguretat pública, venedors o altres treballadors del sector públic o privat que ofereixen serveis professionals, etc.

- 3) **Violència tipus III.** En aquest tipus de violència l'agressor té alguna mena d'implicació laboral amb el lloc afectat o amb algun treballador concret d'aquest lloc. Molts són els escenaris que es poden plantejar en aquest grup: el més comú és aquell en què **hi ha una implicació laboral directa entre l'agressor** (per exemple, un empleat actual o que ja no ho és) i el **treballador-víctima** (company, superior o subordinat). Un altre cas és aquell en què hi ha una relació personal entre tots dos subjectes (cònjuge, excònjuge, parents, amics). Més rarament sol existir una implicació més indirecta; per exemple, el perpetrador tria un lloc determinat (no tant les persones que hi treballen) perquè té rancor i animadversió cap a aquesta organització perquè per a ell té una càrrega representativa o simbòlica.

Pel que fa al tipus d'accions podem parlar dels següents tipus de violència:

- **Verbal.** Paraules vexatòries, crits, gestos, frases de menyspreu, insults, amenaces, coaccions i injúries.
- **Física.** Empentes, puntades de peu, cops de puny, cops de cap, bufetades, esgarrapades, mossegades, violacions, punyalades i trets. També inclou la intimidació amb amenaces físiques.
- **Psicològica.** Els dos tipus d'agressions anteriors tenen implícita l'agressió psicològica associada que genera al professional i que pot donar lloc a la denominada síndrome d'estrès posttraumàtic.
- **Dany a la propietat.** Robatori, malmetement del mobiliari i/o les instal·lacions del centre i les pertinences del mateix professional.

3.1. Termes relacionats

Alguns dels termes més freqüentment utilitzats en relació amb la violència són:

Agressió. Qualsevol acte violent, ja sigui colpejar, empènyer, esgarrapar, atacar sexualment o realitzar qualsevol atac físic o verbal que es produeixi durant o com a resultat de la prestació d'un deure i que resulta en mort, lesió física, perjudici psicològic o dany de la propietat.

S'hi inclou l'agressió sexual. En el sentit general, és qualsevol acció contrària al dret d'un altre, i en sentit estricte, l'acció o l'efecte d'atacar. En síntesi, qualsevol escomesa dirigida violentament contra una persona per causar algun dany als seus béns, ferir-la o matar-la. És equivalent al concepte d'incident violent.

Una definició de **violència** circumscrita al lloc de treball, àmpliament utilitzada, és "qualsevol incident en què la persona és abusada, amenaçada o agredida en circumstàncies relacionades amb la seva feina, amb un impacte explícit o implícit en la seva seguretat, el seu benestar i la seva salut" (Chapell i Di Martino, 2006). Es considera que la violència física no és l'únic tipus de violència que provoca grans impactes en la salut del treballador, la que s'infringeix de manera repetitiva, que danya gradualment la integritat psicològica i emocional de l'afectat, pot arribar a tenir repercussions més grans. Altres conceptes relacionats són:

- **Abús.** L'ús d'un poder, d'una facultat, d'una situació, d'un dret, més enllà del que és raonablement lícit, o amb finalitats diferents de les que persegueix la llei.
- **Amenaça.** Acció d'intimidat algú amb l'anunci de causar a la seva persona, a la seva família o a altres persones amb les quals estigui vinculada, un mal que constitueixi delictes d'homicidi, lesions, avortament, contra la llibertat, tortures i contra la integritat moral, la llibertat sexual, la intimitat, l'honor, el patrimoni i l'ordre socioeconòmic (art. 169 Codi penal).

- **Coacció.** Constrènyer la voluntat d'algú de dir o fer alguna cosa, sigui justa o no. Acció d'impedir amb violència que un altre faci el que la llei no prohibeix, o de compel·lir-lo a efectuar el que no vol fer, sigui just o injust (art. 172 Codi penal).
- **Conflicte interpersonal.** Qualsevol desacord entre dues o més persones amb tendències o interessos contradictoris que provoquen una situació d'enfrontament entre les dues parts.
- **Injúria.** L'acció o expressió que lesiona la dignitat d'una altra persona, menyscabant la seva fama o atemptant contra la seva pròpia estimació.

3.2. Perspectiva legal. Codi penal

L'entrada en vigor, el juliol del 2015, de la reforma del Codi penal i els seus efectes sobre els articles 550 i 551 contempla la possibilitat que **les agressions a sanitaris que treballen en el sector públic es puguin considerar, en qualsevol cas, delictes d'atemptat contra l'autoritat**. Conseqüentment, això implica penes més greus i l'existència d'un criteri legal ferm al qual els magistrats poden recórrer en dictar sentència.

Tanmateix, hi ha experts que han defensat que la resposta penal no és la ideal per a la prevenció d'aquestes violències i que només s'hauria d'impulsar un cop hagin fracassat la resta de vies. Aquests experts sostenen que el seu ús "de manera acomodaticia" podria donar lloc a resolucions injustes o a la ineficàcia de la norma en el càstig de les actuacions per a les quals es va crear. A més, ara també inclou la intimidació, un terme que genera una inseguretat jurídica gens aconsellable en la jurisdicció penal.

Delictes d'"**Atemptat contra l'autoritat o funcionari públic**": acció d'atacar l'autoritat, els seus agents o funcionaris públics, o utilitzar la força contra ells, intimidar-los greument o fer-los resistència activa greu, quan estiguin executant les funcions dels seus càrrecs o amb motiu d'aquestes. Es considera funcionari públic aquell que per disposició immediata de la llei o per elecció o per nomenament d'autoritat competent participi en l'exercici de funcions públiques (art. 550 Codi penal).

Per tant, des del 2015 s'obre la porta, tot i que ja els havia inclòs en la jurisprudència, al fet que els professionals sanitaris puguin ser víctimes d'aquest delictes, però **a priori només quan siguin funcionaris**.

Una altra de les consideracions que cal tenir en compte és que els delictes d'atemptat es poden cometre per mitjà de conductes molt diferents, la gravetat de les quals pot ser molt desigual. Per aquesta raó, s'han modificat les penes reduint el límit inferior de la pena que es pot imposar. Una sensible millora és que s'especifiquen més aquells supòsits d'atemptat en què concorren circumstàncies de les quals deriva la seva especial

reprotxabilitat: l'ús d'armes o objectes peril·losos; s'afegeix; llançament d'objectes contundents, líquids inflamables o corrosius; atac amb un vehicle de motor; i, per acabar, qualsevol altra acció que comporti un perill per a la vida o que pugui causar lesions greus.

D'altra banda, recentment s'ha aprovat la **Instrucció 3/2017**, de la Secretaria d'Estat de Seguretat, **sobre mesures policials que cal adoptar davant de les agressions a professionals de la salut**. Aquesta instrucció, tal com indica literalment, "posa en marxa diferents mesures per a la millora general de la seguretat en centres d'atenció primària i hospitalaris, així com la disminució de l'increment de la inseguretat del personal facultatiu i sanitari, durant el desenvolupament de la seva feina o amb ocasió d'aquesta. Fruit de l'augment de la tensió experimentada en les relacions entre aquests últims i els mateixos usuaris del sector, es fa necessari desenvolupar aquest instrument". Aquesta instrucció recull la creació de la figura de l'Interlocutor Policial Territorial Sanitari, que vehicularà la comunicació entre les Forces i Cossos de Seguretat i els responsables dels centres sanitaris o les persones destinades a aquest efecte de cada zona.

És important destacar que el **2015 ja es va actualitzar la Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària**. Anteriorment els articles 10 i 11 de la Llei 14/1986 General de Sanitat sobre drets i deures dels pacients i, posteriorment, la Llei 41/2000, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica reforçava i ampliava el concepte d'autonomia del pacient i la importància que el nostre ordenament jurídic atorga al respecte als seus drets i al paper cada cop més actiu de les persones en relació amb la salut.

També, d'una manera especial en l'àmbit de les conselleries de Sanitat autonòmiques, s'han posat en marxa diferents plans de prevenció destinats a combatre específicament aquest tipus de violència. En alguns casos és possible trobar-los i consultar-los lliurement. Fins i tot, alguna administració autonòmica ha arribat a categoritzar aquestes conductes agressives i a fer-les subsidiàries de sancions econòmiques.

Curiosament, de forma una mica paradoxal, alhora que es produeix aquest desenvolupament legislatiu, es consolida un escenari de creixent violència cap als treballadors sanitaris.





4. Prevenció i control d'agressions

En l'àmbit de la prevenció de riscos, tal com estableix l'article 7 sobre Protecció i Prevenció de la **Recomanació 206 de l'OIT sobre l'eliminació de la violència i l'assetjament en el món del treball** (OIT, 2019), els treballadors i els seus representants haurien de participar en l'elaboració, l'aplicació i el seguiment de la política del lloc de treball. Aquesta política hauria:

- a) d'afirmar que la violència i l'assetjament no es toleraran.
- b) d'establir programes de prevenció de la violència i l'assetjament, si s'escau, amb objectius mesurables.
- c) de definir els drets i les obligacions dels treballadors i de l'ocupador.
- d) de contenir informació sobre els procediments de presentació de queixes i investigació.
- e) de preveure que totes les comunicacions internes i externes relacionades amb incidents de violència i assetjament es prenguin en consideració degudament i s'adoptin les mesures que corresponguin.
- f) de definir el dret de les persones a la privacitat i la confidencialitat, mantenint un equilibri amb el dret dels treballadors a estar informats de tots els riscos.
- g) i d'incloure mesures de protecció dels denunciants, les víctimes, els testimonis i els informants davant la victimització i les represàlies.

Al seu torn, a l'article 8, s'indica que l'**avaluació de riscos** al lloc de treball hauria de tenir en compte els factors que augmenten les probabilitats de violència i assetjament, fent una atenció especial als perills i riscos que impliquin tercers, com ara clients, proveïdors de serveis, usuaris, pacients i el públic, i es derivin de la discriminació, l'abús de les relacions de poder i les normes de gènere, culturals i socials que fomenten la violència i l'assetjament.

Això vol dir que el pes de la responsabilitat de resoldre els conflictes i les conductes hostils o de violència no s'ha de deixar només als treballadors, sinó que **l'organització, i especialment els seus directius, han de disposar d'estratègies, polítiques i procediments per fer-hi front i que és l'empresari qui ha de tenir la responsabilitat de la seva prevenció.**

Les organitzacions que es prenen seriosament la prevenció del risc de violència i decideixen adoptar una política de no tolerància són les més efectives en el tractament d'aquests temes. Algunes de les estratègies que s'han mostrat útils són:

- No témer fer-hi front i incloure-la com una prioritat.
- Crear procediments actius.

- No utilitzar la disciplina com a eina punitiva, sinó per aconseguir el canvi.
- Tractar de manera imparcial i objectiva les persones que manifesten aquestes conductes.
- Assegurar que no hi haurà represàlies ni recriminacions davant les queixes.
- Contemplar la noció de dignitat en les normes internes.
- Facilitar un sistema de recollida i tractament de la informació.
- Dissenyar una política pròpia adaptada a l'organització.

Actualment, hi ha diferents aproximacions per facilitar la gestió preventiva de la violència. Cal destacar la que el 2011 va publicar l'INSHT, el model operatiu per a la gestió de la violència ocupacional d'origen extern (AIP 201, INSHT, 2011). Tot i que té les seves limitacions, es tracta d'una aplicació informàtica que facilita el control de la possible aparició d'incidents de violència ocupacional externa. Està orientada principalment a les pimes i, dins d'aquestes, a les que desenvolupen la seva activitat en l'àmbit de la sanitat, l'hostaleria, l'educació, el transport i l'emmagatzematge.

4.1 Sector sanitari. Factors de risc

Prevenir les agressions en el sector de la salut de manera efectiva i eficient requereix tenir en compte el context. En l'àmbit sociocultural, la violència de tercers integra comportaments amb connotacions agressives com un fenomen universal i visible en els més diversos espais geogràfics, moments històrics, tipus d'organització i categories professionals. Comportaments que també es manifesten en la vida quotidiana en general i en els àmbits específics del maltractament infantil, la violència familiar i de gènere.

Malauradament, diverses modalitats de violència a la feina inclouen actituds, gestos i comportaments que durant molt de temps han estat considerats, pel sentit comú, la moral quotidiana i el mateix dret penal i laboral, expressions culturals tolerables, disculpables, gairebé "naturals" i "normals".

Últimament, una progressiva sensibilització, conscienciació i mobilització social estan contribuint a canviar decisivament la visió de les múltiples modalitats de maltractament laboral com a qüestions greus, urgents i rellevants tant des del punt de vista social com des del punt de vista polític i d'organització.

A continuació, es descriuen alguns aspectes específics que són especialment rellevants en el sector de la Salut:

- El caràcter sovint no intencionat, imprudent o negligent de molts d'aquests comportaments violents d'usuaris o acompanyants, en situacions d'estrès i tensió, en què de vegades per descompensació derivada d'una patologia, puguin actuar de manera agitada.
- La gran responsabilitat que existeix en l'acte mèdic, les importants conseqüències a tots els nivells, tant a nivell de pacient, com professional o institucional, d'un possible

error en l'activitat sanitària ("primera, segona i tercera víctima"). Elements que es tracten i es gestionen des de **les àrees de qualitat i/o seguretat del pacient**.

- La complexitat en la presa de decisions de les actuacions assistencials, la seva relació i les seves conseqüències amb altres facetes legals, socials i la seva evolució. Per exemple: l'actuació davant una situació de fuga d'un pacient, l'enregistrament d'actes assistencials, l'exigència d'un determinat tractament mèdic segons les certeses d'Internet, el tracte amb pares separats o acompanyants en conflicte, la facilitació de determinada informació d'usuari (per exemple, número d'habitació) segons la llei de protecció de dades, quan demanar la col·laboració de cossos de seguretat, etc.
- **El gran coneixement i la difusió en general dels drets del pacient. Moltes vegades els deures del pacient i/o acompanyants no són tan coneguts ni respectats.** Es tracta d'empreses del sector serveis que no tenen reservat el "Dret d'admissió".
- La gestió dels pacients reincidentes. De vegades, les situacions de violència es repeteixen entre el mateix professional i el pacient. Quan es produeix aquesta situació normalment s'intenta canviar el professional i sol millorar la reincidència, però de vegades això no és possible. Es tracta de situacions força complexes de solucionar i requereixen intervencions molt específiques..

Des d'un punt de vista de riscos psicosocials, s'han compilat alguns dels principals factors de risc d'agressió:

- Relacionats amb l'**organització de la feina**
 - Defectes en la informació i l'atenció facilitada a l'usuari.
 - Demora en l'assistència i llargues esperes.
 - Falta d'informació institucional o contradictòria.
 - Sobrecàrrega de treball dels professionals.
 - Entorns aïllats.
 - Horari de treball en solitari.
 - Sales d'espera i llocs comuns inadequats.
 - Accés a objectes de valor o necessaris per a la salut.
 - Contacte amb un gran nombre de persones.
 - Entorn socialment o econòmicament deprimat.
 - Manca de mesures de seguretat, etc.
- Relacionats amb **el treballador**:
 - Manca d'habilitat de comunicació o empatia amb els usuaris.
 - Interferència dels problemes personals a la feina.
 - Desconeixement de l'organització en què es treballa o dels circuits.
 - Negatives no raonades a les sol·licituds de l'usuari.
 - Determinades actituds d'intolerància, prepotència, etc.

- Relacionats amb l'**usuari**:
 - Persones amb trets de personalitat impulsius, baixa resistència a la frustració o agressivitat.
 - Persones que persegueixen un benefici personal fraudulent.
 - Persones amb expectatives superiors o diferents, amb experiències prèvies negatives.
 - Persones que han consumit substàncies o medicaments que alteren el seu estat mental (alcohol, cocaïna, etc.).
 - Persones amb inestabilitat psicològica, trastorns psiquiàtrics, etc.

4.2. Protocol d'actuació. Sistema de notificació

Tal com s'ha descrit anteriorment, moltes organitzacions del sector ja disposen d'un **protocol o procediment de prevenció i actuació davant de situacions de violència**. Sens dubte, es tracta d'una mesura imprescindible per gestionar aquest risc. De vegades inclouen tota mena de violència i de vegades són específics d'agressions.

L'estructura bàsica d'aquest tipus de protocols és força similar: justificació, definicions, objecte i àmbit d'aplicació, procediment d'actuació (inclou valoració inicial, de vegades informal, inici del procediment i/o mesures preventives), investigació (de vegades constitució d'una comissió), mesures d'actuació (registre de situacions de violència, estratègies de sensibilització i formació, etc.), seguiment i control, garanties del procediment i, per últim, annexos (habitualment inclouen un model de registre, la comissió, funcions dels implicats, etc.).

Una altra bona mesura preventiva per a centres de treball amb un volum elevat de treballadors, que millora la integració de la prevenció del risc d'agressions a l'empresa, és l'establiment d'un **Grup de treball o Comissió específica**. Aquest grup o comissió hauria d'estar format per representants de gerència i/o direcció mèdica i infermeria, treball social i atenció a l'usuari, seguretat, servei de prevenció i delegats de prevenció.

Les funcions principals d'aquesta comissió són:

- Investigar i analitzar els incidents violents registrats i determinar si cal adoptar alguna acció concreta. També ha de comunicar la decisió al professional i al pacient.
- Adoptar les mesures preventives i/o legals que escaiguin. Incloses les que escaiguin en cas d'agressor reincident.
- Fer el seguiment de les mesures ja impulsades. Aquestes poden estar relacionades amb els sistemes de control i les mesures de seguretat implementades, la informació i formació dels professionals, l'assessorament i el suport a la víctima, la participació dels professionals en els criteris per avaluar, prevenir i gestionar els riscos de violència o la difusió interna de la Comissió.

Per acabar, tots els experts estan d'acord en la necessitat de disposar d'un sistema de notificació i **registre d'agressions o incidents violents**. N'hi ha molts exemples. Precisament aquest és un dels problemes detectats a l'hora d'intentar quantificar i analitzar aquest risc: l'existència de models tan diferents. Tanmateix, cada cop s'està consensuant més la informació rellevant que cal recollir en cas d'agressió.

La informació mínima rellevant ha d'incloure quatre categories.

- **Identificació de la persona agredida:** sexe, edat, nivell assistencial i categoria professional.
- **Agressió:** agressió física, no física i lloc de l'agressió.
- **Causes al·legades** de l'agressió.
- **Perfil de la persona agressora:** usuari/pacient, familiar/acompanyant, sexe, reincidència.

En el cas de l'àmbit sanitari es recomana, a més, incloure l'estat psicològic inicial de la persona agressora:

- **Agitació**, persona amb patologia propiciatòria (trastorn psiquiàtric, drogoaddicció, alcoholisme, etc.) i estat de descompensació aguda, circumstàncies que limiten la capacitat d'autocontrol del propi comportament.
- **Frustració**, persona que temporalment no té control emocional a causa d'una vivència associada a una mala notícia, insatisfacció d'aspiracions personals, o descompensació entre demanda i oferta en serveis en sanitat.
- **Estratègia**, adopció racional d'un comportament de violència instrumental com a mitjà per obtenir una finalitat personal (baixa mèdica, recepta, atenció immediata, etc.).

És essencial que tots els empleats coneguin les directrius del protocol, el registre i que comprenguin que qualsevol situació de violència al lloc de treball serà investigada i comportarà un seguiment.





5. Gestió de l'agressió. Abans, durant i després de l'incident

Podem organitzar les mesures preventives en 3 etapes diferents:

- **Prevenició primària o precontacte**, per minimitzar la possibilitat que es produeixin aquestes situacions.
- **Prevenició secundària o contacte**, per prevenir actuacions basades en la resposta a fets ja ocorreguts, adreçades a evitar que els incidents es repeteixin o es compliquin i a oferir recursos per tractar-los.
- **Prevenició terciària o postcontacte**, realitzada a partir del diagnòstic dels efectes sobre la salut i adreçada a oferir ajuda i suport a les persones a les quals s'ha dirigit la conducta.

Segons l'Institut Nacional de Seguretat i Salut en el Treball (INSST, abans INSHT) per prevenir el risc de violència a la feina, aquestes mesures es poden agrupar en:

	Primària	Secundària	Terciària
Organització/Empresari	Polítiques de no tolerància, codis de conducta, formació de comandaments, controls interns.	Procediments de gestió de la situació	Acords col·lectius i programes d'"aftercare"
Treball/tasca	(Re)disseny de l'entorn laboral, avaluació de riscos	Anàlisi de casos, formació (per exemple, en gestió de conflictes), resolució de conflictes, mediació	Programes de restabliment del grup
Interacció treball/persona	Formació (per exemple, en assertivitat)	Suport social, aconsellament	Teràpia, aconsellament

A continuació, es descriuen exemples de bones pràctiques d'actuació en la gestió del risc d'agressió, abans, durant i després d'un incident violent.

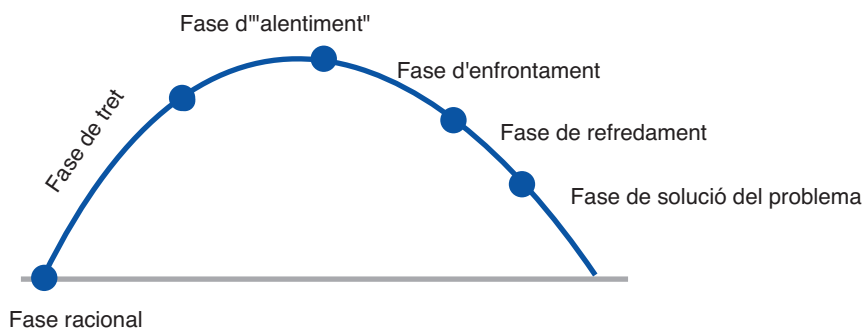
5.1. Mesures preagressió

Abans que es produeixi la situació de violència es recomanen, de manera específica, mesures preventives per a:

- Formar els treballadors perquè sàpiguen quina mena de conducta no és acceptable, què han de fer si són testimonis o víctimes d'un acte de violència al lloc de treball i com s'han de protegir a si mateixos en cas de violència.
- Protegir el lloc de treball. Allà on sigui apropiat, disposar de càmeres de vídeo, dispositius d'alarma, control d'accessos i/o personal de seguretat. Disposar d'un camí de fugida i d'una il·luminació adequada.
- Desenvolupar un sistema de notificació d'incidents violents. Incloure'ls, quan sigui pertinent, com a accidents laborals.
- Limitar la quantitat d'efectiu disponible, custodiar de forma adequada béns desitjables: medicaments, segells, determinats tipus de claus, etc.
- Dotar el personal que ho necessiti amb telèfons, dispositius de comunicació i/o alarmes fàcilment accionables. Mantenir el contacte freqüent i conèixer la seva localització.
- Dotar els professionals amb informació relativa al lloc al qual s'han de dirigir davant d'un incident violent i al moment en què ho han de fer, números de telèfon de cossos de seguretat, mediació, superior jeràrquic, etc., les persones que poden actuar en funció de cada situació.
- Fer saber als empleats que no han d'entrar en llocs en què no se sentin segurs. Desenvolupar directrius i procediments per als treballadors que fan serveis a domicili. Els treballadors han de poder negar-se a oferir serveis en una situació visiblement perillosa.
- Donar informació institucional necessària i adequada als pacients i ciutadans en tot moment.

5.2. Detecció i gestió d'una agressió

Habitualment, la violència segueix un curs gradual. S'inicia en situacions en què es comença parlant i es va passant a cotes de més intensitat. La reacció de les persones que estan al voltant pot contribuir a determinar el curs dels esdeveniments en un sentit o en un altre. És el que coneixem com a **escalada i desescalada** del conflicte.



L'anàlisi encertada **de previsibilitat i anticipació** és essencial per evitar o reduir una situació de violència. Habitualment es poden **detectar indicadors de risc de conducta violenta** (pròdroms):

- Ús de paraules grolleres, contracció labial que permet veure les dents o contracció intensa dels masseters (múscul de la masticació).
- Assenyalar amb el dit, tancar les mans formant punys, polsar objectes.
- Tensió muscular, canvis de postura freqüents i ràpids sense una finalitat concreta o detenció sobtada de qualsevol moviment.
- Mirada directa i fixa o establiment de contacte ocular prolongat. Quan l'atac és imminent la majoria de les persones fixen la mirada en el punt que agrediran.
- Conducta destructiva amb els objectes.
- Discurs paranoic o coaccionador.
- Demandes poc raonables o sense sentit.

Per **gestionar i desactivar una situació** en què un pacient o un acompanyant es mostra tens o irritable es recomana que el professional sàpiga transmetre els següents senyals verbals i no verbals:

1. Mantenir l'equilibri emocional i no respondre a les provocacions

- Controlar els sentiments negatius que li puguin haver provocat.
- Evitar caure en el terreny de la provocació i mantenir el control ja que es facilita l'escalada.

2. Conversar amb correcció, amb un to tranquil i professional

- Evitar mostrar un to brusc i/o sec.
- Explicar amb molta cura i de forma convincent i raonada els motius pels quals no és possible complir les expectatives del pacient o de l'acompanyant.
- Adreçar-se al pacient amb fermesa i evitar una actitud de prepotència.

En el supòsit que la **tensió del pacient augmenti de forma incontrolable**, malgrat la conducta per frenar-la, caldrà reorientar la conversa:

- a. **Fer un contrabalanç emocional.** Conduir el pacient cap a l'estat d'ànim tranquil que manté el metge. Això es pot aconseguir amb unes habilitats de comunicació adequades per gestionar les emocions i, molt especialment, quan s'és una persona afectuosa i empàtica.

- b. **Alliberar la tensió emocional del pacient.** Deixar que el pacient parli perquè expliqui els seus sentiments, les seves inquietuds, frustracions i aspiracions per tal que alliberi la seva tensió interna.
- c. **Si no està justificat** des d'un punt de vista clínic, **evitar** inicialment **acceptar les seves demandes**.
- d. **Avisar un company** perquè s'integri a l'entrevista amb la finalitat d'ajudar a solucionar el motiu de la tensió.
- e. **Evitar fer qualsevol gest** que el pacient pugui interpretar com un menyspreu.
- f. **Reconèixer les possibles deficiències pròpies** i de l'organització. Sovint, el reconeixement de les pròpies mancances rebaixa la tensió del pacient i es pot restablir la correcta interrelació en el desenvolupament de la visita.
- g. **Manifestar els propis sentiments al pacient.** En aquelles situacions en què el professional no pugui controlar les pròpies emocions, especialment després d'haver rebut insults greus o vexatoris, és convenient que mostri al pacient els seus sentiments de tristesa i malestar causats per l'incident, independentment que es pugui optar per denunciar-lo, tot i que no és prudent parlar d'aquesta opció.

Aquesta actitud podria fer que el pacient reflexioni i s'adoni de les possibles conseqüències de la seva conducta.

Per gestionar adequadament situacions conflictives es poden tenir en compte algunes recomanacions per gestionar l'energia emocional:



Així mateix, durant l'entrevista amb un pacient o familiar potencialment violent és aconsellable evitar transmetre els següents senyals verbals i no verbals:

Verbals

- Evitar l'ús d'estils comunicatius que generin hostilitat com ara: apatia, fredor, condescendència, menyspreu, impaciència.
- Evitar verbalitzar amenaces, coaccions o insults.
- Evitar paraules com ara "tranquil", dir el que "hauria" i "no hauria" de fer la persona.
- Evitar minimitzar la situació, les queixes o les crítiques.
- Evitar negar-se a escoltar. Avergonyir l'altre. Defensar-se abans d'haver investigat.
- Evitar d'entrada la crítica i el rebuig de les demandes del pacient.
- Evitar transmetre informació que no s'ajusti a la realitat i proposar pactes que no es puguin complir.

No verbals

- Evitar l'adopció d'un llenguatge corporal desafiant o que es pugui interpretar com a hostil o amenaçant: situar-se dempeus en oposició frontal, col·locar les mans als malucs, encreuar els braços, assenyalar amb el dit, etc.
- Evitar el contacte físic i la proximitat excessiva (mantenir-se a una distància aproximadament igual a la longitud del braç). Així ens situem inicialment fora de l'abast de l'altre i no envaïm el seu espai personal.
- Evitar el contacte ocular prolongat.
- Evitar els moviments ràpids i girar-se d'esquena.

Si malgrat tot el que s'ha dit és impossible reconduir la situació, evitar l'escalada de violència i **persisteix la situació potencialment perillosa**, es recomana:

1. Donar per acabada la visita

- Ubicar mentalment una via de fuga. No girar l'esquena.
- Vigilar la interposició de taules i altres elements mobiliaris que puguin bloquejar la via de fuga.
- Comprovar si hi ha botons d'alarma.
- Preparar la sortida de la sala i marxar.

2. Preparar la sortida de la sala si l'agressor ho vol impedir

- Si l'agressor no està armat, caldrà protegir-se emparant-se amb els elements mobiliaris, per situar-se fora de l'abast de l'atac. Si no és possible, el professional en perill té el dret legítim de defensar-se per repel·lir una agressió aplicant els

mitjans d'autodefensa que tingui al seu abast, sempre amb la "mínima força necessària" per repel·lir o neutralitzar l'atac i d'una manera "proporcional al dany que es pretén evitar".

- Cal evitar que aquesta actuació de "legítima defensa" es confongui amb els supòsits de baralla mútuament acceptada. Per tant, s'ha de considerar preferible la fuga de la situació potencialment perillosa com a solució més segura i amb menys risc de dany i evitar, si és possible, la confrontació física i directa.
- Si l'agressor té una arma blanca o una arma de foc, és recomanable no activar l'impuls d'usar-la i, per tant, caldrà seguir les indicacions de l'agressor fins que es pugui avaluar racionalment la possibilitat de defensa efectiva.

3. Fer venir Seguretat i/o un superior o company, previsiblement quan passi un temps i amb l'aparició d'una altra persona amb capacitat de gestió de la seva situació al final es produirà la desescalada. Si s'escau, reclamar la intervenció dels cossos de seguretat.

En resum:

- Detectar antecedents.
- Mantenir la calma i no respondre a les provocacions.
- Mantenir un to neutre i professional, comprensiu però ferm.
- Intentar aconseguir un to de diàleg.
- Prendre precaucions, evitar tenir objectes punxants o contundents a l'abast.
- Si no està justificat des d'un punt de vista clínic, evitar acceptar les seves demandes.
- No girar l'esquena. Preveure un camí de fugida.
- Valorar si cal avisar el responsable i/o Seguretat i/o altres professionals.
- Quan calgui, interrompre l'activitat fins que la situació estigui controlada.

La gran majoria dels experts insisteix que, per millorar la detecció i gestió de situacions de violència, s'ha d'impulsar i mantenir **la formació en prevenció i actuació davant les agressions a tots els professionals**. Aquest tipus de formació pot reduir el nombre, la gravetat i les seqüeles dels incidents. Malgrat això, sovint s'indica que la formació oferta no se sol ajustar a les necessitats pròpies de les diferents categories professionals, i els seus efectes s'han d'avaluar.

5.3. Actuació postagressió

La intervenció i l'assistència davant les lesions produïdes per violència al lloc de treball **ha de tenir les mateixes característiques que les produïdes davant qualsevol accident laboral**. S'efectuarà el registre de la lesió com a accident laboral, la seva investigació sempre que calgui, així com la planificació de les activitats preventives resultants.

Després que s'hagi produït la situació de violència cal:

- Proporcionar atenció mèdica ràpida.
- Oferir informació sobre prevenció i actuació en situacions d'agressió.

- Investigar tots els incidents, fer-ne un seguiment i implementar accions correctives.
- Promoure que els professionals comuniquin i mantinguin un registre d'incidents i que participin en la forma d'evitar situacions similars en el futur

És important donar una resposta ràpida i professional que permeti la recuperació del treballador afectat per un succés traumàtic. Aquest suport s'ha de proporcionar al més aviat possible. De vegades és necessari allargar-lo en el temps, especialment quan les conseqüències físiques o emocionals són duradores.

En les situacions de violència es poden produir **danys físics**, i la gravetat de les lesions és variable: absència de lesió traumàtica visible, contusions úniques o múltiples (hematoma, erosió, excoriació), ferides lleus o superficials, ferides greus (que necessitin sutura o intervenció quirúrgica), ferides molt greus que comportin risc vital, i ferides mortals.

Les lesions físiques se solen acompanyar de **danys psíquics**. En aquest cas també s'han de tractar clínicament.

La seva gravetat depèn de les circumstàncies de l'agressió, de l'estat personal i de l'entorn de la víctima en el moment de l'agressió. Majoritàriament es relacionen amb:

- **Ansietat**, por de continuar exercint la professió, pànic al lloc de treball i diferents somatitzacions com ara gastràlgies, cefalees i contractures musculars.
- **Depressió**, baixa autoestima, sensació d'incapacitat per continuar exercint la professió, tristesa, apatia i manca d'interès pel propi entorn.
- **Estrès posttraumàtic** amb episodis d'insomni i malsons nocturns en què es reviu l'agressió que s'ha patit amb interrupcions freqüents del son que impedeixen la imprescindible reparació del cansament.

Se solen curar o remetre abans que hagi passat un any de l'incident, però un 30% dels casos tendeixen a patir un estrès posttraumàtic crònic. De vegades pot derivar en situacions d'invalidesa per a l'exercici de la professió.

Pel que fa a l'aspecte jurídic, denunciar les agressions davant l'autoritat policial o el jutjat no és obligatori i, en qualsevol cas, és decisió exclusiva de l'afectat fer-ho, així com dur a terme qualsevol altra acció legal (reclamar indemnitzacions per danys i perjudicis), i els mitjans a través dels quals dur-les a terme (sindicats, col·legis professionals, serveis jurídics de l'administració o una altra entitat, etc.), uns actes que sempre es realitzen a títol personal i no per part de l'empresa o el col·legi professional a què està afiliat.

No és substitutiu de la denúncia el fet que la Mútua, per obligació legal, trameti un comunicat al jutjat, ni això implica que s'obrin diligències judicials, ja que de vegades serà necessària la denúncia del perjudicat perquè això es produeixi i es tramiti un expedient davant la jurisdicció penal per falta o delictes de lesions, amenaces o una altra qualificació.

5.4. Enfocament prestacional

Les lesions físiques o psíquiques que pugui patir un treballador com a conseqüència d'una agressió al seu lloc de treball, o en el desplaçament in itinere del domicili al lloc de treball o viceversa, ocasionades per un tercer (en aquest cas, un pacient o els seus familiars), l'empresari o un altre treballador de l'empresa, es poden considerar un accident laboral, tret que aquestes no estiguin relacionades amb la prestació laboral o estiguin provocades per motivacions personals alienes a la feina.

Si es considera l'existència d'accident laboral, la Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social amb la qual l'empresa tingui subscrita la cobertura de les contingències professionals **prestarà l'assistència sanitària i abonarà les prestacions econòmiques que corresponguin en cada cas.**

Per rebre assistència sanitària caldrà aportar el volant d'assistència degudament emplenat i signat per l'empresa en què constin les dades del treballador i una descripció de l'incident succeït, i presentar-lo a qualsevol centre de la xarxa assistencial de la Mútua on el treballador podrà ser atès.

Prèviament es confirmaran els fets referits per mitjà de l'emplenament d'un formulari de recepció. Si les dades aportades al volant per part de l'empresa i la declaració del treballador en el formulari no són coherents, són inversemblants o fan sospitar de circumstàncies que excloguin la laboralitat de l'incident, es podrà sol·licitar més informació o documentació, com ara la còpia de l'atestat o la intervenció policial o la denúncia dels fets, abans d'admetre els fets com a accident laboral.

Després de verificar l'origen professional de les lesions (físiques o psíquiques) i l'assistència mèdica necessària, si aquelles impedeixen la feina i requereixen tractament **mèdic, s'expedirà la baixa laboral, i en aquest cas l'empresa haurà d'emetre el corresponent comunicat d'accident.** En cas contrari haurà d'incloure l'accident en la relació mensual de casos sense baixa mèdica.

En cas de baixa mèdica s'abonarà la corresponent prestació econòmica amb una durada màxima de 12 mesos prorrogable en determinades condicions 6 mesos més. Si queden seqüeles, aquestes seran valorades per l'entitat gestora (Institut Nacional de la Seguretat Social) que, si s'escau, declararà el grau d'incapacitat que escaigui.

5.5. Pacients de salut mental

Capítol especial mereixen les agressions rebudes per pacients a l'àrea de salut mental. Segons les investigacions publicades, **són un problema de salut laboral important a causa de la seva freqüència, però no tant per la seva gravetat.** En la majoria dels casos les lesions físiques que ocasionen són lleus.

Habitualment les conseqüències sobre la salut són greus, en una proporció similar a la d'altres tipus d'accidents i també equivalent en el percentatge d'accidents que requereixen baixa laboral.

En aquest cas és el **personal d'infermeria en general el que rep una proporció més elevada d'agressions**, ja que la seva exposició al risc és molt superior a la de qualsevol altre treballador. La seva relació directa amb el pacient ocupa pràcticament tota la jornada laboral, i la seva feina inclou les activitats professionals en el curs de les quals s'originen amb més freqüència les agressions, com ara: la intervenció en la contenció de pacients agitats, les cures bàsiques dels pacients (ajuda o supervisió en les tasques d'higiene, vestit o afaitat), haver de marcar-los els límits en relació amb comportaments o activitats que poden dur a terme o no i en quins horaris s'han de complir, etc.

Habitualment, els auxiliars d'infermeria són els mediadors més immediats quan sorgeixen problemes entre pacients i, per tant, són els que tenen més probabilitat d'exposar-se a situacions conflictives.

En el tracte amb pacients o acompanyants afectats per un trastorn mental o similar, caldrà tenir una cura especial a detectar "la perillositat" imminent del pacient i el seu nivell de contenció. **En aproximadament la meitat de les situacions no hi ha agitació en el temps previ a l'agressió que permeti anticipar-s'hi.**

En l'àmbit de l'hospitalització psiquiàtrica, els **elements estructurals de seguretat** són un factor fonamental implicat en la prevenció d'agressions:

- Són prioritats fonamentals en el disseny, el benestar i la creació d'un ambient que afavoreixi la contenció i l'autocontrol.
- Disposar d'elements de vigilància en habitacions, passadissos i espais comuns, que permetin el control d'accessos i garanteixin la seva accessibilitat.
- Cal revisar tots els elements que poden significar un perill potencial, que es poden utilitzar com a objectes contundents o tallants contra els professionals, com ara els aplics dels banys, miralls, cordons, vidres, llums, mobiliari, planxes mòbils dels falsos sostres, cortines, coberts, estisores, etc. Eliminar tots aquells elements que no siguin indispensables i segurs.
- L'habitació de cures especials o contenció estarà dotada amb mesures especials de seguretat. Tindrà un circuit tancat de televisió amb supervisió continuada. El llit d'aïllament tindrà fixacions reversibles i dispositius homologats de contenció mecànica.

Un altre aspecte rellevant que cal tenir en compte en la prevenció és **revisar i analitzar els procediments assistencials**. La majoria dels incidents adversos presenten patrons sistemàtics i recurrents que es poden minimitzar segons els factors següents:

- Coordinació i cohesió de l'equip terapèutic: els membres de l'equip han de conèixer i revisar els procediments habituals de la unitat d'hospitalització. La coordinació i confiança entre professionals en situacions de conflicte i contenció és fonamental.
- Transmissió d'informació: compartir informació precisa sobre l'estat actual dels pacients. Es recomana implantar sistemes eficaços de notificació i comunicació d'incidents i agressions.

- Estandardització i protocol·lització de les situacions de risc. Davant una situació d'agressió són aplicables totes les mesures comentades sobre contenció verbal. Però quan amb això no n'hi ha prou, de vegades s'ha de procedir a una contenció física i, si cal, a una contenció mecànica i/o farmacològica del pacient.

La contenció física i mecànica es pot definir com l'ús d'una força que té el propòsit de controlar les accions d'una persona i limitar-ne la llibertat de moviment. S'han d'utilitzar tan infreqüentment com sigui possible i amb les tècniques menys restrictives possible, garantint en qualsevol moment la salut i la integritat dels pacients i dels professionals que hi participen.

Es recomana elaborar un protocol detallat dels procediments que inclogui els mecanismes d'execució, les mesures de seguretat i la formació necessària per a la seva correcta implementació. **El protocol s'ha d'acompanyar amb un registre de contencions.** Aquest registre ha de permetre analitzar i seguir les actuacions realitzades per millorar-les.

Per acabar, volem destacar que avui en dia encara no tenim estudis que aportin evidència científica de qualitat sobre l'eficàcia real de les poques actuacions preventives que s'han dut a terme fins a aquest moment. Però, sens dubte, és una àrea de la prevenció en desenvolupament que esperem que en breu aportï resultats satisfactoris.

6. Resum de bones pràctiques davant les agressions

BONES PRÀCTIQUES ABANS DE L'INCIDENT

- Formar els treballadors perquè sàpiguen quina mena de conducta no és acceptable, què han de fer si en són víctimes o testimonis i com s'han de protegir a si mateixos d'aquestes conductes.
- Desenvolupar un sistema de notificació d'incidents violents. Incloure'ls, quan sigui pertinent, com a accidents laborals.
- Protegir el lloc de treball. Allà on sigui apropiat, disposar de càmeres de vídeo, alarmes, control d'accessos i/o personal de seguretat. Disposar d'un camí de fugida.
- Dotar el personal que ho necessiti amb telèfons, dispositius de comunicació i alarmes fàcilment accionables. Conèixer la seva localització i mantenir-hi contacte freqüent.
- Dotar els professionals afectats amb informació relativa al lloc al qual s'han de dirigir davant d'un incident violent i al moment en què ho han de fer, i quines persones poden actuar en aquests casos.
- Limitar la quantitat d'efectiu disponible, custodiar de forma adequada béns desitjables: medicaments, segells, determinats tipus de claus, etc.
- Fer saber als empleats que no han d'actuar en llocs en què no se sentin segurs, previ avís al seu superior jeràrquic. Desenvolupar directrius per als treballadors que ofereixen els seus serveis a domicili.
- Donar la informació institucional necessària i adequada als pacients en tot moment.

BONES PRÀCTIQUES DURANT L'INCIDENT

- Detectar indicadors de risc de conducta violenta i conèixer antecedents.
- Mantenir la calma i no respondre a les provocacions.
- Mantenir un to neutre i professional, comprensiu però ferm. Correcció.
- Intentar aconseguir un to de diàleg reorientant la conversa. Fer un contrabalanç emocional i evitar minimitzar les queixes.
- Reconèixer les possibles deficiències pròpies i de l'organització.
- Si no està justificat des d'un punt de vista clínic, evitar acceptar les seves demandes.
- Quan calgui, interrompre l'activitat i donar per acabada la conversa fins que la situació estigui controlada.
- Valorar si cal avisar altres professionals del centre de treball i/o el personal de Seguretat
- Prendre precaucions, evitar tenir objectes punxants o contundents a mà, i també la proximitat física excessiva.
- Evitar el contacte ocular prolongat, moviments bruscos i girar l'esquena. Preveure un camí de fugida i la proximitat del dispositiu d'alarma.

BONES PRÀCTIQUES DESPRÉS DE L'INCIDENT

- Proporcionar atenció sanitària ràpida i valorar els danys físics i psíquics.
- Investigar tots els incidents, fer-ne un seguiment i implementar accions correctives.
- Oferir informació sobre prevenció i actuació en situacions d'agressió i també assessorament jurídic i prestacional.
- Promoure que els professionals comuniquin i mantinguin un registre d'incidents i que també participin en la forma d'evitar situacions similars en el futur.



7. Bibliografia

- Asepeyo (2004) Manual Multidisciplinar en PRL. Barcelona: Mútua Col.laboradora amb la Seguretat Social núm. 151.
- Asepeyo (2019): Jordi Serra Pallisa. Direcció de Prevenció. Gestió de l'Energia Emocional: <https://prevencion.asepeyo.es/acciones-preventivas/campanas-prevencion/prevencion-riesgos-psicosociales/>
- Cervantes, G.; Blanch, J.M.; Nogareda, C. y Fidalgo, M. (2016) Modelo operativo para la gestión de la violencia ocupacional de origen externo (MOVOE2). Barcelona, Societat Catalana de Salut Laboral (SCSL).
- Chappell, D. and Di Martino, V., (2006 3ªed.). Violence at work. Geneva: ILO.
- Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Guía para prevenir y gestionar la violencia en el lugar de trabajo contra los médicos. Cuadernos de la Buena Praxis. 2004;17.
- COMB (2004). 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. Quadern 17.
- Comisión de Recursos Humanos del SNS (2019). Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Di Martino, V. (2002). 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., 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.
- Elvira, L. (2011) Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental. Cáceres, Junta de Extremadura.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2019) Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 3). Bilbao, European Agency for Safety and Health at Work.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2002) Factsheet 24 - La violencia en el Trabajo.
- Fidalgo, M.; Gallego, Y.; Ferrer, R.; Nogareda, C.; Pérez, G. y García, R. (2009) NTP 854 Acoso psicológico en el trabajo: definición. Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2015) Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona, CatSalut.
- INSHT (2011) AIP.201 - Modelo operativo para la gestión de la violencia ocupacional de origen externo (MOV0E1). Madrid, INSHT.
- INSHT (2015) Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas. ESENER-2 – 2014 España. Madrid, INSHT.
- INSHT (2017) Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS – Madrid, INSHT.
- Lanctôt N, Guay S. (2014) The aftermath of workplace violence among healthcare workers: systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*;19 (5), pp.492-501.
- Marinas-Sanz, R.; Martínez-Jarreta, B.; Casalod, Y. y Bolea, M. (2016) Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis tras la reciente modificación del Código Penal. *Medicina Clínica*. 2016; 147:35-42.
- Mejías, A.; Carbonell, E.; Gimeno, M.A. y Fidalgo, M. (2011) NTP 891 Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (I). Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Mejías, A.; Carbonell, E.; Gimeno, M.A. y Fidalgo, M. (2011) NTP 892 Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (II). Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Observatorio de riesgos psicosociales UGT (2012). Guía Buenas prácticas sindicales en materia de violencia de terceros. Secretaría de Salud Laboral de la UGT-CEC.
- Organización Internacional del Trabajo (2019) Eliminar la violencia y el acoso en el mundo del trabajo. El Convenio núm. 190, la Recomendación núm. 206, y la Resolución que los acompaña. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo/Consejo Internacional de Enfermeras.
- Organización Mundial de la Salud/Internacional de Servicios Públicos (2002) Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- Parent-Thirion, A.; Biletta, I.; Cabrita, J.; Vargas, O.; Vermeylen, G.; Wilczynska, A. and Wilkens, M. Eurofound (2017), Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update) Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Pérez, J. y Nogareda, C. (1998) NTP 489: Violencia en el lugar de Trabajo. Madrid, INSHT.

- Pérez, J., Nogareda, C., Martín, F. y Sancho, T. (2006) (2º ed)) Mobbing, violencia física y acoso sexual. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rodríguez, M.L.; Maestre, M. y Borda, J. R. (2011) Violencia externa en el trabajo en el sector servicios. Consideraciones generales, notificación y protocolos de actuación. Medicina y seguridad del trabajo. 57, supl. 1.
- Velázquez, M.P. (2019) El convenio 190 de la OIT sobre violencia y acoso en el Trabajo: principales novedades y expectativas. Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF, 437-438, 119-142.
- Villar, M. y Aranaz, J M. (2005) Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental. Archivos de Prevención Riesgos Laborales, 9 (1): 20-27.



Tenim cura de la teva empresa

