

## ESTUDIO CUALITATIVO CON USUARIOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN CONFLICTOS CON PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

PALOMA LÓPEZ-ROS

*Departamento de Ciencias de Comportamiento y Salud.  
Universidad Miguel Hernández, Elche, España.*

REYES LÓPEZ-LÓPEZ\*

*Servicio de Psicología Aplicada, Universidad de Murcia.  
Murcia, España.*

ROBERTO PASCUAL-GUTIÉRREZ

*Departamento de Ciencias de Comportamiento y Salud.  
Universidad Miguel Hernández, Elche, España.*

YOLANDA PINA-LÓPEZ

*Hospital Ibermutuamur, Ibermutua. Murcia, España.*

\*Autora de correspondencia: [reyes.lopezl@um.es](mailto:reyes.lopezl@um.es)

**Resumen:** La preocupación por perseguir entornos sanitarios más seguros y libres de violencia laboral sanitaria ha crecido en los últimos tiempos tanto a nivel de investigación como a nivel institucional. Una cuarta parte de la violencia laboral se produce en el ambiente sanitario. La Atención Primaria no está exenta de ataques violentos y ocupa uno de los sectores más vulnerables, sin embargo, ha sido menos abordada por la literatura. El tipo de violencia más común es la provocada por los usuarios y/o sus familiares hacia el personal sanitario. Se han puesto en marcha numerosos planes de prevención para atacar esta temática e impactar sobre los índices de violencia, pero en su mayoría están dirigidos al personal y queda olvidada la perspectiva del usuario y su implicación en los mismos. El presente estudio tiene como objetivos, por un lado, la elaboración de un paquete de propuestas de prevención e intervención que impliquen al usuario y vayan

dirigidas a minimizar y prevenir la agresión hacia el personal sanitario por parte de los usuarios y/o sus familiares en entornos de Atención Primaria y seguidamente conocer la opinión de los propios usuarios sobre dicho paquete de medidas. Se realizó un estudio cualitativo para la valoración del programa mediante 5 grupos focales y su posterior análisis temático de los datos. Los grupos focales estaban compuestos entre 6-8 participantes. La muestra total de usuarios de Atención Primaria y pertenecientes al Servicio Murciano de Salud fue de 38 participantes. En la primera medida de resultados, las intervenciones se agruparon en 4 bloques: medidas enfocadas a mejorar la comunicación, medidas orientadas a la reducción de la carga de trabajo, medidas orientadas a la creación de nuevas competencias y crecimiento personal/profesional. Una vez agrupadas, los usuarios las evaluaron en función de sus aspectos positivos (comentarios afirmativos sobre las propuestas y beneficios obtenidos), en función de sus aspectos negativos y en función de las características de la puesta en marcha de la intervención. Los usuarios de los servicios de Atención Primaria han aportado comentarios de afirmación y aceptación sobre las intervenciones planteadas, beneficios que creen podrían obtenerse tras la implantación, aspectos negativos que no comparten con las propuestas, características que creían necesarias aclarar y posibles alternativas a tener en cuenta para un mayor éxito en su puesta en marcha. Dentro de todas las propuestas expuestas, las de mayor preferencia y de mayor prioridad entre los usuarios fueron, la contratación del personal administrativo para informar al usuario, la contratación de personal especializado, la incorporación de la asistencia por la tarde, comunicación de los tiempos de espera y la formación del personal en empatía. También, y aunque no fue una medida propuesta, el usuario reclama más tiempo en la consulta diaria. Los usuarios también comentaron a pesar de considerar medidas necesarias, los impedimentos por la falta de recursos para la puesta en marcha de algunas medidas, la poca aceptación que creen que tendrían por parte del personal y las dificultades técnicas de otras.

**Palabras Clave:** Violencia de usuarios, personal sanitario, usuarios, Atención Primaria, estudio cualitativo.

**Abstract:** Concern for pursuing safer healthcare environments free of workplace violence has grown in recent times at both the research and institutional levels. A quarter of workplace violence occurs in the healthcare environment. Primary care is not exempt from violent attacks and occupies one of the most vulnerable sectors, yet it has been less addressed by the literature. The most common type of violence is that provoked by users and/or their relatives towards healthcare personnel. Numerous prevention plans have been implemented to attack this issue and have an impact on the rates of violence, but most of them are aimed at the staff and the perspective of the user and his or her involvement in them is forgotten. The objectives of the present study are, on the one hand, the elaboration of a package of prevention and intervention proposals that involve the user and are aimed at minimizing and preventing aggression towards healthcare

personnel by users and/or their relatives in primary care settings and, secondly, to find out the opinion of the users themselves on this package of measures. A qualitative study was carried out to evaluate the program by means of 5 focus groups and subsequent thematic analysis of the data. The focus groups were composed of 6-8 participants. The total sample of users of Primary Care and belonging to the Murcian Health Service was 38 participants. In the first outcome measure, the interventions were grouped into 4 blocks: measures focused on improving communication, measures aimed at reducing workload, measures aimed at creating new competencies and personal/professional growth. Once grouped, the users evaluated them in terms of their positive aspects (positive comments on the proposals and benefits obtained), in terms of their negative aspects and in terms of the characteristics of the implementation of the intervention. The users of the primary care services provided comments of affirmation and acceptance of the proposed interventions, benefits that they believed could be obtained after implementation, negative aspects that they did not share with the proposals, characteristics that they believed needed to be clarified and possible alternatives to be taken into account for greater success in their implementation. Of all the proposals put forward, those with the highest preference and priority among users were: hiring administrative staff to inform the user, hiring specialized staff, incorporating afternoon assistance, communication of waiting times and staff training in empathy. Also, and although it was not a proposed measure, the user demands more time in the daily consultation. Despite considering some measures necessary, users also commented on the impediments due to the lack of resources for the implementation of some measures, the low acceptance they believe they would have by the staff and the technical difficulties of others.

**Keywords:** User violence, health personnel, users, Primary Care, qualitative study.

## INTRODUCCIÓN

El interés por el bienestar de los profesionales sanitarios ha ido en aumento en las últimas décadas. La Organización Internacional del Trabajo define la violencia laboral como «*cualquier acción, incidente o comportamiento que se aparte de lo razonable por el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra, en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma*». Se engloba dentro de esta definición tanto la violencia física como la no física (OIT, 2016).

Aunque los esfuerzos por establecer las tasas reales de prevalencia es un reto para la investigación por la falta de consenso y claridad sobre qué es un incidente notificable (García-Pérez et al., 2021), estudios internacionales indican que al menos una cuarta parte de la violencia laboral se da en

el sector sanitario (OIT, 2016). La violencia laboral sanitaria se ha convertido en una problemática de preocupación a nivel mundial, se ha observado prácticamente en todos los continentes presentando altas cifras de prevalencia. Según un reciente metaanálisis a nivel internacional encontramos las cifras más altas en América del Norte (46,0%-71,4%), Asia (40,4%-50,7%), Australasia (28,0%-49,4%), América de sur (25,4%-48,3%) y África (21,5%-44,0%) (Liu et al., 2019).

El profesional sanitario se ve sometido a distintos tipos de violencia dentro del sector de la salud. Una de las principales manifestaciones es la violencia sanitaria tipo II, de usuarios, paciente y sus familiares hacia el profesional sanitario (CCOO, 2011; OIT, CIE, OMS, ISP, 2002). Este tipo de violencia es sufrida prácticamente por todos los trabajadores sanitarios, pero la bibliografía pone de manifiesto desigualdades en la prevalencia según el sector al que pertenezca el profesional. Particularmente, las unidades de mayor riesgo son las de Emergencias (Cánovas Pallarés et al., 2021), Salud Mental (de-San-Segundo et al., 2017; Jatic et al., 2019; Ruiz-Hernández et al., 2016) y Atención Primaria (Aliaga et al., 2020; Devi, 2020; Tranche Iparraguirre et al., 2021).

Las consecuencias a este tipo de exposición van más allá de los daños físicos. Tanto profesionales, usuarios y las organizaciones pueden sufrir cambios que afecta tanto a nivel personal como a nivel en la calidad de la atención. Los profesionales manifiestan consecuencias relacionadas con sentimientos de miedo, angustia, vergüenza, síndrome de Burnout e insatisfacción laboral (OIT, 2016). El usuario puede ver perjudicada su relación con el profesional y para las organizaciones supone entre otras consecuencias deterioro en el ambiente, un mayor coste económico debido a las bajas laborales, menor productividad, aumento de accidentes de trabajo y mayores errores de diagnóstico (Altemir y Arteaga, 2018; Chang et al., 2019; Galián-Muñoz et al., 2018; Pérez-Fuentes et al., 2019; Sabbath et al., 2014; Schmidt et al., 2016).

Dada la alta incidencia de violencia sanitaria y sus consecuencias en el personal, esta no queda exenta de la necesidad de introducir nuevas medidas de intervención o prevención dirigidas a minimizar o eliminar la violencia en el sector de la salud. Según el informe presentado por la Comisión Europea en el «Marco estratégico de la Unión Europea en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación» (Comisión Europea, 2021), es necesario nuevas medidas y enfoques en los lugares de trabajo para conseguir ambientes laborales seguros.

La bibliografía apunta que los nuevos modelos de prevención e intervención en violencia de usuario hacia el personal sanitario con mayor éxito son aquellos que incluyen paquetes de medidas de acciones múltiples y con la implicación de todas las partes: cambios en el sistema, propuestas de trabajo con el profesional y propuestas de trabajo con los usuarios (Somani et al., 2021). La perspectiva del profesional ha sido abordada en numerosas

ocasiones y existe una diversidad de estudios cualitativos basados en el personal sanitario que aportan información relevante sobre sus experiencias, sus necesidades, sus sentimientos, sus percepciones y su formación (Dafny y Beccaria, 2020; Maagerø-Bangstad et al., 2020; Ramacciati et al., 2018; Tucker et al., 2020). Sin embargo y a pesar de que en estudios previos demuestran que el usuario recuerda mejor las intervenciones en las que se siente partícipe, las investigaciones no han indagado mucho en este terreno y la implicación del mismo ha quedado olvidado en muchas ocasiones (Fletcher et al., 2019; Somani et al., 2021).

Los estudios que aborden programas de intervención en AP son escasos y en su mayoría desde una investigación cuantitativa y profesional (Galián-Muñoz et al., 2018; López-García et al., 2018). Por eso, tras lo expuesto anteriormente, conocer la perspectiva de los propios usuarios e implicarlo en la propuesta del paquete de medidas preventivas y de intervención sobre el uso del Servicio de AP y el trato recibido por sus trabajadores, ha sido una de las claves de nuestras investigaciones.

Este estudio tiene tres objetivos: en primer lugar extraer aquellas medidas potencialmente elegibles que incluyan propuestas o intervenciones destinadas a minimizar y prevenir la agresión hacia el personal sanitario por parte de los usuarios y/o sus familiares en entornos de Atención Primaria. En segundo lugar, y teniendo en cuenta los resultados del objetivo primero, elaborar un paquete de medidas de intervención o prevención que impliquen al usuario o tengan la intención de provocar un cambio de actitud en el mismo con el objetivo de minimizar y prevenir la agresión. Finalmente, conocer la opinión de los usuarios sobre la propuesta de medidas seleccionadas.

## MATERIAL Y MÉTODO

La preocupación sobre la necesidad de impactar en los índices de violencia para crear una Atención Primaria en entornos más seguros ha sido estudiada ampliamente mediante la investigación cuantitativa (Galián-Muñoz et al., 2018; López-García et al., 2018). Aportar estudios desde una visión cualitativa facilita la recogida de información de tipo verbal basada en la propia experiencia de los participantes y aporta otras visiones a la investigación sobre la temática. Los estudios cualitativos recogen información no establecida en ningún marco preexistente y a partir de los mismos se construyen el marco teórico (Merriam, 2009; Patton, 2002).

Hemos tenido en cuenta igualmente para la planificación de nuestros trabajos, que los nuevos modelos de prevención e intervención en violencia de usuario hacia el personal sanitario, con mayor éxito son aquellos que incluyen paquetes de medidas de acciones múltiples y con la implicación de todas las partes: cambios en el sistema, propuestas de trabajo con el

profesional y propuestas de trabajo con los usuarios (Somani et al., 2021). Existen numerosos estudios cualitativos basados en el personal sanitario que aportan información relevante sobre sus experiencias, sus necesidades, sus sentimientos, sus percepciones y su formación (Dafny y Beccaria, 2020; Maagerø-Bangstad et al., 2020; Ramacciati et al., 2018; Tucker et al., 2020). E incluso a pesar de que en estudios previos demuestran que el usuario recuerda mejor las intervenciones en las que se siente partícipe, las investigaciones no han indagado mucho en este terreno y la implicación del mismo ha quedado olvidada en muchas ocasiones (Fletcher et al., 2019).

Por eso, conocer la perspectiva de los propios usuarios e implicarlo en la propuesta del paquete de medidas preventivas y de intervención sobre el uso del Servicio de Atención Primaria y el trato recibido por sus trabajadores, ha sido una de las claves de nuestras investigaciones.

Para el planteamiento de los objetivos del presente estudio se ha tenido en cuenta estudios previos del equipo de investigación. Dos estudios cualitativos que exploran los focos de conflictos y sus posibles soluciones tanto desde el punto de vista de los usuarios (Pina et al., 2021), como desde el punto de vista de los profesionales (Pina et al., 2022) y una revisión sistemática que recoge las principales medidas de intervención y prevención dentro del sector de la salud.

Primeramente, se realizó un estudio cualitativo a 80 usuarios de los servicios de Atención Primaria, en el que se indagaron sobre aquellos aspectos derivados de la organización, el profesional o el propio usuario de Atención Primaria que generan situaciones violentas y cómo creen que éstas se podrían evitar. Se identificaron 4 bloques temáticos referentes a los focos de conflicto y 5 respecto a las propuestas de soluciones (Pina et al., 2021).

En segundo lugar, también se realizó un estudio cualitativo a profesionales de la Atención Primaria explorando los mismos aspectos que el anterior, de este se extrajeron 3 bloques temáticos relacionados con los focos de conflicto entre usuarios y trabajadores y 2 bloques temáticos relacionados con las propuestas de solución de dichos focos (Pina et al., 2022).

En una última fase se realizó una revisión de la literatura en busca de medidas preventivas y de intervención. En todas ellas debía abordarse la violencia de usuarios y/o sus familiares hacia el personal sanitario y no sanitario dentro de la Atención Primaria. Fueron identificados 32 artículos de los cuales 7 recogían medidas o acciones que implicaban al usuario, se extrajeron de ellos 30 propuestas.

## **PARTICIPANTES**

El estudio se desarrolló en el sureste de España dentro de la Región de Murcia. Los participantes seleccionables para el estudio eran aquellos que hacían un uso de varias veces al año de los centros de Atención Primaria y pertenecían al SMS. Las entrevistas se realizaron durante el mes de marzo

de 2022. Fueron contactados primeramente un total de 50 usuarios de los que finalmente participaron 38 (84,2% mujeres). No se exigió a los participantes que hubieran participado en algún incidente de violencia en un centro de Atención Primaria, sin embargo, el 37,8% reconoce haber tenido algún conflicto y el 68,5% reconoce haber presenciado un conflicto entre otro usuario y un profesional. La mayor parte eran estudiantes universitarios (35,1%) o se encontraban en situación laboral activa (35,1%), solteros (50%) y visitaban los centros de Atención Primaria entre 0 y 1 vez al mes (83,8%). La edad media de los participantes fue de 40,8 (DT = 19,23) y un rango de edad entre 20 y 76 años.

**Tabla 1**  
Características sociodemográficas

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMGRÁFICAS	N	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	6	15,79
Mujer	32	84,21
<b>Situación Laboral</b>		
Activo	13	34,21
Jubilado	8	21,05
Baja laboral	3	3,9
Otros	13	34,21
Perdidos	1	2,63
<b>Estado Civil</b>		
Soltero/a	19	50
Casado/a o pareja de hecho	8	21,05
Separado/a o divorciado/a	7	18,42
Otros	4	10,53
<b>Frecuencia en la que acude al centro de Atención Primaria al mes</b>		
0-1	31	81,6
2-3	3	7,9
4 o más	3	7,9
<b>¿Ha tenido algún conflicto en su centro de Atención Primaria con algún miembro del personal?</b>		
Nunca	23	62,5
En alguna ocasión	14	36,9
<b>¿Ha presenciado usted algún conflicto con algún miembro del personal en su centro de Atención Primaria?</b>		
Nunca	12	31,58
En alguna ocasión	18	47,37
A menudo	8	21,05

## PROCEDIMIENTO

Con el fin de alcanzar el objetivo primero, se hizo una propuesta de medidas preventivas por bloques temáticos extrayendo tanto de los resultados cualitativos como de la revisión de la literatura, aquellas intervenciones que pudieran ser aplicadas en nuestro contexto para la Atención Primaria. Se propuso un total de 25, agrupadas en distintos bloques temáticos: aquellas medidas enfocadas a mejorar la comunicación hacia el usuario y entre profesionales, medidas cuyo enfoque era reducir la carga de trabajo o carga asistencial del profesional, propuestas para generar nuevas competencias y las que iban enfocadas a el crecimiento tanto profesional como personal de los trabajadores.

De las 25 propuestas recogidas y para alcanzar el objetivo propuesto en segundo lugar, fueron extraídas 11 para análisis del presente trabajo, mediante una puesta en común de todos los investigadores implicados en el proceso relacionadas con el interés de esta investigación.

Finalmente, se propuso la realización de un estudio cualitativo desde la teoría fundamentada con un enfoque constructivista (Edmonds y Kennedy, 2017) mediante la realización de grupos focales (Krueger, 1991). Cuya finalidad es conocer la opinión de los usuarios desde una perspectiva cualitativa, sobre las diferentes propuestas recogidas de prevención e intervención que impliquen al usuario y vayan dirigidas a minimizar y prevenir la agresión hacia el personal sanitario por parte de los usuarios y/o sus familiares, en entornos de Atención Primaria. El equipo investigador cuenta con amplia experiencia tanto en investigación y publicaciones sobre violencia de usuario, así como en estudios cualitativos. La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la universidad de procedencia de los autores (ID: 3555/2021), se realizó según las recomendaciones de la guía COREQ para grupos focales (Tong et al., 2007)

Como medida de reclutamiento para los participantes se realizó mediante bola de nieve a los que los miembros del equipo tenían acceso. Todos los participantes firmaron previamente el consentimiento informado aceptando su participación explícita y la grabación de los grupos focales. Los participantes fueron informados de los objetivos del estudio mediante explicación verbal siguiendo el guion elaborado previamente por los investigadores.

Se realizaron un total de 5 grupos focales con una duración de entre 80 y 90 minutos y entre 6-8 participantes por grupo. Las reuniones se realizaron tanto de forma presencial como por videollamada debido a la situación actual de la COVID-19, en todo momento se respetaron las normas sanitarias impuestas por el momento para las reuniones presenciales. Los participantes volvieron a dar su consentimiento verbal para la grabación y posterior transcripción, se les recordó también el tratamiento de los datos, cualquier dato que pudiera identificar a los participantes u otra persona fue sustituido por un código. Así mismo la grabación fue destruida tras la transcripción.

Los criterios de elegibilidad utilizados para la selección de pacientes fueron (a) ser usuario de Atención Primaria en Salud Pública y (b) ser mayor de edad. Los criterios de exclusión fueron (a) ser principalmente usuarios de Salud Privada, (b) no firmar el consentimiento informado, y (c) contar con algún tipo de discapacidad que impida la comprensión o expresión verbal (d) haber participado en el anterior grupo focal a usuarios.

#### OBTENCIÓN DE DATOS

Con el fin de obtener la mayor información sobre la opinión de los usuarios y acorde al tercer objetivo de este estudio, se optó por realizar grupos focales. Para la recogida de datos se realizó previamente un guión por parte del equipo de investigadores basado en estudios anteriores y la experiencia de estos. Un grupo de expertos aprobó el guión elaborado y fue complementado a través de mapas conceptuales. Finalmente, un grupo de usuarios no seleccionados para este estudio aprobó dicho documento (Morales, 2016). Durante las entrevistas fue transmitido de forma verbal por parte de los investigadores en todos los grupos focales.

Se siguieron las recomendaciones según Krueger (1991) para la realización de los grupos focales, esto incluye la agrupación de los participantes con características homogéneas, según el tema a tratar (usuarios de AP) con número limitado de participantes desconocidas entre sí, con el fin de crear un clima adecuado permisivo y no directivo.

La dirección de los grupos focales estuvo a cargo de dos miembros del equipo de investigación, en presencia del resto junto con los participantes de la investigación, no hubo nadie más en las salas. Seguidamente, tras recibir la información pertinente del funcionamiento y desarrollo de las sesiones, todos los participantes firmaron el consentimiento informado aceptando su participación y la grabación de las reuniones.

Se realizaron preguntas triviales durante 10-15 minutos previos a la grabación con el fin de generar rapport. Seguidamente se les indicó los objetivos, la importancia del estudio, algunas normas básicas de participación y el funcionamiento de estos. Los investigadores encargados de la entrevista adoptaron una actitud imparcial, ecuánime, alejada de sesgos, suposiciones o muestras de interés por las conclusiones. El resto de los autores, con el fin de complementar las entrevistas, tomaron notas y mantuvo igualmente una actitud neutral. Se animó a los entrevistados a participar libremente, aportando tanto experiencias propias como de conocidos/as.

#### CONTENIDO DE LA ENTREVISTA

El contenido de la entrevista fue marcado por las propuestas de prevención e intervención dirigidas al usuario relacionadas con la mejora del

clima en los centros de Atención Primaria. Se preguntó en todos los casos, a los participantes su opinión sobre las mismas, su viabilidad sobre la puesta en marcha y la opinión sobre la acogida por parte de los usuarios. Las propuestas fueron divididas en varios bloques: medidas enfocadas para la mejora de la comunicación, medidas enfocadas para la reducción de trabajo o presión asistencial y las medidas relacionadas con la creación de nuevas competencias. Por último y de manera general también se preguntó su opinión sobre la necesidad de crecimiento personal y profesional a los trabajadores, así como de las medidas propuestas cuales creían más necesaria.

#### ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos se siguió la propuesta de Braun y Clarke (2006). Se realizó mediante 6 fases y análisis temático con un enfoque inductivo construccionista. Este método consta de 6 fases. En una primera fase se realizó la transcripción de las grabaciones por grupos, tomando notas para recoger ideas por parte de los investigadores y ayudar en las siguientes fases.

En una segunda fase, los resultados son codificados mediante códigos iniciales y se discuten por pares, cuando no existió consenso se propuso una codificación múltiple. Los códigos fueron generados mediante un método inductivo o ascendente para identificar datos sin pretender encajar estos en un marco teórico preexistente.

Posteriormente en una tercera fase se plantearon subtemas agrupando estos códigos construyendo mapas y tablas. Fueron revisados y debatidos por los distintos investigadores los temas generados en una cuarta fase. Posteriormente, se definieron y nombraron los temas y se discutió sobre la saturación de datos. Finalmente, en la sexta fase, se realizó el informe final.

## RESULTADOS

### RESULTADOS SOBRE LAS *MEDIDAS PROPUESTAS*

Para la elaboración de las medidas de intervención, de forma general, se ha tenido en cuenta, por un lado, cubrir los puntos claves a trabajar en base a los resultados de los estudios anteriores (Pina et al., 2021; Pina et al., 2022), como pueden ser los déficit a nivel de organización, los déficit de actitud, los déficit de atención, problemas en la relación profesional-paciente, déficit en educación-formación, etc.

Por otro lado, las propuestas de intervención como resultado de los cualitativos (Pina et al., 2021; Pina et al., 2022), de la revisión sistemática

y de la literatura cambios en la gestión, más formación, más comunicación, implicación del usuario, mayores vínculos, etc. Otro factor condicionante para la elaboración de las medidas fue el coste económico. Se dio preferencia a aquellas medidas de menor coste económico en comparación a las de mayor coste. Igualmente, se ha tenido en cuenta para la planificación de los trabajos, que los nuevos modelos de prevención e intervención en violencia de usuario hacia el personal sanitario con mayor éxito son aquellos que incluyen paquetes de medidas de acciones múltiples y con la implicación de todas las partes: cambios en el sistema, propuestas de trabajo con el profesional y propuestas de trabajo con los usuarios (Somani et al., 2021). Específicamente, en respuesta al primer objetivo planteado «Extraer de los estudios cualitativos a profesionales y usuarios, así como de las revisiones de la literatura, aquellas medidas potencialmente elegibles para minimizar o prevenir la agresión sanitaria», en una primera fase se extrajeron medidas dirigidas a todas las partes implicadas. A modo de ilustración, en la tabla 2 podemos observar el resumen de los resultados de las propuestas realizadas por los usuarios y los profesionales (Pina et al., 2021; Pina et al., 2022).

**Tabla 2a.**

Extracción de las propuestas de los grupos focales a usuarios y a profesionales

PROPUESTA	GRUPO QUE LO PROPONE
Ampliar la cita online para todas las consultas, pero no como única opción	Usuarios
Accesibilidad para contactar con la gerencia por parte de los usuarios	Usuarios
Facilitar información de los tiempos de espera	Usuarios + Profesionales
Necesidad de descanso del personal establecido en los horarios	Usuarios + Profesionales
Consulta telefónica, telemática o presencial a elegir por el usuario	Usuarios
Normas y protocolos comunes para todos los profesionales y para todos los centros de Salud	Usuarios + Profesionales
Digitalizar el servicio, dar a conocer el portal del paciente y quitar tarjeta sanitaria	Usuarios
Grupos de apoyo para determinadas patologías que tienen características en común	Usuarios + Profesionales
Personal de apoyo específica solamente para coger el teléfono para dar cita	Usuarios
Fomentar la retroalimentación de los profesionales mediante encuestas de satisfacción	Usuarios

**Tabla 2b.**

Extracción de las propuestas de los grupos focales a usuarios y a profesionales (cont.)

PROPUESTA	GRUPO QUE LO PROPONE
Contratación de personal para reducir tiempo espera consulta y/o ampliar tiempo de consulta	Usuarios
Personal específico que realice tareas de promoción de la salud	Usuarios + Profesionales
Instaurar figura polivalente y liberado para la gestión de las Urgencias	Usuarios + Profesionales
Alternativas en los tratamientos. El usuario debería implicarse en la decisión de sus tratamientos	Usuarios + Profesionales
Disponibilidad de horarios para compatibilidad de la vida laboral y escolar: horario de mañana y tarde	Usuarios
Personal sanitario destinado exclusivamente a las urgencias	Usuarios + Profesionales
Campañas de salud mental para tratar temas psicosociales creados por la pandemia	Usuarios
Fomentar los grupos de apoyo para los tratamientos de problemas psicosociales	Usuarios + Profesionales
Campañas informativas de uso de tecnologías tanto a usuarios como a trabajadores	Usuarios
Formación en autoseguridad para profesionales	Profesionales
Formación específica para el profesional Administrativo	Profesionales
Terapia de grupo como solución para descongestionar la demora asistencial	Profesionales
Formación práctica o aplicada ante situaciones conflictivas para profesionales	Profesionales
Formación en habilidades como el asertividad, la empatía, la gestión de la frustración, etc.	Usuarios + Profesionales
Formación en mediación en conflictos Profesionales	Profesionales
Fomentar habilidades de comunicación	Profesionales
Formación en abordaje psicosocial de casos y desmedicalización	Usuarios + Profesionales
Talleres enfocados a las tipologías de pacientes conflictivos	Profesionales
Cohesión grupal: eliminación de jerarquías, fomentando el respeto y la igualdad entre profesionales	Profesionales
Fomentar grupos de trabajo, vías de comunicación y consensuar ciertos procedimientos	Profesionales
Reuniones organizativas y motivacionales Profesionales	Profesionales
Fomento de actividades que mejoren el clima laboral	Profesionales

Se recopilaron un total de treinta y dos medidas de intervención. Algunas de ellas estaban propuestas por los usuarios, otras por los profesionales y en otras fueron propuestas por los dos grupos indistintamente. Así mismo, en la tabla 3, se puede observar, a modo de resumen, los resultados de las propuestas extraídas de las distintas revisiones bibliográficas tanto específicas de medidas a usuarios como dirigidas a profesionales o de cambios en el sistema aplicables a la AP.

**Tabla 3a.**  
Resultados de propuestas extraídas de las revisiones

PROPUESTAS	REFERENCIAS
Plan conjunto de Crisis: Toma de decisiones compartida, involucrar al paciente en la toma de decisiones de su tratamiento y en situación de crisis	(Henderson et al., 2009)
Intercambio de tickets entre trabajadores y usuarios. Registro de opiniones, demandas y reclamaciones	(Batista et al., 2011)
Reuniones locales con la comunidad de usuarios	(Batista et al., 2011)
Representantes comunitarios en los centros de salud	(Batista et al., 2011)
Informar y formar a la población sobre el funcionamiento del Sistema Único de Salud y la Estrategia Programa de Salud de la Familia	(Batista et al., 2011)
Fomento de la Imagen de Enfermeros de Urgencias y Accidentes en la prensa	(Ramacciati et al., 2018)
Campanñas informativas y educativas para Usuarios	(Ramacciati et al., 2018)
Encuentros diarios para ofrecer y recibir ayuda y apoyo mutuos compartido (programa «salas seguras»)	(Fletcher et al., 2019)
Conozca cada uno al Otro: Los pacientes y el personal comparten algunos intereses e ideas personales entre si, que muestran en las áreas comunes de la unidad	(Fletcher et al., 2019)
Trabajo entre pacientes y el personal para crear aspiraciones mutuamente acordadas que se apliquen a ambos grupos por igual	(Fletcher et al., 2019)
Antes del alta, los pacientes dejan mensajes de esperanza para otros pacientes en una pantalla de la unidad	(Fletcher et al., 2019)
Comunicación activa y visible a toda la comunidad sobre la incidencia de vasos de violencia de usuarios	(O'Sullivan et al., 2020)
Reuniones semanales con la comunidad	(O'Sullivan et al., 2020)
Formación previa al personal de nueva contratación: protocolo de acogida	(Batista et al., 2011)
Formación para aumentar las habilidades de comunicación y resolución de conflictos	(Jeong y Lee, 2020)

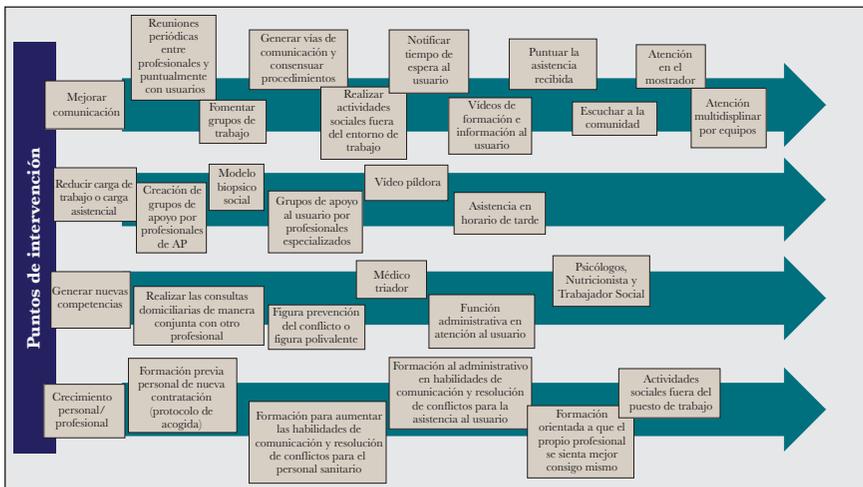
**Tabla 3b.**  
Resultados de propuestas extraídas de las revisiones (cont.)

PROPUESTAS	REFERENCIAS
Formación orientada a que el propio profesional se sienta mejor	(Lantta et al., 2020; Maagerø-Bangstad et al., 2020)
Reuniones periódicas entre profesionales incluyendo de forma puntual al usuario para intercambio de conocimientos experimentales y evaluar incidentes en el trabajo	(Gamme y Eriksson, 2018; Maagerø-Bangstad et al., 2020; O'Sullivan et al., 2020)
Uniformidad en los cuidados	(Gamme y Eriksson, 2018; Maagerø-Bangstad et al., 2020; O'Sullivan et al., 2020)
Realizar las consultas domiciliarias en equipo cuando son pacientes conflictivos	(Gamme y Eriksson, 2018)
Ampliación de la asistencia sanitaria a horario de mañana y tarde como opción para la conciliación familiar/ laboral del usuario	(Oliva y Oliva, 2017)
Figura polivalente o de prevención del conflicto como mediadora o forma de intervención en situaciones de violencia en AP	(Landøll et al., 2019)
Médico triador o «liberado de Urgencias» como modo de descongestión de los servicios	(Elsi y Novera, 2019)

Posteriormente, los resultados obtenidos se agruparon en cuatro líneas de intervención según el objetivo de actuación perseguido, acorde a los principales focos de conflicto detectados y necesidades dentro de la AP. En primer lugar, se agrupan aquellas medidas centradas en la mejora de la comunicación. En segundo lugar, se exponen aquellas medidas orientadas a reducir la carga asistencial. En tercer lugar, se proponen medidas para facilitar competencias en los profesionales. Por último, se agrupan medidas centradas en el crecimiento personal y profesional del personal de AP. Se pueden observar más detalladamente y a modo de ilustración en la Figura 1.

**Figura 1.**

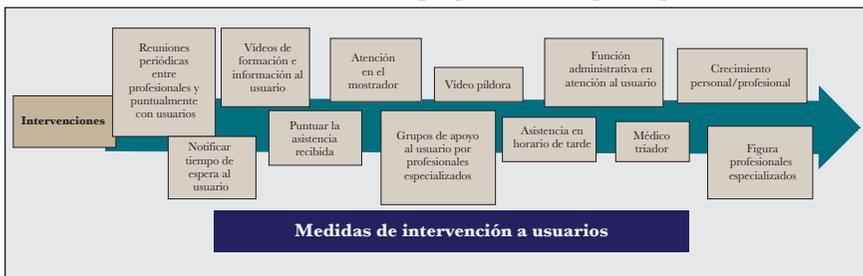
Resultados de la extracción de medidas conjuntas a partir de los cualitativos y revisiones de la literatura aplicables a AP dirigidas a todas las partes implicadas



Finalmente se seleccionaron 12 medidas, que podemos observar en la Figura 2 a modo de resumen, a incluir en el cualitativo. Su nexo de unión es que tienen en común la implicación del usuario en las mismas o que estén enfocadas a provocar un cambio en su actitud para mejorar la violencia sanitaria tipo II en la AP.

**Figura 2.**

Resultado de las medidas propuestas a los participantes



Las medidas propuestas en todos los casos fueron:

*1.a Reuniones periódicas entre profesionales donde incluir al usuario de forma puntual: Escuchar a la comunidad:* se propone incluir al usuario en algunas de las reuniones del equipo, de cada uno de los centros de Salud mediante un representante comunitario para tratar los temas más conflictivos, escuchar las deficiencias por ambas partes y proponer medidas para una

posible solución. El papel del representante comunitario sería fundamental, este tendría la función de escuchar y recoger los conflictos en la relación usuario-profesional por parte de los usuarios y mediar buscando soluciones teniendo en cuenta ambas partes. Para facilitar que el usuario pueda hacer llegar sus experiencias, pueden utilizarse diferentes vías de comunicación, asociaciones de vecinos, buzones en los centros de salud o incluso a través de correo electrónicos. Las aportaciones de los usuarios recopiladas serán transmitidas por un usuario representante en las reuniones con el equipo de profesionales. No hay que olvidar que si queremos que sea una medida eficaz, el usuario habitual de los centros de salud, debe ser conocedor de esta nueva figura, por ello se propone una vez más su máxima difusión mediante cartelería, App o vídeos informativos en las salas de espera.

*1.b Notificación de los tiempos de espera:* la notificación a tiempo real del turno de asistencia, con el fin de disminuir los conflictos causados por los tiempos de espera en las salas y facilitar la compatibilidad de la vida laboral con la AP. Facilita la organización del usuario en activo y la gestión de su tiempo. Como vías de comunicación se proponen varias alternativas con el fin de poder llegar al máximo de usuarios: en la propia App para evitar los traslados a las salas de espera antes de tiempo, mediante mensaje y en pantalla ubicadas en las salas de espera de cada consulta médica.

*1.c Vídeos de formación e información al usuario:* informar al usuario mediante vídeos cortos y sencillos informativos de diferentes temas, relacionados con el uso del sistema (vías de pedir cita y como gestionarlas, tipos de consulta existentes, uso de portal del paciente, donde dirigirse si tenemos dudas, uso responsable de las urgencias, derechos y obligaciones...), relacionados con violencia sanitaria mediante campañas divulgativas y por último vídeos encaminados a la formación del usuario para evitar autodiagnósticos y autotratamientos. Las vías de divulgación propuestas serían la App, en pantallas en las salas de espera y en el portal del paciente.

*1.d Puntuar la asistencia recibida:* dar la oportunidad al usuario de valorar tras cada consulta, la asistencia recibida de forma individual a cada profesional, sobre diferentes aspectos que abarquen desde la actitud hasta la asistencia. Serían encuestas breves, sencillas a través de la App o portal del paciente.

*1.e Atención al usuario en mostrador preservando la intimidad:* realizar la atención del mostrador por parte de los administrativos en mesas individuales y separadas con el fin de respetar la privacidad y dar un trato más cercano al usuario.

En un segundo bloque se indagó sobre las medidas relacionadas con la reducción de trabajo o carga asistencial:

*2.a Grupos de apoyo al usuario por profesionales especializados:* se propuso la puesta en marcha de grupos de apoyo al usuario para abarcar ciertos

tratamientos que en la actualidad se perciben como carentes en la AP como pueden ser: problemas psicosociales, educación en hábitos saludables y asesoramiento de ayudas sociales. Grupos de usuarios con patologías comunes guiados por especialistas sobre técnicas de relajación, sobre alimentación saludable, actividad física, técnicas de autoayuda...

*2.b Vídeos «Píldora»:* se propone ampliar la información a los usuarios mediante vídeos «píldora» elaborados por profesionales sobre información específica, alternativas de tratamiento saludable y fomento de la salud. No se trata de sustituir, si no de ampliar la información recibida. El médico de cabecera sería el encargado de facilitar dicha información al usuario.

*2.c Asistencia en horario de tarde:* ampliar la asistencia en horario de tarde para la AP con el fin de una mayor conciliación de la vida laboral/escolar del usuario y disminuir los abusos en las urgencias y los conflictos laborales.

Las medidas propuestas en un tercer bloque orientadas a generar nuevas competencias encaminadas a ayudar al usuario fueron:

*3.a Función administrativa en atención del usuario:* este profesional se encargaría de atender, de forma exclusiva, dudas telefónicas del usuario entre las que se encuentran: (a) el manejo de las nuevas plataformas web, (b) resolver problemas en la gestión y solicitud de citas médicas o de enfermería, o qué tipo de cita (presencial o telefónica) escoger para cada tipo de problema de salud, (c) prevenir errores en la solicitud de cita como duplicaciones o ausencia de la misma, (d) aclarar temas de actualidad.

*3.b Función triadora, médico triador, «libreado de urgencias»:* se propone la creación de una figura nueva, un médico específico para atender las urgencias en AP que las valore y las trate. Esto puede evitar el abuso y favorecer la descarga.

*3.c Figura de profesionales especializados:* incorporación de profesionales específicos como psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas... para darle un nuevo enfoque al tratamiento de las patologías desde modelos más bio-psico-sociales.

De manera general se preguntó también a los usuarios si veían necesario que el personal reciba formación encaminada a mejorar las habilidades de comunicación y resolución de conflictos, así como la empatía, asertividad... y de todas las propuestas cuál pensaban que era más necesario.

## RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO

Los resultados del estudio cualitativo se pueden agrupar en tres grandes bloques para cada uno de los grupos de propuestas. Los entrevistaron aportaron comentarios sobre los aspectos positivos de las mismas, aspectos negativos y características, bajo su punto de vista, de la puesta en marcha.

## RESULTADOS DE LAS MEDIDAS ORIENTADAS A LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN

### a) Aspectos positivos sobre las medidas orientadas a mejorar la comunicación

En todos los grupos focales se destacaron aspectos positivos sobre la implantación de reuniones periódicas con los centros de AP, en los que incluir a un representante de los usuarios para favorecer las vías de comunicación y fortalecer los vínculos entre ambas partes. Dentro de esta propuesta, se destacaron principalmente dos beneficios entre todos los entrevistados relacionados con: descarga-beneficios al profesional y la mejora en la relación con el profesional. En primer lugar, esta propuesta tuvo buena acogida por la mayoría de los participantes de todos los grupos repitiéndose de forma recurrente los comentarios de aceptación. El usuario apoya la necesidad de incluir personas a las que acudir y hacer participe en las decisiones para la resolución de conflictos en los centros de AP.

*«El buzón yo creo que no es buena idea porque ya estamos cansados de buzones, de que te llamen por teléfono... yo quiero una persona. Ya nos van faltando personas a las que hablar y mirar a los ojos»*

*«Es muy buena idea, debemos tener alguien formado al que acudir y que nos represente desde nuestro punto de vista»*

Al margen de la buena acogida de la propuesta, se destacó los beneficios que tendría este representante no solamente para el usuario sino también para los propios trabajadores, descargándoles de asumir dicha tarea y de asumir la responsabilidad de gestionar soluciones a los conflictos. Comentan que incluir una tercera persona para la gestión del conflicto puede mejorar la relación entre usuario y profesional.

*«Yo pienso que puede ser buena idea porque, al fin y al cabo, siempre hay... bueno, siempre hay personas que no se quedan conformes con la forma que tienen algunos profesionales de tratar, entonces se los van guardado y siempre se quejan y entonces incluso puede haber gente que sienta como rechazo o algo a la hora de tratar con estos profesionales»*

La falta de información sobre los tiempos de espera supone uno de los principales focos de conflicto, la hora de la atención en numerosas ocasiones no coincide con la hora real de consulta, ni presencialmente ni en la consulta telefónica, generando de manera secundaria conflictos laborales. Independientemente del tiempo de espera, el usuario manifiesta que no es informado del retraso y eso dificulta la gestión de su tiempo. La notificación de los tiempos de espera, genero comentarios positivos por parte de los usuarios, aunque también provocó bastante incertidumbre sobre su puesta en marcha.

Igualmente, se destacaron beneficios en su supuesta implantación: disminución de los conflictos laborales, una mejor gestión del tiempo, evitar

contagios y la posibilidad de la realización de estadísticas reales para mayor conciencia pública. La conciliación entre la vida laboral y la atención sanitaria se hace compleja debido a la impuntualidad de la asistencia sanitaria. El usuario comparte la idea, de que conocer el tiempo real de consulta a través de la App o en pantallas presenciales, reduciría los conflictos laborales y ayudaría a la gestión de su tiempo de una manera más eficiente.

*«Sí es buena idea, es una mejora, porque cuando vuelves a tu puesto de trabajo ha tardado tanto tiempo algunas veces ni se lo creen, piensan que has pasado por tu casa, y más si vives cerca como es mi caso, hay veces que no se lo han creído que he tardado tanto tiempo»*

*«Ayuda a optimizar el tiempo que uno consume y uno gasta»*

La puesta en marcha de esta medida supondría una mejor gestión del tiempo del usuario, pero, este también opina que ayudaría a evitar aglomeraciones y evitar contagios:

*«Yo estoy de acuerdo, yo creo que sería una medida muy buena; también evitaría formar aglomeración, ¿no? en las salas de espera porque puede salir a la puerta el tiempo que sea necesario para esperar a tu turno, entonces también el caso de cuando vas al pediatra que vas con niños más enfermos con otros críos que no están enfermos, al final pues también ayuda a evitar algún tipo de contagio»*

Finalmente, en este bloque los entrevistados destacaron la importancia de hacer públicos los tiempos de espera con una doble finalidad: mejorar la gestión del tiempo por parte del usuario y recoger datos sobre el tiempo real de consulta y los retrasos. Los datos recogidos podrían servir para elaborar un análisis estadístico y evitar abusos por parte del trabajador.

*«Queda constancia de registro de los horarios y de la prestación del servicio y, a su vez, de ahí a registrarlo solo hay un paso, y eso es fundamental para la estadística. Llego se puede medir la efectividad del servicio; son datos muy útiles»*

Se les propuso a los usuarios, la distribución de vídeos explicativos, con la idea de formar e informar a la población y disminuir los conflictos causados por la falta de información. Obtuvimos comentarios afirmativos sobre la propuesta. El usuario considera que las vías de administración propuestas para estos vídeos son las adecuadas y cómodas para ellos: presencial mediante pantallas en las salas de espera, en la App y en el portal del paciente.

*«Yo creo que el ponerlo en las pantallas estas que se anunciaría también el tiempo de espera, eso sí que me parece mejor, porque si estas aburrida en la sala de espera no te queda otra que mirar a la pantalla. Entonces eso sí que me parece bastante buena idea»*

Los beneficios que los usuarios consideran, como consecuencia de mejorar las vías de comunicación, son principalmente una disminución de los conflictos, mayor accesibilidad a todo tipo de población y una disminución de la inseguridad. La ansiedad que genera el desconocimiento, sobre todo

del funcionamiento del sistema, y el hecho de enfrentarse a situaciones nuevas puede alterar en algunas ocasiones a determinados usuarios y generar situaciones conflictivas.

*«Muchos conflictos son por desconocimiento y la gente tampoco sabe dónde encontrar esa información porque va a preguntarla y no tienen tiempo para decírselo, entonces, el hecho de facilitar estos vídeos... si se hace bien, sobre todo, por la gente mayor que lo tiene menos accesible, yo creo que puede ayudar mucho»*

*«Lo de los vídeos sería muy interesante porque puedes abarcar a mucha población, a los jóvenes también porque a veces no tienen ni idea,... cuándo empiezan a ir solos, si tienen esos vídeo pueden ver cómo funciona el sistema, y lo podrían ver de manera más rápida y quitarían carga de trabajo»*

La posibilidad del profesional de conocer por parte del usuario aspectos derivados de la atención sanitaria, tanto del trato personal, como de la atención médica mediante un sistema de valoración, no parece encajar al 100% en todos los grupos de discusión. Aun así, recibió comentarios positivos entre algunos de los entrevistados y se recogieron algunos beneficios. Estos indican que es necesario conocer la realidad de la asistencia por parte del profesional para provocar cambios en la relación usuario-profesional. Le ayudaría a detectar la raíz de muchos conflictos, comprender los puntos a mejorar respecto al trato y poder trabajar para mejorarlos.

*«Sería una forma de ponerse un poquito también las pilas, y atender a la gente como lo necesita»*

*«Que esa herramienta le va a hacer más fácil el trabajo también a ella y le va a quitar le va a permitir detectar muchas de lo de la raíz de los conflictos que acaban teniendo»*

La atención en el mostrador ha sido identificada como un foco de conflicto recurrente. Para mejorar el trato respetando la intimidad y privacidad del usuario se propuso, eliminar el mostrador y realizar la atención en mesas individuales. El usuario acogió de forma positiva en la mayoría de los grupos focales esta propuesta y los beneficios de los participantes se recogieron en relación a la mejora de la privacidad, mejora de la comunicación y disminución del conflicto.

Cambiando el mostrador por una atención en mesas individuales es visto por el usuario como una medida necesaria para algunos participantes inherente a un derecho de la privacidad, el historial médico de cada paciente es privado y así debe mantenerse en todos los casos.

*«Ya no es por vergüenza; es que el historial médico debería ser privado. Es una cuestión de derecho de la privacidad de la persona y no se tiene en cuenta por cuestiones operativas, pero creo que haciendo un pequeño esfuerzo,... Habrá sitios en los que sea profundamente imposible por el espacio, por cuestiones arquitectónicas, pero creo que la mayoría de las veces se puede adaptar»*

*«Psicológicamente hablando, notas que hay más cercanía que si está detrás del mostrador y sentado y sí que da un poco más de intimidad porque, me ha salido una cosa rara y no quiero que se entere nadie, entonces sí que es importante la privacidad; sí sería importante»*

Por otro lado, aseguran que la comunicación se vería beneficiada gracias al trato más cercano e individual.

*«Estoy totalmente de acuerdo y que no haya una gran barrera psicológica ni física y además una insonorización absoluta porque tienes solamente la persona»*

Mejorando el trato en el mostrador con esta atención individualizada, el usuario comenta que podría existir una disminución de conflictos posteriores al aumentar el sentimiento de acogida.

*«Si hay recursos, sí se puede hacer. No llego a ver el punto negativo porque al fin y al cabo vas a tener esa sensación de individualidad, teniendo en cuenta que es la primera toma de contacto en el momento en el que llegas al centro de salud seguro que facilitaría la experiencia posterior esa tensión que se genera a lo largo de la espera»*

#### *b) Comentarios negativos sobre las medidas orientadas a mejorar la comunicación*

En referencia a las reuniones periódicas entre profesionales donde incluir al usuario de forma puntual, los comentarios negativos que destacaron los usuarios iban encaminados hacia la dificultad que puede tener el usuario para adaptarse al representante comunitario y que no resolviera en sí el conflicto, sino que simplemente se trasladase.

*«Sí, porque puede generar confusión. Yo he ido al médico que no me atiende y entonces voy a este señor que está ahí para atenderme y escuchar mi problema y entonces le cuento lo que el médico no me ha podido atender y claro eso también puede crear un conflicto enorme. O sea que es una situación que hay que estudiarla muy bien y dejar muy claro qué es para lo que está esa persona si estuviera»*

Las principales pegadas que detectó el usuario para la notificación de los tiempos de espera, fue el cálculo del tiempo exacto y que esta medida significase en realidad un parche al problema real: el poco tiempo de consulta.

El usuario expresó la dificultad de calcular el tiempo estimado del retraso, ya sea porque falten los pacientes o por acumulo de consultas cortas, y su miedo a la posibilidad de perder su cita por ello.

*«Porque a veces tampoco es cuántas personas tengo delante sino cuánto tiempo van a estar con cada persona, es que eso es complicado porque a veces yo iba al médico y tenía uno delante y han tardado, yo que sé, tres cuartos de hora y otras veces pues van más rápido»*

Evaluar la asistencia recibida por parte del usuario fue una de las medidas con mayor número de comentarios negativos. No porque el usuario pensara que no fuese necesaria y, como hemos comentado en los aspectos

positivos, imprescindible para que el profesional conozca la realidad del trato, sino porque opinan que en los profesionales no tendría buena acogida, ya que se sentirían juzgados y no serviría para nada, pues las quejas normalmente no tienen consecuencias. Y por otro lado manifiestan que podría ser injusto para ellos, pues la causa de los conflictos en determinadas ocasiones es responsabilidad del sistema y no del profesional. El usuario podría descargar su enfado en esa evaluación y responsabilizar al trabajador.

*«Por lo médico fatal, seguro ya te lo digo seguro que le sentaría muy mal, por el usuario muy bien es una ventaja porque tienes una posibilidad de manifestar las insatisfacción con el servicio»*

*«Clasificar y juzgar me parece muchísimo peor. No es la solución»*

La atención individualizada no recibió muchos comentarios en contra. El único inconveniente a destacar por algunos usuarios fue que lo veían una medida innecesaria por el gasto que genera. Destacaron que lo que realmente se necesita es una mejor atención del personal en el mostrador.

*«Yo creo que en el sistema de Murcia de salud, quizás sería más fácil poner que repasen la atención en el mostrador, qué cosas no deben de decir si no son imprescindibles, o si es algo más personal, oye por favor entonces aislarlo un momento y esa persona se explique, y no allí con todos alrededor, creo que es un coste más barato y más posible»*

### *c) Características de la puesta en marcha según los usuarios sobre las medidas orientadas a mejorar la comunicación*

Los entrevistados proponen que el representante comunitario debe ser un usuario, especialista en mediación con horario amplio y con asistencia tanto de manera presencial y como por escrito. Hubo un consenso de opiniones en referencia a la formación en mediación que debería tener el representante comunitario. Escuchar los conflictos a los que se enfrenta el usuario y mediar con los profesionales, lo posiciona en una difícil tarea, por eso manifiestan que la formación es muy importante para poder llegar a resultados.

*«Una persona que esté preparada en habilidades sociales y que los sepa escuchar, que tenga el arte de la escucha y que sepa ponerse un poco en el lugar de cada usuario»*

Otra de las preocupaciones era el sentirse realmente representado desde su punto de vista, por eso proponen en su mayoría, que debe ser un usuario, elegido por ellos mismos y que experimente de primera mano los conflictos y vivencias de la AP.

*«Yo también estoy de acuerdo en que tendría que ser un usuario, porque la representación de otra persona transversal no sé hasta qué punto podría defender los derechos del usuario porque no lo vive directamente como usuario»*

La alternativa que creen viable al representante comunitario es la recogida de información a través de las asociaciones de vecinos. Creen que esto favorece a la población y sería un buen vehículo de transmisión. Sustituir el representante comunitario por un representante sanitario que acuda a reuniones de las asociaciones de vecinos donde se traten los conflictos de la atención sanitaria.

*«Reuniones en las asociaciones de vecinos que acudan representantes sanitarios del centro de Salud»*

Se recogió una característica y una alternativa como resultado de las entrevistas de los grupos focales para la notificación de tiempos de espera. El tema de la no asistencia cuando el usuario se retrase por culpa de un mal cálculo en los retrasos de las consultas, es un miedo recurrente por parte de los usuarios. Por eso proponen que una de las características de esta medida es la no penalización por un retraso del usuario. Como alternativa a la comunicación mediante la App y en las pantallas presenciales, y con la intención de favorecer a toda la población, propusieron también la posibilidad de un SMS o un llamada de teléfono desde el momento en que se conoce el retraso.

*«Si tú tienes cita a las doce y el médico desde las diez sabe que ya lleva cuarenta y cinco minutos de retraso podrían, por ejemplo, mandar un mensaje por la aplicación, o en el caso de las personas que hayan comunicado que no la tienen, mandar un SMS o una llamada en el sentido de “oye, que sepas que ahora mismo hay una lista de espera de cuarenta y cinco minutos”. O sea, al final sería mucho más fácil por el tema de la aplicación pero también se podría ver cómo incluir a las personas que no sepan emplearla... pues me espero cuarenta y cinco minutos en mi casa y llegaré de menos malhumor allí»*

Se agruparon tres características y una propuesta respecto a los vídeos de formación e información al usuario. Las características principales que deben recoger estos vídeos de formación e información, según los entrevistados, son: vídeos accesibles, fáciles de entender y distribuidos por diferentes vías (presencial en pantallas, App y de manera online).

*«Es un peregrinaje total, ósea, incluso aunque sea nativo digital, los códigos que utiliza para algunas cosas la administración son como muy internos y sí que es un problema»*

Se apuntó una propuesta complementaria con la distribución de los vídeos. Expusieron la posibilidad de realizar cursos presenciales para la población donde formarles e informarles, piensan que esto favorecería la resolución de dudas, aportaría los beneficios de tú a tú e incluso llegaría aun más a toda la población.

*«En el sentido de que es una de las grandes demandas y, sobre todo es que creo que es una responsabilidad como sociedad, es no abandonar a los adultos. Y llegar a la vejez con esa indefensión ante lo más básico y siendo precisamente un derecho universal como el acceso a la sanidad. Me parece que si la forma de llegar al ciudadano,*

*incluso en la empresa privada se tiene claro que es con la presencialidad y nos echamos las manos a la cabeza. Creo que dentro de los servicios públicos es que es súper esencial»*

En la puntuación de la asistencia recibida se destacaron dos características y tres alternativas a la propuesta inicial. Entre las características comentadas, destacamos primeramente que esta evaluación debería ser de forma ocasional para no caer en una rutina sistemática y producir un sesgo de valoración, y en segundo lugar los usuarios piensan que a las vías propuestas de realizar esta evaluación, debería sumarse también la forma escrita, con el fin de favorecer a todos los usuarios.

*«Había pensado que sea lo mejor era por un dispositivo móvil o algo. A lo mejor, como la mayoría son personas mayores, pues entonces a lo mejor no disponen de tantos dispositivos móviles y a lo mejor la efectividad puede ser dudosa, pero si también se hace de forma escrita y se le ofrece pues me parece..., me parece bien»*

Se aportó como alternativa la evaluación cualitativa en lugar de la cuantitativa. Los entrevistados piensan que el tipo de opiniones que recoge esta sería de mayor utilidad, pues los profesionales se sentirían menos juzgados y les permitiría saber en qué mejorar. En referencia a las consecuencias que deberían tener los resultados de las valoraciones, existieron opiniones diversas. Por una parte, algunos usuarios opinaban que aquellos profesionales cuyas valoraciones fueran negativas deberían tener consecuencias, refiriéndose a la obligatoriedad de cursos de formación y gestión emocional. Otro grupo de usuarios, en cambio, propuso que solo se «premiase» a las valoraciones positivas, beneficiando de algún modo a aquellos trabajadores que obtuvieran mejores puntuaciones. Por último, los usuarios manifiestan que si conocieran las valoraciones, si fueran públicas, podrían usarlas como reseñas y tener la posibilidad de elegir al profesional en función de ellas.

*«Tener el refuerzo positivo, pero que le permita pues días de libre disposición o lo que sea, cada 200 caras un día libre de disposición»*

En la sustitución de un mostrador por mesas independientes, los participantes opinan que como alternativa complementaria debería dejarse al menos un mostrador que se usara como «cola rápida» para poder resolver cuestiones menos importantes

*«Sería como pasar tu artículo por la caja rápida pero ya sabes que si quieres un poco más de tiempo y yo que lo veo lo veo súper necesario porque habrá gente a la que le da igual pero claro»*

## RESULTADOS DE LAS MEDIDAS ORIENTADAS A LA REDUCCIÓN DE CARGA ASISTENCIAL

### *a) Aspectos positivos sobre las medidas orientadas a la reducción de la carga de trabajo o presión asistencial*

La puesta en marcha de grupos de apoyo como tratamiento complementario dirigido por profesionales especializados fue cuestionada en alguno de los grupos, pero en general los comentarios positivos fueron numerosos.

En esta línea, opinan que invertir en Salud Pública mediante estos grupos de apoyo, supondría grandes beneficios tanto para el usuario como para el sistema:

*«La salud pública, eso sí que es dinero bien gastado, entonces claro, muchísimo... sería súper ideal»*

Los beneficios que creen que aportaría a la asistencia sanitaria en su mayoría están en sintonía con la importancia de recibir apoyo emocional, pero también se destacaron otros como una mayor información sobre los procesos patológicos que atraviesa, obtendría mejoras en la calidad de vida, mejoras en las medidas preventivas y por tanto en conjunto supondría una reducción de la carga asistencial a medio-largo plazo.

*«Solo el hecho de compartirlo también con otras personas que tienen lo mismo que tú, pues les puede ayudar psicológicamente y no solo eso dentro del ámbito terapéutico porque al final es un poco como terapia»*

*«También que aprenden más acerca de la enfermedad porque hay veces que tenemos mucha ignorancia sobre las enfermedades y así el compartir cosas con otras personas pues hace que tenga más información sobre esa enfermedad y sepas más por dónde agarrar, por dónde cogerlo»*

Las aportaciones sobre la reducción de la carga asistencial mediante estos grupos fueron discutidas durante las entrevistas, aunque no fue apoyada por todos los usuarios. Una parte de ellos opinan que aumentaría la carga asistencial, sin embargo, los comentarios que presentamos a continuación reflejan la opinión de otros entrevistados en referencia al efecto que tendría sobre la reducción de la carga asistencial a un medio-largo plazo.

*«En el medio plazo sí puede reducir la carga asistencial porque si alguien tiene un problema de ansiedad y necesita que lo traten a nivel individualizado, pero asiste además como forma complementaria a estas sesiones, directamente que es más fácil que su pronóstico sea mejor y que a medio plazo descargue. Entonces, a lo mejor, en un primer momento, es un sobreesfuerzo pero en el medio plazo, una vez se haya instaurado y una vez el grupo estén operativo y sobre todo la gente conozca sus beneficios, sí que va a mejorar pero muchísimo en un montón de cosas»*

Otra de las medidas propuestas enfocadas para reducir la carga de trabajo o presión asistencial, fue la creación de vídeos «píldora». Debido al escaso

tiempo que en ocasiones dispone el profesional en la consulta diaria, la información que recibe el usuario puede resultar incompleta, repercutiendo tanto en el beneficio de su salud como en focos de conflicto por insatisfacción. Como consecuencia, el usuario reclama más asistencia y busca información por otros medios menos fiables, como pueden ser las consultas en internet. Los entrevistados señalan que los vídeos «píldora» son una buena propuesta y aportarían numerosos beneficios: completar la información en referencia a su salud y a su enfermedad, les daría más información fiable y una mayor formación en salud.

*«Yo pienso que es buena idea porque muchas veces, cuando te dicen algo, lo primero que haces es buscar en internet y las fuentes que hay en internet puede que no sean buenas y como que tenga mucha información falsa. Y que el médico tenga información que sepas que está bien y te diga dónde buscar como que pueda ayudarte mucho»*

*«Yo también lo veo buena idea porque hay veces que los médicos por falta de tiempo o cualquier otra cosa no informan del todo bien a los pacientes y entonces los usuarios que se quedan como un poco así de que a lo mejor “me han mandado un tipo de pastillas, pero yo quiero saber más sobre esto”»*

La amplitud en el horario asistencial por la tarde respecto al actual, fue admitida como positiva, en todos los grupos focales. En la actualidad, el servicio de la AP en exclusivo por la mañana genera conflictos de tipo laboral y asistencial. Los entrevistados comparten la idea de implantar el horario de tardes para facilitar la conciliación de la vida laboral y la atención sanitaria.

*«Si puedes ir por la tarde es una liberación porque tú o incluso en pediatría, que los padres no pueden llevar a los hijos por la mañana, se tienen que salir del trabajo»*

*«Sí que es necesario porque claramente reduciría el número de gente que se acumula en un breve tiempo y, por ejemplo, para las personas que estudiamos o trabajan y por la mañana se le hace imposible»*

#### *b) Comentarios negativos de las medidas orientadas a la reducción de la carga de trabajo o presión asistencial*

Los principales conflictos que creen los entrevistados que puede ocasionar la creación de grupos de apoyo surgen de la falta de privacidad, del miedo a que se entienda como un recurso que sustituya a la asistencia individualizada y de que esta medida provoque un aumento de carga asistencial a los profesionales.

*«Yo creo que a lo mejor sí que se pueden encontrar algunas personas... que lo pueden sentir como algo incómodo hablar de eso, porque lo sienten como algo muy íntimo y sí, te puedes encontrar con gente que no... que no le gusta mucho la idea»*

Los aspectos negativos recogidos de las entrevistas en referencia a los vídeos «píldora» están relacionados con las dudas respecto a su poca efectividad que pueda tener para las personas mayores, la importancia de no sustituir al médico presencial, la transmisión de información impersonal y con el aumento de la carga asistencial al sumar un trabajo extra por parte

del profesional. De igual modo, el usuario piensa que no se verían reducidas las consultas a internet con la implantación de esta medida.

*«La capacidad, creo yo, de responder a las preguntas, tú lo que quieres es preguntar, si te dan una información desde pronto te han dicho que tienes una enfermedad o que no sea grave..., pero un vídeo no puede responder a las preguntas, ¿voy a poder fumar? ¿voy poder hacer vida normal?»*

*«La gente necesita esa explicación pero acompañada de sentimiento»*

Específicamente, para la propuesta de asistencia en horario de tarde, los entrevistados han señalado diversos aspectos que consideran «conflictivos». Bajo su perspectiva, consideran que con la falta de profesionales no habría suficiente personal para cubrir el turno de tarde. Por otro lado, cuestionan si los profesionales estarían dispuestos a aceptar esta propuesta, muchos de los trabajadores compaginan su actividad privada con su actividad pública. Y por último creen que aun ofreciendo turno de tarde seguiría sin resolverse la falta de recursos que hay en la AP.

*«Lo importante no es que me abren los centros de salud por la tarde, sino que haya médicos para cubrir la consulta de la tarde o como cuando sonó que se abrían los quirófanos por la tarde pero ¿hay cirujanos para operar por la tarde? porque si no...»*

### *c) Características de la puesta en marcha de las medidas orientadas a la reducción de la carga de trabajo o presión asistencial*

Para el éxito de los grupos de apoyo, los usuarios opinan que deberían ser voluntarios, realizarse bajo recomendación médica y que el usuario conociera sus beneficios con anterioridad para garantizar una buena aceptación. Uno de los aspectos negativos comentados anteriormente fue la poca aceptación que podrían tener por parte de los usuarios recibir terapia en grupo. Por eso, hicieron hincapié en que debería explicarse al usuario que este tipo de terapia aporta numerosos beneficios e incluso, en ocasiones, funciona mejor que la terapia individual.

*«Yo es que creo que sí, pero además es que depende mucho de cómo se comunica al usuario»*

Como alternativa a los grupos de apoyo y siguiendo los mismos objetivos, se planteó la idea de realizar charlas habituales en los centros de salud sobre determinadas patologías, darlas a conocer y que el usuario asista de manera voluntaria.

*«Que eso venga bien cada x tiempo “oye pues mira las personas que tengan esta patología, van a dar unos tips, como se dice ahora, de nutrición y no sé cuántos y si alguien está muy interesado va a ser muy interesante...”, pues sí, es algo, que te podría proponer el médico, te lo podría proponer tu propio médico “oye pues sí, está interesante puedes asistir”»*

En términos generales, los entrevistados opinan que los vídeos deberían tratar temas generales, las cuestiones de enfermedades específicas deben

ser notificadas y explicadas por un profesional. Si se usan para temas más amplios si tendrían buena acogida entre la población. En ningún caso deben sustituir al médico, que debe estar presente para resolver las dudas que se le puedan plantear al usuario. Con el fin de complementar esta medida, proponen como alternativa usar los grupos de apoyo para proyectar estos vídeos píldora y darles presencialidad. No se planteó ninguna alternativa complementaría para esta intervención.

*«Había que poner un poco el límite de qué tipo de enfermedades, qué tipo de vídeos se pueden mandar y qué cosa es mejor intentar enterarse... creo que un vídeo no podría plasmar o incluso podría a lo mejor poner más lisa a la persona. A ver, si se explican cosas generales en el vídeo»*

La característica más recurrente para la asistencia en horario de tarde está relacionada con las preferencias de elección de dicho horario entre los usuarios. Prácticamente todos los grupos afirmaron que los usuarios laboralmente activos deberían tener preferencias sobre el horario de tarde para evitar conflictos laborales y como un derecho de acceso a la salud. No se aportó ninguna alternativa complementaría para esta medida.

*«Además que eso llegue a las personas que más lo necesitan, suelen ser las personas más precarizada porque hay gente que no puede perder de trabajar porque... supón que trabaja en el campo y sabe que el capataz no se lo va a permitir..., es que ya una cuestión de derecho de acceso a la salud, habría que tener en cuenta a las personas que más lo necesitan»*

## RESULTADOS DE LAS MEDIDAS ORIENTADAS A GENERAR NUEVAS COMPETENCIAS

### a) Aspectos positivos sobre las medidas orientadas a generar nuevas competencias

Se propone la figura de un personal específico en atención al usuario de forma presencial, para informar y formar a la población con el objetivo de facilitar la atención y reducir los conflictos. Esta propuesta resultó acogida positivamente entre los usuarios, fue de las medidas más votadas. Los beneficios que creen que supondría en la AP están relacionados con la descarga del personal administrativo, mejora del trato humano y mejora en la información. El usuario señala que el personal administrativo del mostrador descargaría su presión asistencial con la implantación de esta nueva figura al ocuparse de la resolución de dudas y otras gestiones de atención al usuario.

*«Esa persona que se dedica a ayudar también al mostrador administrativo, que a lo mejor puede ser más ágil en las transacciones que realmente son necesarias como dar una cita para un especialista o lo que sea, porque no está dando la explicación de cómo se coge el teléfono porque hay otra persona donde se puede canalizar todo eso»*

En los siguientes ejemplos podemos observar cómo los entrevistados comentan la buena acogida de esta nueva competencia y sus beneficios en un mejor trato humano.

*«Bueno pues para eso están, y sería estupendo, sería todo mucho más humano»*

Por último, mencionan que mejoraría también el sentimiento de desinformación generalizado sobre el funcionamiento del sistema, la falta de atención y la ansiedad que les provoca.

*«Sobre todo presencial, claro porque hay veces que vas con tu duda, la explica y ya lo sabes para siempre. Cuando vas al mostrador o cuando vas a lo otro, tú ya sabes lo que tienes que hacer estar informada del protocolo que ellos tienen y no te causa a ti la angustia de decir y esto ¿cómo será?, pues si ya vas con la duda y sabes que hay una persona que te va a informar sin tener la angustia de ver que está el otro mirándote porque está perdiendo el tiempo»*

La función triadora, médico triador «liberado de urgencias», fue una de las más cuestionadas entre los entrevistados. No hubo un consenso en sus comentarios afirmativos sobre su puesta en marcha, sin embargo, algunos de los usuarios entrevistados consideran que la creación de un médico triador en las urgencias de AP podría ser una solución necesaria para los conflictos de las urgencias. Exponen que podría servir como una especie de filtro para evitar abusos del sistema por parte de algunos usuarios.

*«Cosas se colarían. pero quizás pudiera ser un filtro. Pues mire usted, lo que le pasa a usted verdaderamente no es de urgencias pida cita y eso. Claro no se si la cita te la van a dar al mes y volvemos al punto de salida»*

Implantar figuras de profesionales especializados en la AP tuvo muy buena acogida por parte de los entrevistados. Por eso son varios los aspectos positivos y los beneficios que surgieron de esta propuesta. En primer lugar, en todos los grupos focales destacan los comentarios sobre el éxito de la medida:

*«En la Atención Primaria hace mucha falta, todo lo que has nombrado, profesionales como los demás e incluso a lo mejor más necesarios porque son cuestiones que se dan mucho»*

Por otra parte, el usuario recogió diferentes beneficios en diversos campos como la reducción de carga hospitalaria al reducir listas de espera, una mejora en la atención personalizada y una mayor sensación de asistencia.

*«Nos ayudaría mucho y mejoraría el conflicto y la lista de espera»*

*«Eso en la Atención Primaria, y en la otra ya hay muchísimos meses de espera incluso para poderte dar cita con un nutricionista, con un psicólogo, bueno tardan meses o sea que la Atención Primaria comenzar por ahí y evitaría mucho luego irse a un hospital»*

Otro tema de continuo debate, dentro de los comentarios positivos, fue la importancia de trabajar dentro de un equipo multidisciplinar. Al incorporar nuevas competencias con profesionales especializados sería más viable dentro de la AP.

*«Hacen falta muchísimos más psicólogos que médicos, trabajadores sociales, que como equipo multidisciplinar creo que sería muy interesante que se trabajará de forma conjunta»*

Dentro de este equipo, aunque el profesional necesario más nombrado fue el psicólogo, también se recogieron comentarios sobre la necesidad de incluir otro tipo de profesionales como nutricionistas y trabajadores sociales.

*«Necesitamos más psicólogos y menos médicos, si meten psicólogos en la Atención Primaria, no necesitaríamos tanto al médico»*

*b) Comentarios negativos sobre las medidas orientadas a generar nuevas competencias*

Al igual que la medida anterior, el usuario comparte que la falta de recursos es el principal inconveniente para la puesta en marcha de un personal administrativo exclusivo para la atención al usuario.

*«Faltan recursos, siempre es un tema de recursos, es lo que estamos diciendo, te lo resumo, faltan recursos, falta tiempo con el médico, que me atiendan bien, que tenga una mesica bonita, faltan recursos»*

Los grupos focales señalaron tres inconvenientes fundamentales de la creación de un médico triador exclusivo en las urgencias de AP. Nuevamente aparece la falta de recursos como punto de conflicto, pero también se sumó los conflictos que creen, puede generar ciertos usuarios exigentes y no acepten ser atendidos. El mayor miedo que expresa el usuario es la dificultad para identificar una urgencia verdadera de otra que no lo sea, quién determina y qué criterios se establecen para catalogar la patología de urgencia. Manifiestan que el usuario puede sentir que lo suyo es una urgencia pero en cambio el médico triador no lo considere.

*«Pues yo pienso que en vez de cargar las urgencias y los médicos y más médicos en urgencias, que tendrían que haber más consultas, más médicos y con más consultas en primaria, y eso liberaría la todas casi todas las urgencias»*

*«Hay gente que abusa y no le va a gustar que le digan que no puede entrar, la única forma de educar al usuarios es ponerle límites y quizás no dejarle abusar de la urgencias»*

*«Que yo llego, y que para a mí, que me duela la cabeza dos días me aterroriza porque así empezó una enfermedad cercana y que tu digas “mira, eso es una jaqueca no es una urgencia”, y va xxxx que se ha torcido el tobillo y si es una urgencia. Entonces yo me voy a enfadar porque yo estoy muy asustada porque a mí me lleva doliendo dos días la cabeza mucho, entonces creo que sería un punto de conflicto, va a ser un punto de conflicto seguro»*

*c) Características de la puesta en marcha sobre las medidas orientadas a generar nuevas competencias*

También existe consenso entre todos los entrevistados respecto a las características comunes que debería cumplir el administrativo de ayuda al usuario: visible, accesible y con asistencia tanto presencial como telefónica. Una de las preocupaciones eran los costes que esto supondría para la administración, por lo que proponen, como alternativa, que un administrativo podría encargarse de varios centros.

*«Y también que se haga visible, porque hay mucha gente tiene recursos que no sabe que están en su centro de salud; entonces, a la hora de ponerlo habría que hacerlo visible porque imagino... por ejemplo, mis abuelos y no se enteran de nada y eso, que hay que hacerlo visible para que sepan que tienen ese recurso ahí también»*

La necesidad de poner límites al usuario, como parte de la educación sobre el conocimiento del sistema, fue comentado en varias ocasiones cuando se planteó la propuesta de la creación de función triadora.

*«Y la gente tiene que convivir con los límites, porque si no, estamos en la guerra. Porque los problemas los causan las personas, entonces hay personas que necesitan llevar un abogado metido en la mochila porque son personas conflictivas, y a donde van causan un conflicto. Entonces, con esas personas, no hay ninguna medida que valga, solamente vale un límite, ya está»*

Uno de los aspectos negativos destacados fue el miedo del usuario a no ser atendido por el médico si este consideraba que no era una urgencia. La alternativa que se propuso fue establecer, de forma pública, el orden de preferencia de las urgencias para el conocimiento previo de los usuarios y, en la misma medida usar un sistema de triaje para el turno de asistencia.

*«Yo creo que igual una manera de conseguir educar al usuario y a la vez no crear ese conflicto sería, por ejemplo, poner orden de prioridad según las urgencias que entren y hacer saber al usuario. Por ejemplo, si vienes por algo que puede ser atendido mañana o pasado en el centro de salud y no en urgencias como tal decirte: “mira los que hay”, un orden de lista según las patologías que con las que te presentas... y no te lo digo yo, lo dice según como estaba ordenado urgencias, es una manera de no crear un conflicto»*

Entre los usuarios tuvo muy buena acogida la incorporación de personal especializado, y aunque se hizo referencia a diferentes tipos de profesiones y la importancia de formar un equipo multidisciplinar, sí que prácticamente hubo un acuerdo en que el psicólogo debería ser uno de los principales para tratar los aquellos temas de salud mental.

Se propuso también, alternativamente a la propuesta, que la atención podía ir incluso más allá de la asistencia en el propio centro de salud. Los profesionales especializados podrían desplazarse y realizar campañas de salud dentro del propio barrio: en los colegios, en institutos, asociaciones de vecinos, etc.

*«La salud mental sería importantísima que estuviera en el centro de salud»*

## RESULTADOS DE LAS MEDIDAS ORIENTADAS AL CRECIMIENTO PERSONAL/PROFESIONAL

Aunque la formación personal y profesional hacia los trabajadores no son medidas que impliquen directamente al usuario, si que fue un tema propuesto a debate e incluso en ocasiones surgió de manera espontánea desde los grupos de usuarios. En numerosas ocasiones, los entrevistados hacen mención a la necesidad de que el personal que trabaja en AP reciba formación en el trato del paciente (asertividad, habilidades de comunicación, etc.), gestión de usuarios conflictivos, empatía y prevención del burnout.

### *a) Aspectos positivos sobre medidas orientadas al crecimiento personal/profesional*

Los beneficios que creen que pueden obtenerse van relacionados tanto con el usuario como con los propios trabajadores. Los participantes reflejan que sería una tranquilidad para ellos y reduciría muchos de los conflictos generados por la actitud del profesional. De igual manera, opinan que el profesional puede beneficiarse personalmente y prevenir el síndrome de burnout.

*«Yo pienso que sí, que una formación continuada como muchos oficio tenemos una formación continuada de trato al paciente, es que además el trabajador cuándo sabe más se siente mejor, porque sabes actuar mejor»*

*«Muchas veces y entran por una medida de protocolo a seguir y entonces hasta mucho incluso hasta ellos mismos no se sienten bien con la actuación que han tenido con un paciente pero es que a lo mejor es que no lo saben hacer de otra manera y entonces tener herramientas que sepan ellos como utilizarla en los momentos adecuados muy bien»*

### *b) Aspectos negativos sobre el crecimiento personal/profesional*

Los comentarios negativos fueron muy escasos entre los participantes en lo que se refiere a la formación dirigida al profesional. No obstante, reflejan la dificultad del profesional a nivel comunicativo.

*«No todos tenemos habilidades comunicativas y, precisamente, dentro del entorno de salud, creo que es muy complicado ser asertivo, sobre todo porque es que además tienes que hacerte responsable de muchas carencias que son sistémicas, es decir, que ellos no tienen culpa de cierto retraso, de ciertas falta de recurso, de ciertos problemas, y llega un momento en el que es fácil que también se les agoten las vías de comunicación y que no sepan ser asertivo»*

### *c) Características de la puesta en marcha sobre las medidas de crecimiento personal/profesional*

Los cursos de formación para profesionales, según los usuarios, deberían estar incluidos en su tiempo de trabajo y ser obligatorios, como una actividad laboral más. Los usuarios que no compartían la obligatoriedad de

los mismos, comentan que podría incentivarse al personal mediante algún tipo de bonificación si hicieran los cursos.

*«Yo obligatorio tal vez no, pero más que obligatorio porque le quitan como más puntos o algo que sea un incentivo de que no se ven en la obligación si no, pues si haces un curso de tal cosa tienes tantos pues a lo mejor para trasladado»*

La propuesta que también aporta el usuario, independientemente de la formación durante la vida laboral activa, es empezar esta formación incluso durante su actividad académica.

*«Bueno yo creo que sería necesaria incluso en la carrera, estando ya en la carrera por lo menos a nivel de psicológico,... yo creo que lo tendrían que ir aprendiendo, al menos como asignatura en la, porque es parte en su profesión»*

## DISCUSIÓN

En respuesta a los objetivos planteados, se extrajeron, se elaboraron y se recogieron las opiniones de todas las medidas propuestas agrupadas según el tipo de abordaje y acorde a los resultados de los estudios anteriores (Pina et al., 2021; Pina et al., 2022). Estas se ordenaron en 4 bloques con el fin de cubrir las necesidades encontradas y los focos de conflicto. El mayor número de medidas fueron las que tenían como objetivo la mejora de la comunicación, seguidamente de las medidas encaminadas hacia la disminución de la carga asistencial, en tercer lugar las medidas encaminadas hacia la creación de nuevas competencias y, en el último bloque, las encaminadas hacia el crecimiento personal y profesional. Los usuarios de los servicios de Atención Primaria han aportado comentarios de afirmación y aceptación sobre las intervenciones planteadas, beneficios que creen podrían obtenerse tras la implantación, aspectos negativos que no comparten con las propuestas, características que consideran necesarias aclarar y posibles alternativas a tener en cuenta para un mayor éxito de su puesta en marcha. A modo de resumen, dentro de todas las propuestas expuestas, las de mayor preferencia y de mayor prioridad entre los usuarios fueron: la contratación del personal administrativo para informar al usuario, la contratación de personal especializado, la incorporación de la asistencia por la tarde, la comunicación de los tiempos de espera y la formación del personal en empatía. También, y aunque no fue una medida propuesta, el usuario reclama más tiempo en la consulta diaria.

Existe sintonía en la elección de intervenciones propuestas y revisiones sistemáticas recientes sobre violencia laboral hacia profesionales tipo II, que estudian los factores desencadenantes y vías de prevención. García-Pérez et al. (2021) concluye la necesidad de realizar medidas preventivas dirigidas a educar a la población, dirigidas al cuidado de las salas y por último intervenciones que mejoren la capacitación del personal en

habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento. La idea de intervenciones multicomponentes que incluyan al usuario se podría relacionar con un mayor éxito en cuanto a tasas de prevención de la violencia. (Geoffrion et al. 2020; Somani et al. 2021). A su vez, algunos de los comentarios recogidos, también parecen estar en línea con las preocupaciones de estudios recientes realizados a usuarios dentro de la Atención Primaria (Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019).

Implantar medidas enfocadas a la mejora de la comunicación entre los profesionales y los usuarios ya ha sido propuesta previamente. Hemos podido observar en nuestros trabajos anteriores que es un tema recurrente entre nuestros resultados (Pina et al., 2021; Pina et al., 2021). Gutiérrez-Fernández, 2017 aborda la deshumanización y la despersonalización de la Atención Primaria y su relación con la ausencia de una adecuada interrelación y comunicación entre los ámbitos personales del paciente y los miembros del equipo asistencial. Entre nuestros resultados, estas propuestas tuvieron muy buena acogida, el usuario piensa que la mayoría de propuestas ayudaría a la relación con los profesionales por ambas partes y disminuiría los conflictos derivados por la falta de información y de tipo laboral. La falta de información, puede generar ansiedad, incertidumbre y estrés en el usuario, aumentando las posibilidades de confrontamiento.

Del mismo modo, algunas de las medidas propuesta en referencia a la mejora de las vías de comunicación, ya han sido valoradas en otros ámbitos de la salud, obteniendo resultados de reducción en los incidentes violentos, buenas valoraciones entre los usuarios y aceptación entre los trabajadores. Los profesionales opinan que favoreciendo las vías de comunicación pueden conocer mejor la realidad de la asistencia (Batista et al., 2011; Fletcher et al., 2019; O'Sullivan et al.2020; Pelto-Piri and Kjellin, 2021). Unos de los puntos más debatidos de este bloque, fue «puntuar la asistencia recibida». El usuario cuestiona esta propuesta por la poca aceptación que piensan tendría entre los trabajadores y por el sentimiento de sentirse juzgados. Sin embargo, podría tener una buena aceptación si se enfoca como una herramienta de ayuda al profesional que sirva para identificar las carencias y trabajar sobre ellas dando recursos y formación en habilidades comunicativas. Esta idea va en consonancia con estudios previos en los propios profesionales, manifiestan la necesidad de implantar formación dirigida a aumentar las habilidades de comunicación, resolución de conflictos (Pina et al., 2022).

Esta propuesta va entrelazada con la necesidad de implantar formación de crecimiento personal/profesional planteada en nuestro estudio. El usuario opina que serían imprescindible, obligatoria, incluida dentro de su jornada laboral y desde la formación académica. Autores como Straßner et al. (2018) proponen la obligatoriedad de formación durante el postgrado. No se recogieron prácticamente comentarios negativos. El profesional debería ser conocedor de que formarse en programas de prevención, comunicación, juego de roles, autoconfianza, empatía... son eficaces para

la resolución de conflictos y para que el propio profesional se sienta mejor. (Jeong y Lee, 2020; Lantta et al., 2020; Maagerø-Bangstad et al., 2020). Esto podría motivar la realización de los mismos e incluso desde sus estudios sanitarios.

Nuestros resultados recogen que las propuestas para la reducción de la carga asistencial, estas tienen buena acogida de cara a cubrir la necesidad de información y la carencia de apoyo emocional de la sanidad actual, pero sin embargo, fue discutida su efectividad sobre la reducción de la carga asistencial. Tanto como para los «grupos de apoyo» como para los vídeos «píldora» los usuarios opinaban que quizás supondría un trabajo extra al profesional, se cuestionó la efectividad a medio-largo plazo. La evidencia muestra que fomentar la prevención y la promoción de la salud evitan numerosos ingresos hospitalarios de emergencias al igual que mejoran la calidad de vida (Kasteridis et al., 2015; Landoll et al., 2019; Straßner et al., 2018). De forma indirecta, también se evitan las consultas de tipo «paternalista» y se implica al usuario en su propio proceso curativo ofreciéndole alternativas, información y recomendaciones (Gilbert et al., 2008; Gudde et al., 2015; Maagerø-Bangstad et al., 2020).

Se discutió sobre el respeto a la intimidad sobre los grupos de apoyo entre los participantes, sin embargo, la bibliografía recoge sus numerosos beneficios. Hay evidencia empírica de que los grupos de trabajo tienen más beneficios que incluso la terapia individual para el tratamiento de ciertas patologías. Permiten potenciar el autoconocimiento a través de la comunicación, aportan referentes, ofrecen apoyo, aportan motivación para mejorar, manejo del dolor, mejora de la calidad de vida, estrategias de afrontamiento y técnicas de gestión emocional (Dutra et al., 2008; Ibáñez, 2016; Ochoa et al., 2010).

Aunque se puso en duda la acogida por parte de los profesionales de la asistencia en horario de tarde y la capacidad de recursos económicos para su puesta en marcha, sí que destacaron los beneficios sobre la conciliación de la vida laboral y la asistencia sanitaria siempre y cuando se le diera preferencia al usuario laboralmente activo. Los beneficios de la ampliación del horario asistencial sobre la reducción de la carga asistencial, ya ha sido abordada por estudios previos en la Atención Primaria sobre todo en consulta pediátrica. Los niños y las niñas son grandes demandantes de estos servicios y los padres en situación laboral tienen dificultades de conciliación recurriendo a los servicios de urgencia como recurso alternativo (Oliiva et al., 2017).

La incorporación de personal especializado en la Atención Primaria se plantea como imprescindible para cubrir las necesidades de atención biopsicosocial. Existe una brecha asistencial en algunas de las patologías más demandadas con base emocional en la Atención Primaria, los profesionales sanitarios ya sea por falta de tiempo o competencias se ven obligados a un exceso de medicalización. Este aspecto se encuentra entre uno de los focos de conflicto identificados previamente (Pina et al., 2021; Pina et al., 2022).

Con el objetivo de cubrir esta necesidad, entre nuestros resultados se apoya la incorporación de personal especializado que mejore las listas de espera, la atención personalizada y la satisfacción del paciente, los profesionales más demandados fueron psicólogos y trabajadores sociales en consonancia con estudios previos (Landoll et al., 2019).

La viabilidad económica para llevar a cabo la mayoría de intervenciones estuvo presente durante casi todas las entrevistas y todos los grupos focales. El usuario pone en duda que la salud pública destine recursos a mejorar los aspectos reflejados. Los recortes económicos en la sanidad provocan rechazo social (Ruiz y Bayle, 2016). Finalmente, salió a debate el desconocimiento sobre algunas funciones como pueden ser el manejo de nuevas tecnologías, gestión de solicitudes, citas con especialistas, pruebas complementarias y las consecuencias que esto conlleva. En ocasiones, generan ansiedad, nerviosismo y conflicto entre los usuarios. Por eso, la creación de un personal administrativo exclusivo para resolver cuestiones de ayuda al usuario fue la medida más votada como de implantación urgente en nuestros resultados y apoyada, a su vez, por la bibliografía (Savage et al., 2019).

## LIMITACIONES

El presente estudio no está libre de limitaciones. Los estudios cualitativos se limitan a la descripción y la categorización de los datos obtenidos, y no permiten establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. También pensamos que deben tenerse en cuenta las discrepancias existentes entre los sistemas de gestión de los centros de Atención Primaria según su ubicación geográfica.

## CONCLUSIONES

Es necesario introducir cambios que promuevan la comunicación, la seguridad, la confianza, la formación, la información y la implicación de los usuarios si queremos una atención sanitaria en entornos más seguros. Los cambios deben ir más allá del nivel individual e incluir un paquete de intervenciones exitosas que involucren a todas las partes interesadas: usuarios, profesionales y gerencia.

Muchas veces se descuida la implementación de medidas a nivel de usuario, y una de las finalidades de esta tesis es sensibilizar y trabajar para reducir la violencia con acciones que también lo involucren.

El usuario necesita ser escuchado. Este reclama positivamente su implicación en los planes de intervención o estrategias orientados a la mejora de

la convivencia en ambientes sanitarios. Implicarlo favorece la convivencia y la relación. Aun así, es necesario seguir trabajando para mejorarlas y conocer su efectividad con más profundidad. Se necesitan más estudios que midan efectividad de programas conjuntos.

Los autores del presente informe proponen varias direcciones futuras: por un lado la elaboración de un programa de intervención con las soluciones aquí propuestas, de tal manera que se pueda cuantificar la eficacia de estas mediante la inclusión de un grupo control. En segundo lugar sería interesante la realización de estudios longitudinales de corte cuantitativo para proponer modelos explicativos a la relación de las variables estudiadas. Finalmente, estudios similares en distintas zonas geográficas que nos permita comparar y profundizar la visión del usuario más profundamente.

#### DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos sin procesar que respaldan las conclusiones de este artículo serán puestos a disposición del interesado por parte de los autores, sin reservas indebidas.

#### DECLARACIÓN ÉTICA

Los estudios con participantes humanos fueron revisados y aprobados por el Comité Ético de Investigación de la Universidad de Murcia (ID: 3555/2021). Los pacientes/participantes dieron su consentimiento informado por escrito para participar en este estudio.

#### EXPRESIONES DE GRATITUD

Este estudio ha sido posible gracias a la participación de todos los miembros de la red sanitaria pública de la Región de Murcia. También queremos agradecer al equipo de colaboradores Paula Almagro Lozano, Pablo Bastida Gómez, Isabel García Marqués, Alba Gómez Moreno y Carlota Lacárcel Gutiérrez.

#### REFERENCIAS

- ALIAGA, L., BAIXAULI, V. J., MURILLO, M. D. y SÁEZ, F. J. (2020). *COVID-19: problemas y soluciones en Atención Primaria y farmacia comunitaria*. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).
- ALTEMIR, M. y ARTEAGA, A. (2018). Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. *Enfermería Clínica*, 28(2), 125-132, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.002>

- BATISTA, C.B., SOUZA, A., CARMO, J. y TORRES, V. (2011). Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Trabalho Educação e Saúde*, 9(2), 295–317. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200008>
- BRAUN, V. y CLARKE V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- CÁNOVAS PALLARÉS, J. M., PINA, D., RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A., GALIÁN-MUÑOZ, I., PARDO RÍOS, M., LLOR-ESTEBAN, B. y PUENTE-LÓPEZ, E. (2021). Violencia de usuarios hacia profesionales sanitarios y no sanitarios en Servicios de Urgencias Hospitalarias. Estudio transversal descriptivo-comparativo. *Revista Española de Salud Pública*, 95(1).
- CHANG, Y. P., LEE, D. C., CHANG, S. C., LEE, Y. H. y WANG, H.H. (2019). Influence of work excitement and workplace violence on professional commitment and turnover intention among hospital nurses. *Journal of Clinical Nurses*, 28(11- 12), 2171-2180. <https://doi.org/10.1111/jocn.14808>
- COMISIÓN EUROPEA (2021). *Comunicación de la comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de las regiones. Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021- 2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación*. Comisión Europea.
- COMISIONES OBRERAS (CC.OO.) y FEDERACIÓN DE SANIDAD Y SECTORES SOCIO-SANITARIOS. (2011). *Guía Básica de Riesgos Laborales específicos para el Sector Sanitario*. Gráficas Santa María.
- DAFNY, H.A. y BECCARIA, G. I. (2020). I do not even tell my partner: Nurses' perceptions of verbal and physical violence against nurses working in a regional hospital. *Journal of Clinical Nursing* 29(17-18), 3336–3348. <https://doi.org/10.1111/jocn.15362>
- DEVI, S. (2020). COVID-19 exacerbates violence against health workers. *Lancet*, 396(10252), 658. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31858-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31858-4)
- DOIS-CASTELLÓN, A. M. y BRAVO-VALENZUELA, P. F. (2019). Buen trato en Centros de Atención Primaria chilena ¿privilegio o derecho humano? *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4).
- DUTRA, L., STATHOPOULOU, G., BASDEN, S. L., LEYRO, T. M., POWERS, M. B. y OTTO, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>
- EDMONDS, W. A. y KENNEDY, T. D. (2017). *An Applied Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781071802779>
- ELSI, M. y NOVERA, I. (2019). Different triage categorization using Emergency Severity Index (ESI) method in emergency department. *Enfermería Clínica*, 29(1), 101–104. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.031>
- FLETCHER, J., BUCHANAN-HAGEN, S., BROPHY, L., KINNER, S.A. y HAMILTON, B. (2019). Consumer perspectives of safewards impact in acute inpatient mental health wards in Victoria, Australia. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 461. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00461>

- GALIÁN-MUÑOZ, I., LLOR-ZARAGOZA, L., RUIZ-HERNÁNDEZ, J. A. y JIMÉNEZ-BARBERO, J. A. (2018). Exposición a violencia de los usuarios y satisfacción laboral en el personal de enfermería de los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Anuario Del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(2), 181–189. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0310>
- GAMME, M. y ERIKSSON, B. G. (2018). Promoting personal growth and balancing risk of violence in community-based mental health care: A professional perspective. *SAGE Open*, 8(2), 215824401878498. <https://doi.org/10.1177/2158244018784984>
- GARCÍA-PÉREZ, M. D., RIVERA-SEQUEIROS, A., SÁNCHEZ-ELÍAS, T. M. y LIMA-SERRANO, M. (2021). Agresiones laborales a profesionales sanitarios e infradeclaración: Caracterización y brechas en el conocimiento para su prevención. *Enfermería Clínica*, 31(6), 390-395. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.05.001>
- GEOFFRION, S., HILLS, D. J., ROSS, H. M., PICH, J., HILL, A. T., DALSBØ, T. K., RIAHI, S., MARTÍNEZ-JARRETA, B. y GUAY, S. (2020). Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD011860. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011860.pub2>
- GILBERT, H., ROSE, D. y SLADE, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(1), 92. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>
- GUDDE, C. B., OLSØ, T. M., WHITTINGTON, R. y VATNE, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 449-462. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S89486>
- GUTIÉRREZ-FERNÁNDEZ, R. (2017). La humanización de la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38.
- HENDERSON, C., FLOOD, C., LEESE, M., THORNICROFT, G., SUTHERBY, K. y SZMUKLER, G. (2009). Views of service users and providers on joint crisis plans: Single blind randomized controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 44(5), 369-376.
- IBÁÑEZ, E. (2016). Beneficio del apoyo psicosocial a la calidad de vida de niños y niñas enfermos de cáncer: Una revisión sistemática cualitativa. *Revista colombiana de enfermería*, 4(4), 125–145. <https://doi.org/10.18270/rce.v4i4.1417>
- JATIC, Z., ERKOCEVIC, H., TRIFUNOVIC, N., TATEREVIC, E., KECO, A., SPORISEVIC, L. y HASANOVIC, E. (2019). Frequency and forms of workplace violence in primary health care. *Medical Archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 73(1), 6–10. <https://doi.org/10.5455/medarh.2019.73.6-10>
- JEONG, Y. y LEE, K. (2020). The development and effectiveness of a clinical training violence prevention program for nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4004. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114004>
- KASTERIDIS, P., MASON, A.R., GODDARD, M.K., JACOBS, R., SANTOS, R. y MCGONIGAL, G. (2015). The influence of primary care quality on hospital admissions for people with dementia in England: A regression analysis. *PLoS ONE*, 10(3), e0121506. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121506>

- KRUEGER, R.A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada [Focus groups: Practical guide for applied research]*. Ediciones Pirámide.
- LANDOLL, R. R., MAGGIO, L. A., CERVERO, R. M. y QUINLAN, J. D. (2019). Training the doctors: A scoping review of interprofessional education in primary care behavioral health (PCBH). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(3), 243-258. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9582-7>
- LANTTA, T., VARPULA, J., CHEUNG, T., WONG, W.K., CHENG, P. Y. I, NG, T., NG, C. F., YAM, C.P., IP, G., BRESSINGTON, D. y VÄLIMÄKI, M. (2020). Prevention and management of aggressive behaviour in patients at psychiatric hospitals: a document analysis of clinical practice guidelines in Hong Kong. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1079-1091. <https://doi.org/10.1111/inm.12742>
- LIU, J., GAN, Y., JIANG, H., LI, L., DWYER, R., LU, K., YAN, S., SAMPSON, O., XU, H., WANG, C., ZHU, Y., CHANG, Y., YANG, Y., YANG, T., CHEN, Y., SONG, F. y LU, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927-937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
- LÓPEZ-GARCÍA, C., RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A., LLOR-ZARAGOZA, L., LLOR-ZARAGOZA, P. y JIMÉNEZ-BARBERO, J. A. (2018). User violence and psychological well-being in primary health-care professionals. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(2), 57-63. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a6>
- MAAGERØ-BANGSTAD, E. R., SÆLØR, K. T. y NESS, O. (2020). Managers' perceptions of competence and practice development following education in the prevention and management of staff-directed aggression: promoting person-centered practice. *International Practice Development Journal*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.19043/ipdj.102.008>
- MERRIAM, S. B. (2009). *Qualitative Research. A Guide to Design and Implementation*. Jossey-Bass.
- MORALES, P. (2016). *Medición de actitudes en psicología y educación [Measuring Attitudes in Psychology and Education]*. Universidad Pontificia Comillas.
- OCHOA, C., MATÉ, J., GIL, F., SUMALLA, E. C., CASTEJÓN, V., RODRÍGUEZ, A. y BLANCO, I. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120007A>
- OLIVA, S. A. y OLIVA, A. A. (2017). ¿Por qué acuden los niños a Urgencias? *Nuberos científica*, 3(22), 35-40.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) (2016). *Estrés en el trabajo: Un reto colectivo*. Organización Internacional del Trabajo.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD e INTERNACIONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS (OIT, CIE, OMS, ISP). (2002). *Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Organización Internacional del Trabajo.
- O'SULLIVAN, O. P., CHANG, N. H., NJOVANA, D., BAKER, P. y SHAH, A. (2020). Quality improvement in forensic mental health: the East London forensic violence reduction collaborative. *BMJ Open Quality*, 9(3), e000803. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000803>

- PATTON, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. SAGE Publications.
- PELTO-PIRI, V. y KJELLIN, L. (2021). Social inclusion and violence prevention in psychiatric inpatient care. A qualitative interview study with service users, staff members and ward managers. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1255. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07178-6>
- PÉREZ-FUENTES, M. C., MOLERO JURADO, M. M., MARTOS MARTÍNEZ, A. y GÁZQUEZ LINARES, J. J. (2019). Analysis of the risk and protective roles of work-related and individual variables in burnout syndrome in nurses. *Sustainability*, 11(20), 5745. <https://doi.org/10.3390/su11205745>
- PINA, D., LÓPEZ-ROS, P., LUNA-MALDONADO, A., LUNA RUIZ-CABALLERO, A., LLOR-ESTEBAN, B., RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A., GARCÍA-JIMÉNEZ, J.J., PUENTE-LÓPEZ, E. y MARTÍNEZ-JARRETA, B. (2021). Users' perception of violence and conflicts with professionals in Primary Care centers before and during COVID-19. A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 9, 810014. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014>
- PINA, D., PEÑALVER-MONTEAGUDO, C. M., RUIZ-HERNÁNDEZ, J. A., RABADÁN-GARCÍA, J. A., LÓPEZ-ROS, P. y MARTÍNEZ-JARRETA, B. (2022). Sources of conflict and prevention proposals in user violence toward Primary Care staff: A qualitative study of the perception of professionals. *Frontiers in Public Health*, 10, 862896. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.862896>
- RAMACCIATI, N., CECCAGNOLI, A., ADDEY, B. y RASERO, L. (2018). Violence towards emergency nurses. The Italian 649 National Survey 2016: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.017>
- RUIZ, S.F. y BAYLE, M.S. (2016). España: Grandes retrocesos en el Sistema Sanitario con algunas expectativas de mejora. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva*, 10(1), 59-73. <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1870>
- RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A., LÓPEZ-GARCÍA, C., LLOR-ESTEBAN, B., GALIÁN-MUÑOZ, I. y BENAVENTE-RECHE, A. P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 295-305. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.06.001>
- SABBATH, E. L., HURTADO, D. A., OKECHUKWU, C. A., TAMERS, S. L., NELSON, C., KIM, S. S., WARNER, G. y SORENSON, G. (2014). Occupational injury among hospital patient-care workers: what is the association with workplace verbal abuse? *American Journal Industrial Medicine*, 57(2), 222-232. <https://doi.org/10.1002/ajim.22271.28>
- DE SAN SEGUNDO, M., GRANIZO, J. J., CAMACHO, I., MARTÍNEZ DE ARAMAYONA, M.J., FERNÁNDEZ, M. y SÁNCHEZ-ÚRIZ, M.A. (2017). Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). *Semergen*, 43(2), 85-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.017>
- SAVAGE, C., BJESSMO, S., BORISENKO, O., LARSSON, H., KARLSSON, J. y MAZZOCATO, P. (2019). Translating 'See-and-Treat' to primary care: opening the gates does not cause a flood. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(7), 30-36. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy244>

- SCHMIDT, H. G., VAN GOG, T., SCHUIT, S. C., VAN DEN BERGE, K., VAN DAELE, P. L., BUEVING, H., VAN DER ZEE, T., VAN DEN BROEK, W., VAN SAASE, J.L. y MAMEDE, S. (2016). Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment. *BMJ Quality & Safety*, 26(1), 19-23. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004109>
- SOMANI, R., MUNTANER, C., HILLAN, E., VELONIS, A. J. y SMITH, P. (2021). A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings. *Safety and Health at Work*, 12(3), 289-295. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.04.004>
- STRASSNER, C., STEINHÄUSER, J., FREUND, T., SZECSENYI, J. y WENSING, M. (2018). German healthcare professionals' perspective on implementing recommendations about polypharmacy in general practice: a qualitative study. *Family Practice*, 35(4), 503-510. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz127>
- TONG, A., SAINSBURY, P. y CRAIG, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- TRANCHE IPARRAGUIRRE, S., MARTÍN ÁLVAREZ, R. y PÁRRAGA MARTÍNEZ, I. (2021). The challenge of the COVID-19 pandemic for Primary Care. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), 85-92.
- TUCKER, J., WHITEHEAD, L., PALAMARA, P., ROSMAN, J.X. y SEAMAN, K. (2020). Recognition and management of agitation in acute mental health services: a qualitative evaluation of staff perceptions. *BMC Nursing*, 19(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00495-x>