

ORIGINAL

Opinión de los profesionales acerca de diversos aspectos laborales de los servicios de urgencias y emergencias de Cataluña: Estudio OPENCAT

Javier Jacob, Emili Gené, Gilberto Alonso, Pere Rimbau, José Zorrilla, Francesc Casarramona, Cristina Netto, Pere Sánchez, Ricard Hernández, Xavier Escalada, Òscar Miró

Objetivo. Investigar las condiciones contractuales y formativas de los socios de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SoCMUE) que trabajan en el ámbito de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) en Cataluña, y su percepción acerca de algunos recursos disponibles y aspectos de su práctica laboral.

Método. Estudio descriptivo transversal mediante encuesta enviada a los socios de SoCMUE. Se distinguieron médicos hospitalarios y extrahospitalarios, enfermeros hospitalarios y extrahospitalarios, y técnicos en emergencia sanitaria (TES). Se realizaron agrupaciones de médico/enfermero y hospitalario/extrahospitalario.

Resultados. Respondieron 616 de 1.273 socios (48,4%). Respecto a los enfermeros, los médicos tienen mayor porcentaje de profesionales no comunitarios, contratos más vinculados a urgencias/emergencias, y han realizado menos formación de postgrado en MUE. Los profesionales hospitalarios, respecto a los extrahospitalarios, tienen mayor proporción de contratos fijos y vinculados al propio servicio, han realizado menos formación de postgrado, y la proporción de especialistas en medicina interna es mayor y en medicina familiar y comunitaria menor. Existe la percepción generalizada de plantillas insuficientes. La transferencia de pacientes es considerada mayoritariamente buena o correcta, pero es peor percibida por extrahospitalaria. El 13,5% refiere una conciliación familiar imposible, más frecuentemente en el ámbito hospitalario. El 88,2% ha sufrido algún tipo de agresión, el 60% lo comunicó a sus superiores (enfermeros más que médicos) y el 10,1% lo denunció judicialmente.

Conclusión. Para los socios de la SoCMUE, en la práctica de la MUE en Cataluña, existen algunas condiciones laborales mejorables y la relación entre colectivos de profesionales es poco óptima en algunos aspectos.

Palabras clave: Urgencias. Emergencias. Práctica profesional. Encuesta. Opinión. Medicina de urgencias y emergencias.

Filiación de los autores:
Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SoCMUE), Barcelona, España.

Contribución de los autores:
Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia:
Òscar Miró
Àrea de Urgències
Hospital Clínic
C/ Villarroel, 170
08036 Barcelona, España

Correo electrónico:
omiro@clinic.cat

Información del artículo:
Recibido: 19-10-2016
Aceptado: 17-12-2016
Online: 24-1-2017

Editor responsable:
Francisco Javier Martín-Sánchez,
MD, PhD.

Occupational aspects of emergency medicine practice in Catalonia: the OPENCAT opinion survey

Objective. To gather information on the contracting and training of members of the Catalan Society of Emergency Medicine (SoCMUE) who work in emergency medicine and services in Catalonia. To survey their opinions on certain aspects of resource availability and working conditions.

Methods. Cross-sectional descriptive study based on a survey sent to SoCMUE members. We studied the opinions of 5 types of respondent: hospital physicians, out-of-hospital physicians, hospital nurses, out-of-hospital nurses, and emergency medical technicians. Responses were grouped to compare the opinions of physicians and nurses and workers in hospital and prehospital settings.

Results. We received 616 responses from 1273 members (48.4% response rate). More physicians than nurses come from outside Catalonia and have contracts specifically linked to emergency care; in addition, physicians have done less postgraduate training in emergency medicine. More hospital staff than prehospital staff have permanent contracts linked to the department where they work. More hospital physicians are specialized in internal medicine than in family and community medicine. The opinion that emergency services are inadequately staffed was widespread. Most respondents believed that patient transport is good or adequate. However, respondents working in prehospital services expressed a lower opinion of transport. Great difficulty in combining work with family (life achieving work-life balance) was expressed by 13.5% overall, and more often by hospital staff. Some type of aggression was experienced by 88.2%; 60% reported the event to superiors. Nurses reported aggression more often than physicians. A police report was filed by 10.1%.

Conclusion. Emergency medicine working conditions can be improved in Catalonia according to members of SoCMUE. Relations between groups of professionals are not optimum in some aspects.

Keywords: Emergency health services. Emergencies. Health occupations: working conditions. Survey. Opinion. Emergency medicine.

Introducción

El informe SUHCAT¹⁻⁴ describe las características de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en Cataluña mediante a una amplia encuesta de 353 preguntas realizada a 79 de los 82 responsables de estos SUH. El estudio muestra un mapa físico¹, funcional², docente e investigador³ detallado de la situación en la que se encontraban los SUH catalanes en 2012. Además, recoge el estado de opinión de sus responsables y de su entorno acerca de la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE)⁴. No obstante, el estudio SUHCAT no contempla otros aspectos de interés como la opinión de los trabajadores de estos SUH en relación a aspectos laborales que tienen un impacto directo en el profesional o en la conciliación familiar. Aspectos como la violencia en el ámbito laboral son de interés, ya que son los servicios de urgencias el entorno donde se sufren con más frecuencia agresiones, siendo la agresión verbal la más frecuente, que puede llegar a afectar hasta a un 75-80% de los trabajadores de urgencias⁵⁻⁸. Otros aspectos, como las buenas relaciones entre los profesionales, aumentan la satisfacción laboral y disminuyen la violencia transversal^{9,10}. El informe SUHCAT tampoco explora los servicios de emergencias extrahospitalarios ni las relaciones que se establecen entre sus profesionales y los de los SUH.

Por todos estos motivos, la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SoCMUE) decidió abordar el estudio OPENCAT (Opinión de los Profesionales de urgencias y Emergencias de Cataluña) con el objetivo de conocer las condiciones contractuales y formativas de los socios de la SoCMUE que trabajan en el ámbito de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) en Cataluña, y su percepción acerca de algunos recursos disponibles y aspectos de su práctica laboral.

Este estudio se complementa con el estudio SUHCAT-5¹¹, donde la opinión de los socios de la SoCMUE respecto a algunos aspectos de los SUH de Cataluña se compara con la que mostraron sus responsables en el informe SUHCAT.

Método

El estudio OPENCAT es un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta estructurada, de una duración estimada inferior a 10 minutos para ser respondida. El universo motivo de estudio lo constituyeron todos los socios de la SoCMUE. Los miembros de la Junta Directiva de la SoCMUE, en tres reuniones sucesivas, elaboraron una encuesta con 22 preguntas. De estas, 8 forman parte del informe SUHCAT-5¹¹, mientras que 18 (4 preguntas son compartidas en los dos estudios) forman parte del estudio OPENCAT, estructuradas en 4 apartados: 1) características de los profesionales y sus contratos, 2) formación académica de los profesionales, 3) percepción respecto a recursos de apoyo a la actividad laboral y 4) percepción respecto a diferentes aspectos del desarrollo de su actividad laboral. La encuesta se envió a los socios de la SoCMUE por correo electrónico utilizando la plataforma docs.google.com, y garantizando la confidencialidad de los datos individuales, al solicitar datos personales. El encuestado tenía que responder a todas las preguntas de manera obligatoria y una vez finalizada no tenía la opción de poder repetir la encuesta. El periodo de envío y respuesta fue entre diciembre del 2015 y febrero del 2016. La encuesta se envió hasta un máximo de 5 ocasiones para asegurar la máxima participación posible. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitari de Bellvitge.

Con la finalidad de comparar los diferentes aspectos de opinión, se realizaron cinco grupos de profesionales en función del estamento laboral al cual pertenecía el socio: médico hospitalario o extrahospitalario, enfermería hospitalaria o extrahospitalaria y técnico en emergencias sanitarias (TES). Posteriormente, para realizar determinados análisis y facilitar las comparaciones estadísticas, se realizaron cuatro agrupaciones diferentes: 1) grupo médico: agrupa médicos de hospitalaria y extrahospitalaria; 2) grupo enfermería: agrupa enfermería hospitalaria y extrahospitalaria; 3) grupo hospitalario: agrupa médicos y enfermería hospitalaria; y 4) grupo extrahospitalaria: que agrupa médicos y enfermería extrahospitalaria. En estas dos últimas agrupaciones no se incluyó a los TES por no estar representados en el ámbito hospitalario, su comparador natural. Además, se investigó si el tipo de contrato o el tipo de horario de trabajo tenían influencia en su percepción de algunos aspectos laborales.

Los resultados de la encuesta se tabularon individualmente en una base de datos utilizando el programa SPSS 18.0. Los resultados de las variables cualitativas se resumieron en valores absolutos y porcentajes, y las cuantitativas en media y desviación estándar para las distribuciones normales, lo cual se comprobó con el test de Kolmogorov-Smirnov, o en medianas y percentiles 25 y 75 (p25-75) para las distribuciones no normales. Para la comparación entre grupos se utilizó el test de ji cuadrado (de tendencia lineal para las variables categóricas con relación ordinal), el test exacto de Fisher, el análisis de la varianza de una vía o el test de Kruskal-Wallis, según el tipo de variable y las condiciones de aplicabilidad. En todos los casos, se aceptó que existían diferencias significativas cuando el valor de p fue inferior a 0,05.

Los resultados de la encuesta se tabularon individualmente en una base de datos utilizando el programa SPSS 18.0. Los resultados de las variables cualitativas se resumieron en valores absolutos y porcentajes, y las cuantitativas en media y desviación estándar para las distribuciones normales, lo cual se comprobó con el test de Kolmogorov-Smirnov, o en medianas y percentiles 25 y 75 (p25-75) para las distribuciones no normales. Para la comparación entre grupos se utilizó el test de ji cuadrado (de tendencia lineal para las variables categóricas con relación ordinal), el test exacto de Fisher, el análisis de la varianza de una vía o el test de Kruskal-Wallis, según el tipo de variable y las condiciones de aplicabilidad. En todos los casos, se aceptó que existían diferencias significativas cuando el valor de p fue inferior a 0,05.

Resultados

La encuesta se envió a los 1.273 socios de la SoCMUE, de los cuales 792 son médicos, 365 enfermeros y 106 TES. Contestaron 616 socios (48,4%): 367 médicos (46,3% de los socios médicos), 190 enfermeros (52,1% de los socios enfermeros) y 59 TES (55,7% de los socios TES).

En cuanto a las características de los profesionales ((Tabla 1), la mayoría es de nacionalidad española, con contrato fijo indefinido y vinculado a urgencias, con ho-

Tabla 1. Características profesionales, laborales y formativas de los socios que participaron en el estudio

	Total N = 616 n (%)	Médico hospitalario N = 275 n (%)	Médico extrahospitalario N = 92 n (%)	Enfermería hospitalaria N = 88 n (%)	Enfermería extrahospitalaria N = 102 n (%)	TES N = 59 n (%)
Procedencia						
Español	569 (92,4)	243 (88,4)	84 (91,3)	87 (98,9)	99 (97,1)	56 (94,9)
Comunitario	17 (2,8)	9 (3,3)	2 (2,2)	1 (1,1)	3 (2,9)	2 (3,4)
No comunitario	30 (4,9)	23 (8,4)	6 (6,5)	0 (0)	0 (0)	1 (1,7)
Tipo de contrato						
Contrato fijo indefinido vinculado a urgencias	416 (67,5)	205 (74,5)	52 (56,5)	59 (67,0)	62 (60,8)	38 (64,4)
Contrato no fijo (incluye interino) vinculado a urgencias	93 (15,1)	38 (13,8)	21 (22,8)	11 (12,5)	17 (16,7)	6 (10,2)
Contrato fijo indefinido no vinculado a urgencias	64 (10,4)	22 (8,0)	11 (12,0)	11 (12,5)	12 (11,8)	8 (13,6)
Contrato no fijo (incluye interino) no vinculado a urgencias	43 (7,0)	10 (3,6)	8 (8,7)	7 (8,0)	11 (10,8)	7 (11,9)
Tipo de jornada laboral						
Jornada con horario fijo	556 (90,3)	245 (89,1)	87 (94,6)	79 (89,8)	90 (88,2)	55 (93,2)
Jornada con horario cambiante	60 (9,7)	30 (10,9)	5 (5,4)	9 (10,2)	12 (11,8)	4 (6,8)
Su contrato contempla la carrera profesional						
Sí471 (76,5)	223 (81,1)	76 (82,6)	74 (84,1)	83 (81,4)	15 (25,4)	
No	120 (19,5)	38 (13,8)	14 (15,2)	10 (11,4)	18 (17,6)	40 (67,8)
No sabe, no contesta	25 (4,1)	14 (5,1)	2 (2,2)	4 (4,5)	1 (1,0)	4 (6,8)
Tipo de especialidad médica						
Medicina familiar y comunitaria	200 (54,6)	138 (50,4)	62 (67,4)	–	–	–
Medicina Interna	70 (19,1)	67 (24,5)	3 (3,3)	–	–	–
Medicina intensiva	11 (3,0)	8 (2,9)	3 (3,3)	–	–	–
Anestesiología y reanimación	5 (1,4)	1 (0,4)	4 (4,3)	–	–	–
Cirugía ortopédica y traumatología	3 (0,3)	3 (1,1)	0 (0)	–	–	–
Otras especialidades médicas	21 (5,7)	16 (5,8)	5 (5,4)	–	–	–
Otras especialidades quirúrgicas	9 (2,5)	7 (2,6)	2 (2,2)	–	–	–
No especialidad	47 (12,8)	34 (12,4)	13 (14,1)	–	–	–
Tipo de formación en medicina de urgencias y emergencias						
Formación postgrado en urgencias (máster universitario)	364 (59,1)	115 (41,8)	71 (77,2)	65 (73,9)	100 (98,0)	13 (22,0)
Especialidad en urgencias en otro país	12 (1,9)	10 (3,6)	2 (2,2)	–	–	–
No realizado formación específica en urgencias	240 (39,0)	150 (54,5)	19 (20,7)	23 (26,1)	2 (2,0)	46 (78,0)

TES: Técnico en emergencias sanitarias.

rario fijo y con carrera profesional. Respecto a la formación académica, el estamento médico tiene mayoritariamente la especialidad de medicina familiar y comunitaria, seguida de medicina interna. Más de la mitad de los profesionales ha realizado formación de postgrado en MUE. La distribución de algunas de estas características tiene diferencias significativas entre grupos de profesionales, como se aprecia en la Tabla 2. Así, al comparar médicos con enfermeros, se aprecia que existen más profesionales no comunitarios entre los médicos y que sus contratos están vinculados a urgencias con mayor frecuencia, en tanto que los enfermeros han realizado con más frecuencia formación de postgrado específica en MUE. Cuando se comparó el estamento hospitalario con el extrahospitalario, se observó que los profesionales de hospital tienen con mayor frecuencia contratos fijos y más a menudo vinculados al propio servicio, mientras que los extrahospitalarios no tienen tan frecuentemente este grado de vinculación y han realizado formación de postgrado específica en MUE con mayor frecuencia. Referido exclusivamente a los profesionales médicos, los extrahospitalarios más frecuentemente tienen la especialidad de medicina familiar y comunitaria, mientras que los de hospital son con más frecuencia especialistas en medicina interna.

Respecto a la percepción de los diversos aspectos laborales encuestados, estos se presentan detallados en la Tabla 3 y las comparaciones entre los distintos grupos en la Tabla 4. La mayoría de socios dispone de sistema

informático en el lugar de trabajo, más en el entorno hospitalario que en el extrahospitalario, la opinión mayoritaria es que la calidad es correcta (41,3%) y consideran que de manera habitual les facilita el trabajo, aunque esta última opinión es más frecuente en los médicos y en el estamento hospitalario. La mayoría de profesionales dispone de un área de descanso compartida, aunque el estamento hospitalario refiere una mayor ausencia de estas áreas, y con una calidad que consideran más deficiente que buena, siendo peor percibida por médicos y entre los profesionales del entorno hospitalario. Existe la percepción generalizada que la dimensión de la plantilla es insuficiente, bien ocasionalmente o bien frecuentemente, lo cual lo manifiestan más habitualmente los médicos y el estamento hospitalario. La relación entre los profesionales hospitalarios y extrahospitalarios durante la transferencia de pacientes es considerada mayoritariamente buena o correcta, aunque es peor percibida por los profesionales de extrahospitalaria. También destacan diferencias significativas en la percepción de la frecuencia con que no se permite dejar a los pacientes que llegan al SUH en ambulancia; así los médicos y el personal hospitalario cree con mayor frecuencia que esto nunca se produce. Es habitual la conciliación familiar, si bien el 13,5% refiere que esta es imposible, principalmente entre los profesionales hospitalarios. Hay pocos socios que refieran no haber sufrido alguna vez agresiones verbales o físicas durante el desempeño de su trabajo (11,8%), y se observa que la

Tabla 2. Estudio comparativo de las características profesionales, laborales y formativas de los socios que participaron en el estudio, en función de su agrupación por formación académica y por estamento

	Médicos N = 367 n (%)	Enfermería N = 190 n (%)	Valor de p	Estamento hospitalario N = 363 n (%)	Estamento extrahospitalario N = 194 n (%)	Valor de p
Procedencia			< 0,001			0,255
Español	327 (89,1)	186 (97,9)		330 (90,9)	183 (94,3)	
Comunitario	11 (3,0)	4 (2,1)		10 (2,8)	5 (2,6)	
No comunitario	29 (7,9)	0 (0)		23 (6,3)	6 (3,1)	
Tipo de contrato*			0,384			0,002
Contrato fijo indefinido	290 (79,0)	144 (75,8)		297 (81,8)	137 (70,6)	
Contrato no fijo (incluye interino)	77 (21,0)	46 (24,2)		66 (18,2)	57 (29,4)	
Tipo de contrato en función de la vinculación a urgencias*			0,021			0,017
Contrato vinculado a urgencias	316 (86,1)	149 (78,4)		313 (86,2)	152 (78,4)	
Contrato no vinculado a urgencias	51 (13,9)	41 (21,6)		50 (13,8)	42 (21,6)	
Tipo de jornada laboral**			0,573			0,459
Jornada con horario fijo	332 (90,5)	169 (88,9)		324 (89,3)	177 (91,2)	
Jornada con horario cambiante	35 (9,5)	21 (11,1)		39 (10,7)	17 (8,8)	
Su contrato contempla la carrera profesional			0,594			0,089
Sí	299 (81,5)	157 (82,6)		297 (81,8)	159 (82,0)	
No	52 (14,2)	28 (14,7)		48 (13,2)	32 (16,5)	
No sabe, no contesta	16 (4,4)	5 (2,6)		18 (5,0)	3 (1,5)	
Tipo de especialidad médica***						< 0,001
Medicina familiar y comunitaria	-	-	-	138 (50,4)	62 (67,4)	
Medicina Interna	-	-	-	67 (24,5)	3 (3,3)	
Otra especialidad	-	-	-	35 (12,8)	34 (15,2)	
Sin especialidad	-	-	-	34 (12,4)	13 (11,6)	
Tipo de formación en medicina de urgencias y emergencias			< 0,001			< 0,001
Formación postgrado en urgencias (máster universitario) o especialidad en urgencias en otro país (en el caso de los médicos)	198 (54,0)	165 (86,8)		190 (52,3)	173 (89,2)	
No he realizado formación específica en urgencias	169 (46,0)	25 (13,2)		173 (47,7)	21 (10,8)	

Para el análisis estadístico, se ha excluido el estamento de los técnicos en emergencias sanitarias por falta de comparador. *La variable "Tipo de contrato" se ha agrupado en dos tipos de variables: contrato fijo o no fijo y contrato dependiente a urgencias o no. **La variable "Tipo de jornada laboral" se ha agrupado en jornada con horario fijo (jornada de 40 o de 35 horas semanales) o con horario cambiante (antes variable "Jornada de horas o turnos"). ***Solo se presenta y analiza la comparación entre 275 médicos hospitalarios y 92 médicos extrahospitalarios.

agresión física es más frecuente en el colectivo de enfermería. El agredido denuncia a sus superiores las agresiones un 60% de las veces, y judicialmente un 10,1%. El colectivo de enfermería, respecto al médico, denuncia con mayor frecuencia las agresiones a sus superiores, y no se aprecian diferencias entre médicos y enfermeros o entre el ámbito hospitalario y el extrahospitalario en cuanto al porcentaje de denuncias judiciales.

Las condiciones del contrato de trabajo influyen en algunas de las opiniones vertidas por los socios (Figura 1). Así, la percepción de una plantilla insuficiente es mayor para los profesionales que tienen un horario cambiante. Por otra parte, la imposibilidad para la conciliación familiar se produce más frecuentemente en los profesionales con contrato no fijo, cuando dicho contrato no está vinculado al propio servicio (de urgencias o de emergencias) y entre aquellos que tienen un horario cambiante. Finalmente, las agresiones durante el desempeño del trabajo no presentan diferencias significativas en función de las características del contrato laboral.

Discusión

El estudio OPENCAT aporta información de los socios de la SoCMUE respecto a diferentes aspectos de su ámbito laboral hasta ahora no investigados desde esta perspectiva. Son muchos los datos obtenidos, por lo

que centraremos la discusión en los cuatro bloques que consideramos más relevantes o novedosos.

La primera reflexión hace referencia a la formación de los profesionales médicos. El informe SUHCAT-2² mostró que la mayoría de médicos que trabajan en urgencias tienen la especialidad en medicina familiar y comunitaria, seguido por la de medicina interna, con un 24,0% y 16,6%, respectivamente. Estos resultados son coherentes con los del actual estudio, si bien los porcentajes encontrados en el estudio OPENCAT son mucho más elevados, un 54,6% y 19,1% respectivamente, y con una mayor diferencia en la representación de estas dos especialidades mayoritarias. La mayor representación de estas dos especialidades probablemente se deba a un mayor interés asociativo de estos especialistas, a su vez posiblemente debido a un mayor compromiso con la práctica de la MUE de forma mantenida y no como un ejercicio profesional ocasional en el tiempo. Por otro lado, la mayor desigualdad encontrada en cuanto a la distribución de estas dos especialidades se deba a que la mayoría de médicos especialistas en medicina interna trabajan en el ámbito hospitalario, mientras que en el ámbito extrahospitalario (el cual no fue investigado en el informe SUHCAT) se concentran los especialistas en medicina familiar y comunitaria. En cualquier caso, resulta muy llamativo que con respecto a la formación específica en MUE, cerca de un 60% de los encuestados haya optado por

Tabla 3. Resultado de las preguntas de opinión de los socios que participaron en el estudio

	Total N = 616 n (%)	Médico hospitalario N = 275 n (%)	Médico extrahospitalario N = 92 n (%)	Enfermería hospitalaria N = 88 n (%)	Enfermería extrahospitalaria N = 102 n (%)	TES N = 59 n (%)
Dispone de soporte informático (n = 616)						
Sí	569 (92,4)	275 (100)	74 (80,4)	86 (97,7)	90 (88,2)	44 (74,6)
No	47 (7,6)	0 (0)	18 (19,6)	2 (2,3)	12 (11,8)	15 (25,4)
Calidad del soporte informático (n = 569)						
Muy buena	22 (3,9)	15 (5,5)	1 (1,4)	6 (7,0)	0 (0)	0 (0)
Buena	126 (22,1)	73 (26,5)	15 (20,3)	14 (16,3)	16 (17,8)	8 (18,2)
Correcta	235 (41,3)	101 (36,7)	28 (37,8)	36 (41,9)	47 (52,2)	23 (52,3)
Deficiente	143 (25,1)	66 (24,0)	22 (29,7)	22 (25,6)	23 (25,6)	10 (22,7)
Muy deficiente	43 (7,6)	20 (7,3)	8 (10,8)	8 (9,3)	4 (4,4)	3 (6,8)
El sistema informático le facilita el trabajo (n = 569)						
De manera habitual	362 (63,6)	210 (76,4)	44 (59,5)	48 (55,8)	47 (52,2)	13 (29,5)
De manera excepcional	171 (30,1)	56 (20,4)	24 (32,4)	31 (36,0)	35 (38,9)	25 (56,8)
Nunca	36 (6,3)	9 (3,3)	6 (8,1)	7 (8,1)	8 (8,9)	6 (8,1)
Disponen de un área de descanso en urgencias (n = 616)						
Sí, exclusiva	98 (15,9)	54 (19,6)	8 (8,7)	9 (10,2)	17 (16,7)	10 (17,0)
Sí, compartida	447 (72,6)	170 (61,8)	84 (91,3)	71 (80,7)	84 (82,3)	38 (64,4)
No	71 (11,5)	51 (18,6)	0 (0)	8 (9,1)	1 (1,0)	11 (18,6)
Calidad del área de descanso (n = 545)						
Muy buena	23 (4,2)	4 (1,8)	4 (4,3)	2 (2,5)	9 (8,9)	4 (8,3)
Buena	86 (15,8)	21 (9,4)	18 (19,6)	10 (12,5)	28 (27,7)	9 (18,8)
Correcta	232 (42,6)	110 (49,1)	37 (40,2)	27 (33,8)	39 (38,6)	19 (39,6)
Deficiente	158 (29,0)	70 (31,2)	26 (28,3)	31 (38,8)	21 (20,8)	10 (20,8)
Muy deficiente	46 (8,4)	19 (8,5)	7 (7,6)	10 (12,5)	4 (4,0)	6 (12,5)
Dimensión de la plantilla						
Suficiente, excepto situaciones excepcionales	159 (25,8)	49 (17,8)	18 (19,6)	14 (15,9)	50 (49,0)	28 (47,5)
Ocasionalmente insuficiente*	235 (38,1)	122 (44,4)	41 (44,6)	21 (23,9)	32 (31,4)	19 (32,2)
Es frecuentemente insuficiente**	222 (36,0)	104 (37,8)	33 (35,9)	53 (60,2)	20 (19,6)	12 (20,3)
Percepción de la relación entre profesionales de extrahospitalaria y hospitalaria durante la transferencia del paciente en urgencias						
Muy buena	53 (8,6)	23 (8,4)	4 (4,3)	13 (14,8)	7 (6,9)	6 (10,2)
Buena	162 (26,3)	90 (32,7)	11 (12,0)	24 (27,3)	24 (23,5)	13 (22,0)
Correcta	305 (49,5)	135 (49,1)	53 (57,6)	43 (48,9)	50 (49,0)	24 (40,7)
Deficiente	88 (14,3)	26 (9,5)	20 (21,7)	8 (9,1)	21 (20,6)	13 (22,0)
Muy deficiente	8 (1,3)	1 (0,4)	4 (4,3)	0 (0)	0 (0)	3 (5,1)
Frecuencia con la que no se permite transferir al paciente de la ambulancia al hospital						
De manera habitual	151 (24,5)	36 (13,1)	31 (33,7)	19 (21,6)	33 (32,4)	32 (54,2)
De manera excepcional	323 (52,4)	144 (52,4)	50 (54,3)	48 (54,5)	56 (54,9)	25 (42,4)
Nunca	142 (23,1)	95 (34,5)	11 (12,0)	21 (23,9)	13 (12,7)	2 (3,4)
Su trabajo le permite tener conciliación laboral						
Sí, habitualmente	297 (48,2)	131 (47,6)	40 (43,5)	28 (31,8)	64 (62,7)	34 (57,6)
Sí, en ocasiones	236 (38,3)	102 (37,1)	45 (48,9)	38 (43,2)	32 (31,4)	19 (32,2)
Nunca	83 (13,5)	42 (15,3)	7 (7,6)	22 (25,0)	6 (5,9)	6 (10,2)
Ha sufrido algún tipo de agresión durante su trabajo						
No ha sufrido agresiones	73 (11,8)	28 (10,2)	9 (9,8)	9 (10,2)	21 (20,6)	6 (10,2)
Sí, solo agresiones verbales	340 (55,2)	190 (69,1)	58 (63,0)	35 (39,8)	38 (37,3)	19 (32,2)
Sí, agresiones físicas (física y verbal o física)	202 (33,0)	57 (20,7)	25 (27,2)	44 (50,0)	43 (42,2)	34 (57,6)
Lo ha denunciado a su superior (n = 543 agredidos)						
No lo he denunciado	217 (40,0)	103 (41,7)	30 (36,1)	20 (25,3)	37 (45,7)	27 (50,9)
Sí, solo por agresiones verbales	179 (32,9)	103 (41,7)	31 (37,3)	25 (31,6)	16 (19,8)	4 (7,5)
Sí, por agresiones físicas (física y verbal o física)	147 (27,1)	41 (16,6)	22 (26,6)	34 (43,1)	28 (34,6)	22 (41,5)
Lo ha denunciado judicialmente (n = 543 agredidos)						
No lo he denunciado	488 (89,9)	233 (94,3)	10 (12,0)	74 (91,4)	–	–
Sí, solo por agresiones verbales	0 (0)	14 (5,7)	70 (88,6)	7 (8,6)	–	–
Sí, por agresiones físicas (física y verbal o física)	55 (10,1)	14 (5,7)	10 (12,0)	9 (11,4)	7 (8,6)	15 (28,3)

TES: Técnico en emergencias sanitarias.

*El personal resulta escaso algún día de la semana o alguna semana del año. **El personal resulta escaso muchos días de la semana o muchas semanas del año.

realizar estudios universitarios de postgrado para mejorar su formación, porcentajes que alcanzan el 98% y el 77,2% en enfermeros y médicos de extrahospitalaria, respectivamente. Este hecho pone de manifiesto el déficit formativo al acabar los estudios reglados y evidencia la necesidad de la especialidad tanto en enfermería de

urgencias y emergencias como en MUE en España. La necesidad formativa detectada el estudio OPENCAT se suma a diferentes llamadas realizadas desde EMERGENCIAS¹²⁻¹⁴ a otros datos objetivos a favor de dichas especialidades, como son el ámbito europeo al que España pertenece^{15,16}, la opinión de un amplio sector profesio-

Tabla 4. Estudio comparativo de las preguntas de opinión de los socios que participaron en el estudio

	Médicos N = 367 n (%)	Enfermería N = 190 n (%)	Valor de p (tendencia lineal)	Estamento hospitalario N = 363 n (%)	Estamento extrahospitalario N = 194 n (%)	Valor de p (tendencia lineal)
Dispone de soporte informático (n = 557)			0,237			< 0,001
Sí349 (95,1)	176 (92,6)		361 (99,4)	164 (84,5)		
No	18 (4,9)	14 (7,4)		2 (0,6)	30 (15,5)	
Calidad del soporte informático (n = 525)			0,346			0,052
Muy buena	16 (4,6)	6 (3,4)		21 (5,8)	1 (0,6)	
Buena	88 (25,2)	30 (17,0)		87 (24,1)	31 (18,9)	
Correcta	129 (37,0)	83 (47,2)		137 (38,0)	75 (45,7)	
Deficiente	88 (25,2)	45 (25,6)		88 (24,4)	45 (27,4)	
Muy deficiente	28 (8,0)	12 (6,8)		28 (7,8)	12 (7,3)	
El sistema informático le facilita el trabajo (n = 525)			< 0,001			< 0,001
De manera habitual	254 (72,8)	95 (54,0)		258 (71,5)	91 (55,5)	
De manera excepcional	80 (22,9)	66 (37,5)		87 (24,1)	59 (36,0)	
Nunca	15 (4,3)	15 (8,5)		16 (4,4)	14 (8,5)	
Disponen de un área de descanso en urgencias (n = 557)			0,195			0,014
Sí, exclusiva	62 (16,9)	26 (13,7)		63 (17,4)	25 (12,9)	
Sí, compartida	254 (69,2)	155 (81,6)		241 (66,4)	168 (86,6)	
No	51 (13,9)	9 (4,7)		59 (16,3)	1 (0,5)	
Calidad del área de descanso (n = 497)			0,035			< 0,001
Muy buena	8 (2,5)	11 (6,1)		6 (2,0)	13 (6,7)	
Buena	39 (12,3)	38 (21,0)		31 (10,2)	46 (23,8)	
Correcta	147 (46,5)	66 (36,5)		137 (45,1)	76 (39,4)	
Deficiente	96 (30,4)	52 (28,7)		101 (33,2)	47 (24,4)	
Muy deficiente	26 (8,2)	14 (7,7)		29 (9,5)	11 (5,7)	
Dimensión de la plantilla			0,037			< 0,001
Suficiente, excepto situaciones excepcionales	67 (18,3)	64 (33,7)		63 (17,4)	68 (35,1)	
Ocasionalmente insuficiente*	163 (44,4)	53 (27,9)		143 (39,4)	73 (37,6)	
Es frecuentemente insuficiente**	137 (37,3)	73 (38,4)		157 (43,3)	53 (27,3)	
Percepción de la relación entre profesionales de extrahospitalaria y hospitalaria durante la transferencia del paciente en urgencias			0,585			< 0,001
Muy buena	27 (7,4)	20 (10,5)		36 (9,9)	11 (5,7)	
Buena	101 (27,5)	48 (25,3)		114 (31,4)	35 (18,0)	
Correcta	188 (51,2)	93 (48,9)		178 (49,0)	103 (53,1)	
Deficiente	46 (12,5)	29 (15,3)		34 (9,4)	41 (21,1)	
Muy deficiente	5 (1,4)	0 (0)		1 (0,3)	4 (2,1)	
Frecuencia con la que no se permite transferir al paciente de la ambulancia al hospital			< 0,001			< 0,001
De manera habitual	67 (18,3)	52 (27,4)		55 (15,2)	64 (33,0)	
De manera excepcional	194 (52,9)	104 (54,7)		192 (52,9)	106 (54,6)	
Nunca	106 (28,9)	34 (17,9)		116 (32,0)	24 (12,4)	
Su trabajo le permite tener conciliación laboral			0,944			0,001
Sí, habitualmente	171 (46,6)	92 (48,4)		159 (43,8)	104 (53,6)	
Sí, en ocasiones	147 (40,1)	70 (36,8)		140 (38,6)	77 (39,7)	
Nunca	49 (13,4)	28 (14,7)		64 (17,6)	13 (6,7)	
Ha sufrido algún tipo de agresión durante su trabajo			0,002			0,725
No ha sufrido agresiones	37 (10,1)	30 (15,8)		37 (10,2)	30 (15,5)	
Sí, solo agresiones verbales	248 (67,6)	73 (38,4)		225 (62,0)	96 (49,4)	
Sí, agresiones físicas (física y verbal o física)	82 (22,3)	87 (45,8)		101 (27,8)	68 (35,1)	
Lo ha denunciado a su superior (n = 490 agredidos)			0,001			0,565
No lo he denunciado	133 (40,3)	57 (35,6)		123 (37,7)	67 (40,9)	
Sí, solo agresiones verbales	134 (40,6)	41 (25,6)		128 (39,3)	47 (28,7)	
Sí, agresiones físicas (física y verbal o física)	63 (19,1)	62 (38,8)		75 (23,0)	50 (30,5)	
Lo ha denunciado judicialmente (n = 490 agredidos)			0,302			0,207
No lo he denunciado	306 (92,7)	144 (90,0)		303 (92,9)	147 (89,6)	
Sí, solo agresiones verbales	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Sí, agresiones físicas (física y verbal o física)	24 (7,3)	16 (10,0)		23 (7,1)	17 (10,4)	

Para el análisis estadístico se ha excluido el estamento de los técnicos en emergencias sanitarias por falta de comparador.

*El personal resulta escaso algún día de la semana o alguna semana del año. **El personal resulta escaso muchos días de la semana o muchas semanas del año.

nal^{4,17-19} y social^{20,21}, el interés por ejercer la MUE entre los médicos aspirantes a médico interno residente²² y los estudiantes de Medicina²³, o el hecho contrastado de que ningún programa formativo de las especialidades aprobadas oficialmente en España cubre con suficiencia el ámbito de conocimiento de la MUE²⁴.

Otro aspecto valorado en la encuesta fue la relación entre los profesionales de la MUE, el cual no ha sido previamente investigado en España. Este punto se analizó mediante la pregunta acerca de la calidad de la transferencia del paciente que llega al SUH en ambulancia, pues probablemente sea el punto en el que los tres

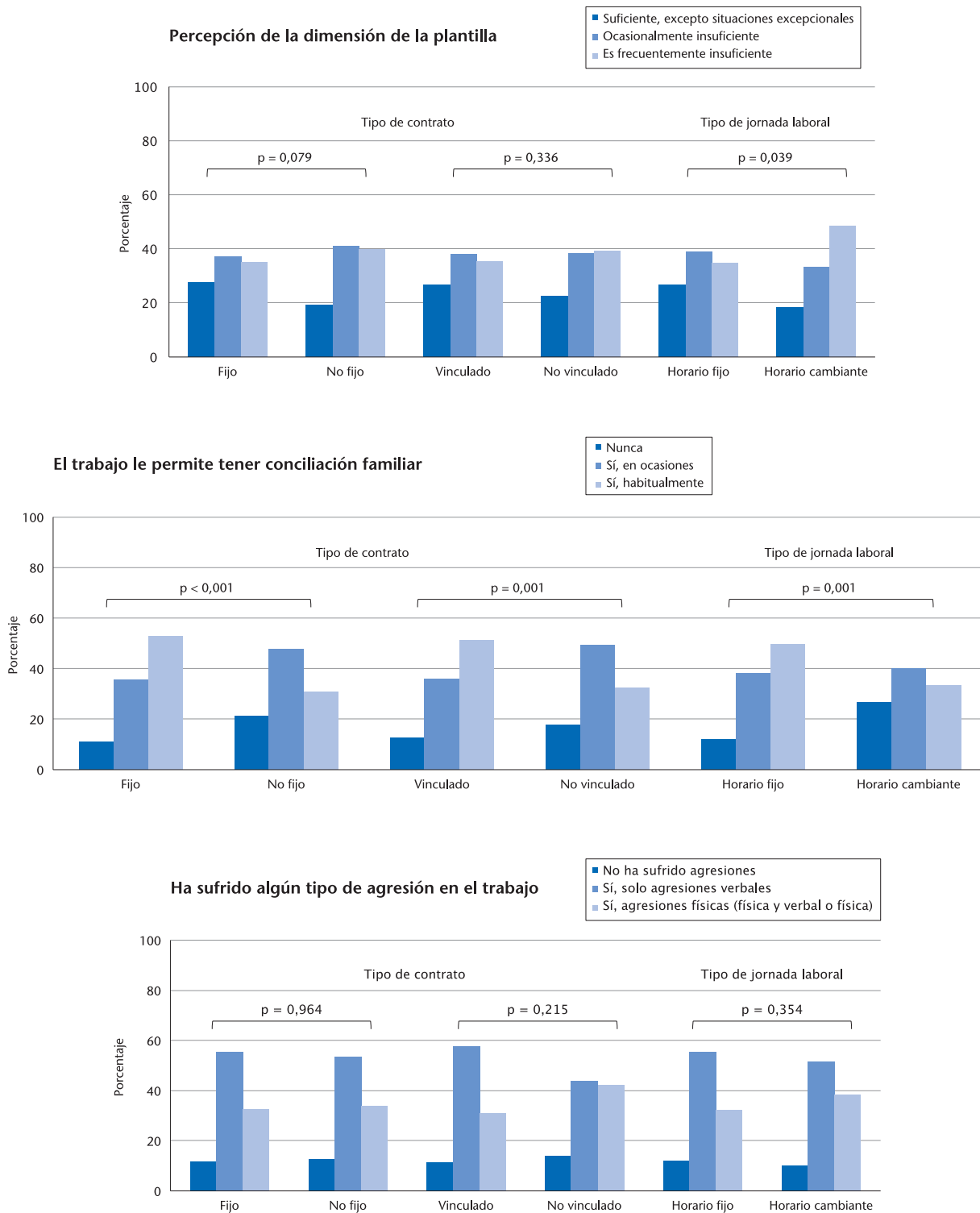


Figura 1. Estudio comparativo en percepción de la dimensión de la plantilla, la conciliación familiar y la agresión durante el desempeño del trabajo en función del tipo de contrato y de la jornada laboral (p de tendencia lineal).

colectivos (médicos, enfermeros y TES) y los dos estamentos (extrahospitalario y hospitalario) interactúan con mayor frecuencia. Esta relación la consideran deficiente o muy deficiente un 15,6% de los profesionales, y esta percepción es clara y significativamente más pre-

valente entre los profesionales del ámbito extrahospitalario, y muy similar en sus tres perfiles de profesionales (médicos, enfermeros y TES). Aunque el elevado estrés que conlleva la actividad en urgencias y emergencias se conoce bien²⁵⁻²⁸, ello no debería servir de atenuante de

la inaceptable mala relación que en ocasiones se pueda establecer entre compañeros. Por ello, consideramos fundamental investigar en el futuro las razones últimas de estas percepciones entre los profesionales de la MUE en Cataluña, con el fin de poner en marcha acciones de mejora. Adicionalmente, esta pregunta única del estudio OPENCAT nos ha permitido ver que debe profundizarse con mayor detalle en otros aspectos relacionales dentro de este colectivo durante el desempeño de su trabajo, y también en sus relaciones con otros profesionales de otras especialidades o colectivos médicos. En España, a diferencia de otros países²⁹⁻³¹, esto es muy poco conocido hasta ahora y resulta fundamental descubrirlo en toda su extensión, ya que una mala relación entre profesionales se asocia a desmotivación y actitudes de violencia^{9,10}. Intervenciones educativas pueden mejorar claramente estas relaciones con efectos positivos en calidad laboral, civismo, respeto y satisfacción^{32,33}.

En tercer lugar, existe un 13,5% de profesionales que opinan que la conciliación familiar les resulta imposible, mayoritariamente en el grupo hospitalario. Tal vez el hecho que en casi el 50% de los SUH de Cataluña persistan los sistemas de guardias de 16 o 24 horas puede influir de forma importante². Así, esta hipótesis la hemos podido constatar cuando se ha analizado la relación entre el tipo de horario del profesional con la conciliación familiar. Aquellos profesionales con horario cambiante tienen una peor conciliación familiar, de la misma forma que esto se observa en los profesionales con contratos no fijos y en aquellos con contratos no vinculados con los propios servicios de urgencias o emergencias. La dificultad para la conciliación familiar es una constante en las sociedades occidentales a la que solo se ha empezado a prestar atención durante los últimos años. Por las condiciones en las que se desarrolla el trabajo en la MUE, es previsible que esta conciliación familiar sea aún más difícil si cabe que en otras especialidades médicas, si bien no hemos podido encontrar estudios publicados en este campo que lo atestigüen. En todo caso, parece que la falta de conciliación familiar es un elemento más que puede contribuir al desarrollo de *burnout* en los profesionales de urgencias y emergencias, por lo que deben explorarse las medidas encaminadas a poder corregirla^{26,34,35}.

Finalmente, en el apartado de agresiones, los encuestados refieren un elevado porcentaje de agresiones: en concreto, la agresión física llegó al 32,9% y la verbal al 85,7%. Estas agresiones se producen más en el estamento de enfermería, especialmente la extrahospitalaria. Estas son cifras similares a las presentadas en dos estudios recientemente publicados en España: Bernaldo-De-Quirós *et al.*³⁶ encuestaron 441 profesionales del SUMMA-112 (Madrid) y encontraron que el 34,5% había recibido agresiones físicas, el 75,3% amenazas y el 76,4% insultos o injurias; Galián-Muñoz *et al.*³⁷, por su parte, analizaron una muestra de 137 enfermeros de SUH de la Región de Murcia y encontraron que el 36,5% había recibido algún tipo de agresión física du-

rante el último año y el 90,5% agresiones verbales. Estas cifras son similares a otros entornos geográficos como Estados Unidos, con una idiosincrasia diferente y donde la cultura de denunciar los hechos está más implantada. Así, Kowalenko *et al.*⁷ realizan una encuesta a 171 médicos de urgencias en el estado de Michigan, y constatan que un 74,9% había sufrido una agresión verbal y un 28,1% física. Ante esta elevada incidencia de agresiones, destaca la escasa tendencia a la denuncia de los profesionales de la MUE en Cataluña, tanto a sus superiores como especialmente a las instancias judiciales, probablemente porque el profesional sanitario asume en cierta medida la agresión como parte de su trabajo³³. Es posible que también exista la percepción de un respaldo insuficiente por parte de la empresa, especialmente en el caso de las agresiones verbales. Son necesarios programas de educación para la población, pero también hay que preparar al profesional de urgencias para prevenir estas agresiones³⁸, puesto que aunque estos programas tienen un impacto positivo a corto plazo, los resultados a largo plazo son más dudosos. Así lo demuestra un estudio de Fernandes *et al.*³² en el cual la aplicación de un programa de prevención de la violencia consigue disminuir las agresiones a los 3 meses (OR 0,35; IC95% 0,15-0,84), pero este efecto beneficioso desaparece a los 6 meses (OR 0,79; IC95% 0,48-1,40). Debe tenerse en cuenta que a los ojos de la actual ley española, y en concreto de la última actualización de la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal (publicada el 31/03/2015 y con entrada en vigor el 01/07/2015), las agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud constituyen un delito de atentado contra la autoridad.

Nuestro estudio presenta diversas limitaciones. La primera es que la encuesta se dirigió a los socios de la SoCMUE, y no podemos saber hasta qué punto son representativos del universo real de los profesionales que trabajan en urgencias y emergencias, y si el porcentaje de asociación y de respuesta a la encuesta de los socios es proporcional del universo de cada estamento y ámbito profesional. La segunda es que contestaron la encuesta cerca del 50% de socios, y pueden haber sido aquellos con un interés específico. La tercera es que la encuesta no preguntó por el género ni edad del socio y, por tanto, no podemos saber si existen percepciones diferentes en función de estas variables, especialmente en aspectos como la conciliación familiar o las agresiones. Con todo, creemos que el estudio OPENCAT pone de manifiesto, por parte de los socios de SoCMUE que trabajan en los servicios de urgencias y emergencias algunos hechos relevantes que sugieren que hay que mejorar las condiciones laborales, la comunicación entre profesionales y aplicar programas de prevención de la violencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Financiación

Los autores declararan la no existencia de financiación externa del presente artículo.

Responsabilidades éticas

El Comité de Ética del Hospital Universitari de Bellvitge aprobó la realización del estudio. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Agradecimientos

Los autores agradecen a los socios de SoCMUE participantes su colaboración y tiempo, y a Alicia Díaz su trabajo de campo en la realización de las encuestas.

Bibliografía

- Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:19-34.
- Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:35-46.
- Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (3): mapa docente e investigador de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:47-56.
- Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Opinión de los responsables de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña acerca de la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*. 2015;27:241-4.
- de-San-Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez-de-Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez-Uriz MÁ. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). *Semerger*. 2016. doi: 10.1016/j.semereg.2016.03.017.
- Bernaldo-de-Quirós M, Cerdeira JC, Gómez MM, Piccini AT, Crespo M, Labrador FJ. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. *Emergencias*. 2014;26:171-8.
- Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med*. 2005;46:142-7.
- Gillespie GL, Pekar B, Byczkowski TL, Fisher BS. Worker, workplace, and community/environmental risk factors for workplace violence in emergency departments. *Arch Environ Occup Health*. 2016. doi: 10.1080/19338244.2016.1160861
- Moss C. Good peer relationships can attenuate the negative effect of horizontal violence on job satisfaction. *Evid Based Nurs*. 2016;19:92.
- Han K, Trinkoff AM, Gurses AP. Work-related factors, job satisfaction and intent to leave the current job among United States nurses. *J Clin Nurs*. 2015;24:3224-32.
- Jacob J, Gené E, Alonso G, Riambau P, Zorrilla J, Netto C, et al. Informe SUHCAT-5: valoración de diferentes aspectos subjetivos de calidad de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña por parte de sus profesionales y comparación con la percepción de los responsables de dichos servicios. *Emergencias*. 2017;(en prensa).
- Miró O. Tres deseos con la mirada puesta en el futuro. *Emergencias*. 2015;27:1-2.
- Miró O. Calidad investigadora frente al menoscabo político. *Emergencias*. 2016;28:211-3.
- Miró O. Una de romanos. *Emergencias*. 2016;28:1-2.
- García-Castrillo Riesgo L, Williams D. La medicina de urgencias y emergencias en el ámbito de las especialidades médicas en Europa. *Emergencias*. 2011;23:423-5.
- García-Castrillo Riesgo L, Vázquez Lima MJ. La especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en Europa: estamos quedándonos solos. *Emergencias*. 2015;27:216-8.
- Jiménez Murillo L, Delooz H, Wood JP. Manifiesto para la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en España. *Emergencias*. 2003;15:267-8.
- Torres Trillo M. La especialidad de enfermería de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*. 2003;15:7-8.
- Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Opinión de los responsables de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña acerca de la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*. 2015;27:241-4.
- González Armengol JJ. Informe de los Defensores del Pueblo sobre los servicios de urgencias hospitalarios en España. *Emergencias*. 2015;27:4-6.
- González Armengol JJ, Toranzo Cepeda T. Aprobada en España la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en el Cuerpo Militar de Sanidad: repercusiones. *Emergencias*. 2016;28:3-5.
- Toranzo Cepeda T, Aramburu Vilariño FJ, García-Castrillo Riesgo L, Algarra Paredes J, Navarro Díaz F, Tomás Vecina S, et al. Predisposición de los aspirantes a médico interno residente (MIR) a escoger la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias y factores relacionados. *Emergencias*. 2010;22:323-30.
- Coll-Vinent Puig B, Torres S, Sánchez Sánchez A, Miró O, Sánchez M. Predisposición de los estudiantes de medicina catalanes a especializarse en Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*. 2010;22:15-20.
- Miguens I, Julián Jiménez A, Llorens P. Comparación del programa de formación de médicos residentes de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias con los programas de Medicina Interna, Medicina Intensiva, Anestesiología y Reanimación y Medicina Familiar y Comunitaria. *Emergencias*. 2015;27:267-79.
- Moreira Fueyo JM, Álvarez Baza MC. Clima organizacional y estrés en una unidad de alto riesgo. *Emergencias*. 2002;14:6-12.
- Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y burnout. *Rev Clin Esp*. 2010;210:209-15.
- González Cabrera J, Fernández Prada M, Molina Ruano R, Blázquez A, Guillén Solvas J, Peinado JM. Riesgo psicosocial en el trabajo, estrés autopercebido y cortisol en saliva en una muestra de *urgenciólogos* de Granada. *Emergencias*. 2012;24:101-6.
- Guerrero-Barona E, García-Baamonde E, Moreno-Manso JM, González-Rico P. Estrés laboral e inteligencia emocional en el servicio de urgencias y emergencias 112. *Emergencias*. 2016;28:355.
- Levin DC, Rao VM. Turf wars in radiology: emergency department ultrasound and radiography. *J Am Coll Radiol*. 2005;2:271-3.
- Caldicott CV. Turfing revisited. *Virtual Mentor*. 2012;14:389-95.
- Martin Schilling U. La transferencia (turfing) en el servicio de urgencias. *Emergencias*. 2014;26:129-33.
- Fernandes CMB, Raboud JM, Christenson JM, Bouthillette F, Bullock L, Ouellet L, et al. Violence in the Emergency Department Study (VITES) Group. The effect of an education program on violence in the emergency department; Violence in the Emergency Department Study (VITES) Group. *Ann Emerg Med*. 2002;39:47-55.
- Leiter MP, Laschinger HKS, Day A, Oore DG. The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes. *J Appl Psychol*. 2011;96:1258-74.
- Fernández Martínez O, Hidalgo Cabrera C, Martín Tapia A, Moreno Suárez S, García Del Río García B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2007;19:116-21.
- Moreno Millán E. Estrés ocupacional en los profesionales de la medicina aguda. *Emergencias*. 2007;19:151-3.
- Bernaldo-de-Quirós M, Cerdeira JC, Gómez MM, Piccini AT, Crespo M, Labrador FJ. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. *Emergencias*. 2014;26:171-8.
- Galián-Muñoz I, Llor-Esteban B, Ruiz-Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias*. 2014;26:163-70.
- Stene J, Larson E, Levy M, Dohlman M. Workplace violence in the emergency department: giving staff the tools and support to report. *Perm J*. 2015;19:e113-7.

Copyright of Emergencias is the property of Revista Emergencias and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.