

CARTAS AL DIRECTOR

Retos para la gestión en el siglo XXI.
El acoso moral

Felipe Ojeda
Fundación Hospital Alcorcón

Sr. Director:

Durante el último cuarto de siglo se ha hablado mucho de los cambios en la gestión hospitalaria, tanto en las formas estructurales como de organización. En las formas estructurales se ha producido el nacimiento y posible defunción de las fundaciones sanitarias y, dentro de los propios hospitales, la aparición de institutos, fundaciones, unidades funcionales y otras formas de organización o reorganización de la actividad sanitaria más centrada en el producto ofertado que en las viejas estructuras de servicios y cátedras.

Estos cambios evolutivos de la superestructura sanitaria, que llevados al nivel más alto de la legislación ha conllevado la transferencia de un gran número de funciones de la administración central a las autonómicas en cumplimiento de la Constitución de 1977, han originado una viva discusión sobre lo que debe ser la gestión sanitaria de esas estructuras en muchas ocasiones novedosas.

Diversos autores han intentado modificar los criterios de gestión basados en antiguos parámetros profesionales y científicos y orientarlos hacia criterios más relacionados con el *management* de las empresas de servicios. Pocos profesionales pueden obviar la realidad de que el trabajo médico, incluyendo el practicado en instituciones de gestión o propiedad pública, es un servicio profesional y, como tal, sujeto a unas reglas ya muy definidas, no sólo de requisitos profesionales, científicos o docentes, sino de calidad, y no sólo como la detectada por los propios sistemas de autoevaluación de la profesión médica, sino como la calidad que percibe el paciente.

Todo este proceso madurativo se ha realizado con mayor o menor éxito dependiendo de las instituciones sanitarias y de los propios servicios médicos. Cuando en este país se produzca una real competencia entre los servicios médicos y hospitales y se evolucione hacia el pago por procesos, se originará una auténtica reevaluación del éxito en la modificación de los viejos esquemas de trabajo. Sólo aquellos centros que hubieran sido capaces de evolucionar en sus procesos de calidad serán capaces de competir con éxito.

¿Cómo ha evolucionado la gestión en el ámbito de los servicios médicos? Esta es una pregunta capital, ya que su respuesta contesta el título de esta carta. Contestar esta pregunta nos obliga a definir no sólo cómo se llega a gestor de un servicio médico, sino qué funciones desarrolla y qué necesidad directiva debe cumplir.

Se han escrito una enorme cantidad de libros sobre capacidades directivas, pero tan importante como poseer estas capacidades es la detección de las incapacidades directivas.

El hecho de que un médico sea un excelente profesional y tenga en su haber una abultada bibliografía y otros méritos académicos o profesionales no necesariamente le habilita para tareas directivas (aunque, bien es cierto, al menos tiene esos méritos).

Realmente, si el criterio más *moderno* y posiblemente más adecuado para la gestión de servicios médicos (como empresas de servicios) sea el del jefe como *product manager*, todo lo anterior adorna el cargo pero puede que no sea capaz de darle calado directivo.

Vamos a intentar describir uno de los problemas o incapacidades más importantes y graves en el desarrollo de las capacidades directivas, el *mobbing* (del inglés *to mob*: asaltar, acosar) o acoso moral.

Recientemente se han publicado innumerables artículos en la prensa diaria, libros y cuando realizamos búsquedas en la Red con las herramientas de propósito general como Google (103.000 referencias, 1.090 en español y 72 referidas a sanidad) o más específicos como Scirus (85 referencias en revistas y 1.696 webs) encontramos muchas referencias. Si efectuamos una búsqueda en Medline por el término *mobbing* encontramos 41 referencias, de las cuales sólo 22 tratan el tema del acoso moral en el trabajo¹.

La presencia de *mobbing* o acoso moral es la situación más desastrosa para una empresa y la detección de las figuras de acosadores debería ser una de las prioridades de los directivos; al privar a estas empresas de valiosos activos mediatizados por la envidia y mediocridad de mandos intermedios o altos poco capacitados y con carreras profesionales no demasiado brillantes que *ven* enemigos acechando en cualquier rincón de la organización².

El acoso moral no sólo representa en ocasiones la muerte profesional del acosado, su desprestigio en la organización, ya de por sí grave, sino que implica la pérdida de profesionales de alto nivel.

No debe confundirse la actitud de acoso moral con la conflictividad dinámica y cotidiana que se da en cualquier organización. El acoso moral persigue la finalidad de la destrucción profesional del acosado y su posterior exclusión de la organización, ya sea mediante despido voluntario o forzado del profesional que ve la imposibilidad de realizar su desarrollo profesional, dentro de la organización³.

Cuando se habla de estos temas, lo primero que hay que definir es el perfil del acosador. Se trata habitualmente de un profesional mediocre y con una baja autoestima. La mayoría de los estudios internacionales lo describen como un "psicópata, mediocre profesional que no experimenta sentimientos de culpa y funciona por envidias y complejos; en ocasiones actúa amparado por una mala organización de la empresa. El hostigado aparece como una persona brillante, trabajadora, honrada y solidaria"^{2,3}.

El acosador utiliza diversas herramientas: acusaciones o insinuaciones malévolas, sin dejar al acosado posibilidad ni medios de defenderse; aislamiento, privando de información; desconsiderar, invalidar, distorsionar o tergiversar; desacreditar su rendimiento, cambiar de funciones, encargar trabajos de nivel muy superior o inferior a su capacidad profesional,

etc. La persona acosada puede manifestar dos tipos de patología. La depresiva, con una sintomatología muy similar a la del desgaste profesional, sensación de agotamiento adaptativo, problemas de autoidentidad y con una tendencia a sobrevalorar las estructuras o personas responsables de la persecución. Al presentar este tipo de alteraciones, la persona afectada tiende al autoaislamiento e infravaloración de sus funciones. La segunda manera en que puede presentarse es como estrés-ansiedad, muy similar al estrés postraumático.

En el ambiente sanitario se han comunicado riesgos muy elevados de acoso moral al darse un entorno muy competitivo, con estructuras piramidales muy marcadas, casi feudales y donde con cierta facilidad pueden promocionarse los "mediocres obedientes" que reúnen perfiles afines a los del acosador ya referidos y que pueden aflorar en situaciones en las que pueda ver peligrar su posición o "autoridad"^{4,5}.

El daño a la organización sanitaria ocasionado por el acoso moral es gravísimo, al privar al sistema sanitario de las personas con una preparación profesional de alta calidad o al ponerlas en puestos que requieren una menor capacitación.

En ocasiones, se escudan actitudes de acoso tras conceptos como el de dar igualdad de oportunidades a todos los profesionales de una organización o manifestar que todos los miembros de un equipo están igualmente preparados para desarrollar cualquier función, algo absolutamente reñido con la evolución de las organizaciones que exigen una capacidad adaptativa elevada y cierta dosis de plurivalencia acompañada de una sobreespecialización (en las organizaciones relacionadas con las ciencias experimentales se impone al existir la imposibilidad física de abarcar el conocimiento completo de una especialidad)⁵.

Por otra parte, dice muy poco a favor de las organizaciones el permitir que medren en cargos directivos profesionales que utilizan el acoso moral como medio de desgastar o derrotar a otros profesionales que pudieran "hacerles sombra". Estas personas crean divisiones en los equipos, actitudes de miedo y recelo, y descenso en el rendimiento, ambas limitaciones importantes al trabajo en equipo.

Las empresas sanitarias deben acometer este problema con decisión, primero identificando aquellos comportamientos susceptibles de acoso moral, después protegiendo a los profesionales que lo sufren.

Sin duda, lo ideal sería la prevención dotando a los directivos de la formación adecuada para que no se dieran este tipo de conductas. Ya hemos referido que en las organizaciones sanitarias existe un déficit importante de formación directiva (y no hablamos de la específica para sanitarios, sino de la general como directivo). También se les debería dotar de la formación necesaria para que fueran capaces de

detectar este tipo de conductas en los profesionales a los que dirige y dotarle de los mecanismos para poner coto a este tipo de conductas.

La existencia de "observatorios de acoso moral" permitiría la detección precoz de estas conductas. Estos organismos podrían ser establecidos por acuerdos entre los profesionales o sus representantes y las direcciones para investigar con la máxima discreción los posibles casos, ya que la acusación de acoso moral puede estigmatizar a cualquier profesional, tanto al acosador como al acosado (alrededor del cual se puede establecer un pacto de miedo o silencio). Uno de los factores más importantes en la resolución de este tipo de conflicto es la actitud del resto de profesionales de la organización; si éstos mantienen una actitud pasiva o incluso cómplice favorecen este tipo de conductas y su generalización.

Los profesionales deberían apoyar a la víctima (en que se podrían convertir en cualquier momento), manteniendo el contacto social y profesional, al mismo nivel o incluso mayor que antes del inicio del acoso y manteniendo una actitud activa de rechazo ante las conductas de acoso que practica el acosador.

Sólo aquellas organizaciones capaces de implantar una política activa respecto a esta lacra directiva podrán afrontar los retos directivos del nuevo milenio con ventajas para ganar una posición sólida en el ambiente competitivo al que nos enfrentaremos. Sólo aquellas organizaciones sanitarias dotadas de los mejores profesionales y directivos podrán mantener el nivel de alta calidad asistencial y excelencia profesional que se requerirá tanto por las autoridades políticas como por los propios ciudadanos.

Bibliografía

1. www.mobbing.nu
2. González de Rivera JL. El síndrome del acoso institucional. [Consultado 18/02/2002]. Disponible en: www.diariomedico.com/psiquiatria/n180700.html
3. Sánchez A. Variables individuales (cognitivo-emocionales) y grupales en las nuevas patologías: el caso del *mobbing* o acoso psicológico en las organizaciones. Disponible en: www.mobbing.nu
4. Piñuel I. La violencia psicológica en el trabajo. Disponible en: www.mobbing.nu. Referencias al Informe Cisneros II.
5. Pérez J, Nogareda C, Martín F, Sancho T. *Mobbing*. Violencia física y acoso sexual. Conclusiones de la Jornada sobre "Mobbing: violencia psicológica en el trabajo. Barcelona 2000. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.