

Noviembre
2015



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

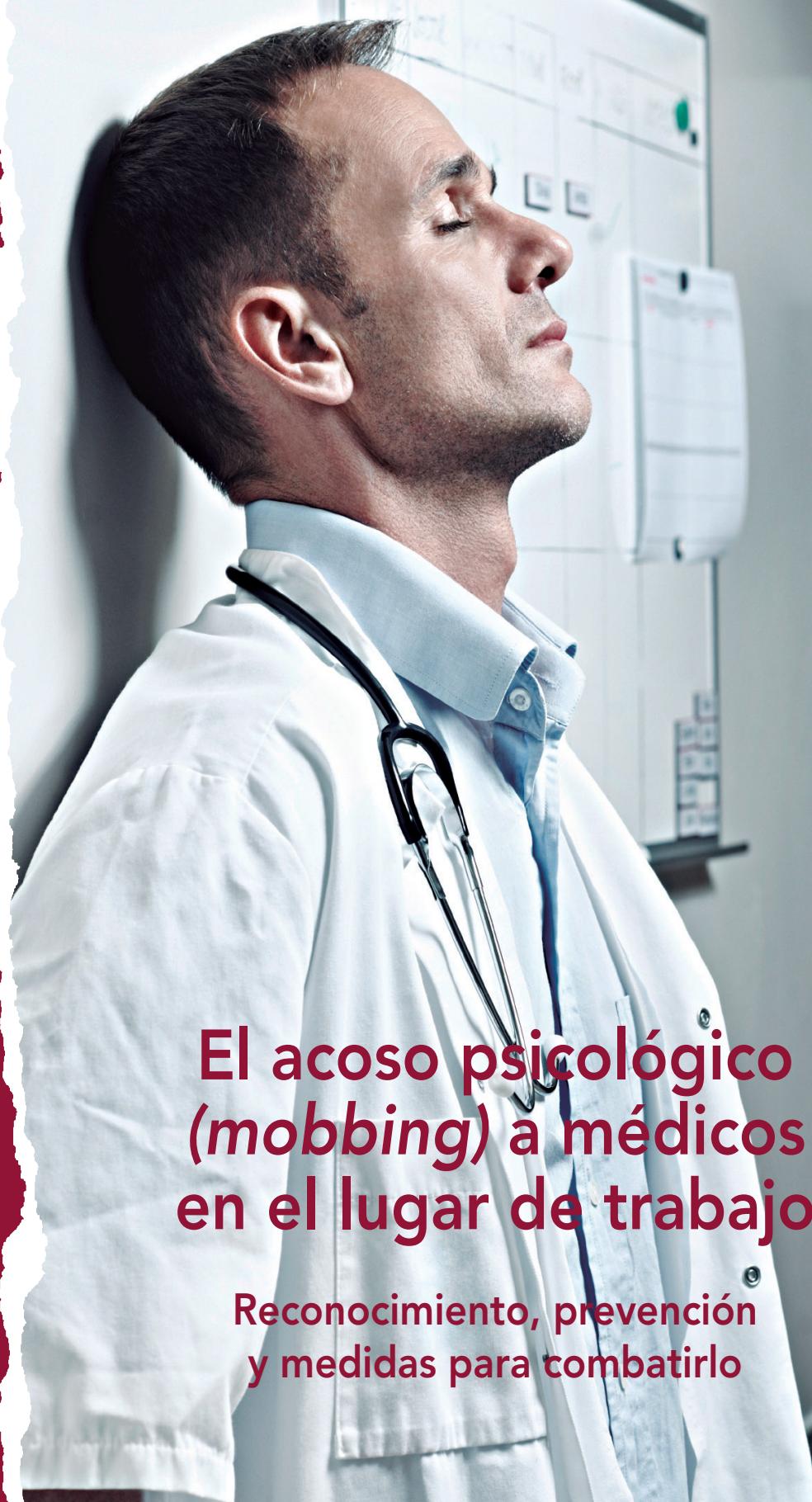
Cuadernos de la Buena Praxis

Edita:



CENTRO DE ESTUDIOS COLEGIALES
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

33



El acoso psicológico (mobbing) a médicos en el lugar de trabajo

Reconocimiento, prevención
y medidas para combatirlo

Expertos redactores de este cuaderno:

Coordinador:

Miquel Bruguera: Expresidente del COMB.

Equipo Redactor:

Miquel Bruguera: Expresidente del COMB.

Josep Arimany: Director del Área de Praxis del COMB.

Immaculada Cortès: Responsable de la Unidad de Salud Laboral de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Manel Gené: Médico del Trabajo y profesor del Hospital Universitario de Bellvitge.

Albert Mariné: Servicio de Prevención Laboral del Hospital Universitario Parc Taulí Sabadell.

Màrius Morlans: Presidente de la Comisión Deontológica del COMB.

Ricard Oleart: Abogado laboralista.

Ignasi Pidevall: Director de la Asesoría Jurídica del COMB.

Rafael Padrós: Responsable del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Consol Serra: Jefe del Servicio de Salud Laboral del Parque de Salud MAR.

Pilar Varela: Jefe de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Clínic de Barcelona.

Coordinación Logística: **Anna Mitjans.**

Expertos revisores y asesores de este cuaderno:

Urbà González, Àngels López Pol, Eulàlia Masachs, Frederic Sampedro y Marc Soler.

Comité editorial de los Cuadernos de la Buena Praxis (vigente en noviembre de 2013)

Miquel Vilardell Tarrés. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Ramon Pujol Farriols. Vocal octavo de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Jordi Craven-Bartle Lamote de Grignon. Vocal sexto de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Màrius Morlans Molina. Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Álex Ramos Torre. Director del Centro de Estudios Colegiales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Edita

Centro de Estudios Colegiales. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona. e-mail: cecfmc@comb.cat

Dirección editorial: **Álex Ramos Torre.**

Coordinación editorial: **Raquel Dolado Murillo y Montserrat Rivas Salvador.**

Cuadernos de la Buena Praxis es una publicación periódica del COMB, editada por su Centro de Estudios Colegiales desde 1991 y caracterizada por ser:

- Una acción de Formación Médica Continuada que promueve el Desarrollo Profesional de los médicos en beneficio de los ciudadanos.
- Una Guía de Práctica Clínica que fomenta la Buena Praxis y la prevención de riesgos profesionales.
- Una herramienta del ámbito médico-legal que protege al mismo tiempo al ciudadano y al profesional de la medicina

© 2013 COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA. No se puede reproducir ninguna parte de esta publicación, ni almacenarla en un sistema recuperable, ni transmitirla por ningún medio electrónico, mecánico, fotocopiado, en discos, ni de cualquier otra forma, sin la previa autorización por escrito del propietario del copyright.

Coordinación gráfica, diseño e impresión:

AMBIENT GRÀFIC. Roger de Llúria, 100, bajos. T. 93 459 23 98. 08037 Barcelona. Depósito legal: B-46.873-96

índice

	página
Introducción	4
Manifestaciones del acoso psicológico	5
El <i>mobbing</i> es un delito	7
Protagonistas del <i>mobbing</i> . El acosador y la víctima	8
Con qué debe diferenciarse el <i>mobbing</i> . ¿Qué no es <i>mobbing</i> ?	9
Ámbito laboral donde se produce el <i>mobbing</i>	11
Causas del acoso laboral	13
Consecuencias personales del acoso	15
Consecuencias negativas para la institución	16
Diagnóstico del acoso laboral	17
¿Qué hacer cuando uno piensa que le hacen <i>mobbing</i> ?	18
Denunciar el acoso laboral. ¿Cuándo, a quién, cómo y por qué?	18
La investigación de un caso de presunto acoso. Algoritmo de actuación.	20
Aspectos médicolegales	22
Los aspectos éticos y deontológicos	23
Medidas preventivas	25
¿Qué deberían hacer los centros sanitarios en relación con el acoso laboral?	27
Glosario	29
Bibliografía recomendada	30

Con fecha 24 de julio de 2012, la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) ha hecho público un Documento de Posición (nº 19) sobre el acoso laboral a los profesionales sanitarios, médicos o no, por parte de otro médico o de otro profesional del sector, que define este comportamiento como una actuación intolerable desde el punto de vista ético y laboral, merecedora de sanción tanto desde el punto de vista legal como deontológico.

Al mismo tiempo, en el Documento de Posición, el COMB se compromete a esforzarse por difundir, a través de los sistemas de comunicación de que dispone, los criterios de identificación de este problema para ayudar a los médicos a reconocer los comportamientos de acoso laboral y disponer de mecanismos que los ayuden a protegerse en el caso de estar sometidos a este tipo de agresión, y también para velar por que se cumplan las medidas orientadas a la prevención del acoso laboral en los centros sanitarios.

Este *Cuadernos de la Buena Praxis* dedicado al acoso laboral a médicos en el lugar de trabajo pretende:

- describir el fenómeno,
- facilitar el diagnóstico,
- hacer recomendaciones de carácter preventivo,
- exponer cual debería ser la conducta de los médicos que sufren acoso, y
- enumerar las responsabilidades de la institución donde se produce una de estas situaciones.

1.1. Concepto y terminología

El concepto *mobbing*, o acoso psicológico, fue introducido en la década de los ochenta del siglo pasado por el psicólogo alemán establecido en Suecia Heinz Leymann, experto en Psicología del Trabajo y profesor de la Universidad de Estocolmo. La palabra *mobbing* procede del verbo inglés *to mob* (atacar, maltratar, acosar) que se utiliza en etología (la ciencia que estudia el comportamiento animal) para describir la conducta defensiva de algunos grupos de pequeños pájaros consistente en combatir a un enemigo mayor acosándolo constantemente después de que uno de ellos lo marque. El biólogo Konrad Lorenz había utilizado este verbo para describir las conductas agresivas de los simios para expulsar a un intruso.

Leymann define el *mobbing* como "una situación en la que una persona o grupos de personas ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente y durante un tiempo prolongado, sobre una o más personas en el lugar de trabajo con la finalidad de destruir la reputación de la víctima, perturbar el ejercicio de su trabajo y conseguir que esta persona abandone su lugar de trabajo".

Otra experta en *mobbing*, reconocida mundialmente, la psicóloga francesa Marie France Hirigoyen, lo define como "una conducta abusiva (gesto, palabra, actitud, comportamiento) que atenta, por su repetición o sistematización, contra la dignidad o la integridad psíquica de una persona, poniendo en peligro su trabajo o degradando el ambiente de trabajo".

Davenport (1999) lo define como un intento perverso de forzar a una persona a que abandone su lugar de trabajo mediante acusaciones injustificadas, humillación, abuso emocional o el terror. Pueden en-

contrarse más definiciones de *mobbing*, muy similares todas en el sentido, que no aportan casi nada a la primera que expuso Leymann.

Es un fenómeno presente en las sociedades altamente industrializadas que recibe un nombre diferente en cada país. Así, en los países anglosajones se describe sobre todo como *mobbing* o como *bullying* (intimidación). Este último se aplica en nuestro medio preferentemente al mundo escolar y hace referencia a la conducta hostil y agresiva de unos niños hacia un compañero o compañera. En España se utiliza preferentemente el término acoso moral y el de violencia psicológica y en Cataluña el de acoso laboral o psicológico.

1.2. Incidencia

No es conocida, ya que los datos obtenidos proceden de fuentes muy diversas, como serían encuestas, que sobreestiman

la frecuencia del problema, o los casos de denuncia, que la infraestiman, porque la mayoría de los casos de acoso no se denuncian.

Estos datos son muy diversos, seguramente porque en los diferentes estudios publicados no se han aplicado los mismos criterios para el diagnóstico de *mobbing*, como se puede sospechar de las estimaciones de Leymann en 1966 de una incidencia de 3,5% en Suecia, hasta el estudio de Piñuel en España en 2001, que indicaba que el 20% de los trabajadores lo habían experimentado. Para los médicos se ha dado una frecuencia del 9% y para las enfermeras del 13%. La encuesta europea Eurofound 2012, que ofrece indicadores oficiales por sector económico, daba una frecuencia del 10% de *mobbing* al sector sanitario (*Fifth European Working Conditions Survey. Publications Office of European Union. Luxemburgo*).

2

Manifestaciones del acoso psicológico

El *mobbing* pretende la desestructuración moral de la víctima, que por varias razones se ha convertido en indeseable a los ojos del acosador. Tiene un carácter intencional y comporta la aplicación de una estrategia calculada que puede tener varias formas de expresión (**Tabla 1**). En algunos casos es extraordinariamente violenta, con intimidaciones o incluso agresión física, pero a menudo es mucho más sutil.

Una característica específica del acoso es la reiteración de las agresiones (al menos una vez por semana) y su duración (al menos durante seis meses). Es por su frecuencia y persistencia que estas conductas hostiles causan un perjuicio mental, psicosomático y social tan considerable

TABLA 1. TIPOS DE MANIFESTACIONES DE ACOSO LABORAL QUE PUEDE SUFRIR LA VÍCTIMA

Atentados contra las condiciones de trabajo	<ul style="list-style-type: none">• Te hacen trabajar más que a los demás compañeros o en horarios peores.• Te encargan trabajo innecesario o de un nivel que corresponde a personal de categoría inferior.• Te asignan actividades contradictorias o excluyentes.• No te dan los medios para hacer bien tu trabajo.• No te dan ningún trabajo.• Te impiden tener iniciativas y cuestionan tus decisiones.• No te facilitan elementos para mejorar (progresar) en tu trabajo.• Te niegan permisos o vacaciones.
Aislamiento	<ul style="list-style-type: none">• No te miran o, si lo hacen, manifiestan desprecio.• Ignoran tu presencia, no te contestan ni te saludan.• Te ocultan información relacionada con tu trabajo o tus responsabilidades.• Te hacen trabajar en un lugar aislado de los demás.
Atentados contra la dignidad	<ul style="list-style-type: none">• Te interrumpen cuando hablas.• Critican tu trabajo.• Exageran tus fallos y errores.• Minimizan tus éxitos y aciertos.• Ocultan tus habilidades y competencias.• Hacen circular rumores falsos relacionados con tu persona.• Te calumnian.• No valoran tu dedicación.
Violencia contra tu persona	<ul style="list-style-type: none">• Te gritan cuando quieren reñirte.• Sufres amenazas verbales.• Recibes ataques sexistas o contra tu identidad sexual.• Te ridiculizan en público.• Hacen comentarios injuriosos sobre tu aspecto físico, tus ideas políticas o religiosas.

El acoso laboral está considerado un delito en algunos países de Europa.

En España lo es desde el 23 de diciembre de 2010 cuando la reforma del Código Penal, a través de la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del mismo Código. En su artículo 173.1 dice, en referencia al delito de acoso laboral:

El que infligiere a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años. Con la misma pena serán castigados los que, en el ámbito de cualquier relación laboral o funcionaria y prevaliéndose de su relación de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan grave acoso contra la víctima.

La Constitución Española reconoce a los ciudadanos españoles los siguientes derechos fundamentales, que serían vulnerados en caso de acoso laboral:

- derecho a la dignidad de la persona (art. 10),
- derecho a la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes (art. 15),
- derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (art. 18),

y, al mismo tiempo, encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad y la higiene en el trabajo (art. 40.2).

Por otro lado, la ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, tipifica el acoso laboral como falta disciplinaria de carácter muy grave (art. 95, punto 2, letra o).

El Ministerio de Política Territorial y Administración pública, en Resolución de 5 de mayo de 2011 de la Secretaría de Estado para la Función Pública (BOE n° 130 de miércoles 1 de junio de 2011) aprobó y publicó el acuerdo de 6 de abril de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado, el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado.

En el ámbito laboral el derecho a la dignidad personal está reconocido en la ley ordinaria; concretamente, aparece en el artículo 4-2-c) del Estatuto de los Trabajadores, que reconoce como derecho básico el **"respeto a la consideración debida a su dignidad"**. Este reconocimiento se recoge también en los artículos 18, 20-3 y 39-3 del texto estatutario laboral.

En el ámbito legal europeo, la principal referencia es la Resolución del Parlamento Europeo sobre el acoso en el lugar de trabajo (2001/2339) que, entre otras cosas, recomienda a los poderes públicos de cada país la necesidad de poner en práctica políticas de prevención eficaces y definir procedimientos adecuados para solucionar todos los problemas que ocasiona.

En relación con el ejercicio profesional de la Medicina Militar, el Código Penal Militar de 1985 castiga el maltrato psicológico y el abuso de poder (arts. 103 y 104).

En definitiva, en España hay un número suficiente de leyes que permiten denun-

ciar el acoso laboral por la vía civil, penal y laboral. El problema radica en probarlo.

El *mobbing* se puede considerar un fraude a la ley porque pretende la autoeli-

minación del trabajador al margen de su voluntad y al margen de los mecanismos legales para resolver los supuestos de incompatibilidad personal en los entornos de prestación de servicios.

Protagonistas del *mobbing*. El acosador y la víctima

4

La existencia de acoso implica que hay un (o más de un) acosador y una víctima, y además ha de considerarse que hay la complicidad del resto de personas que forman el grupo de trabajo de la persona afectada, ya que con su pasividad, ya sea por temor o por creer que su aquiescencia es necesaria para mantener la estabilidad del grupo, se facilita la persistencia de la persecución, las ofensas o la presión psicológica que sufre el acosado.

4.1. ¿Quién hace *mobbing*?

Hay variantes dentro del acoso laboral. El más frecuente es el que ejerce el jefe sobre uno o más subordinados (*mobbing vertical* o *bossing*). Menos a menudo, lo hacen unos empleados sobre otros de su mismo nivel (*mobbing horizontal*) o, incluso, a veces, superior y subordinados se alían para agredir a un miembro del grupo. Muy raramente el *mobbing* lo hacen subordinados sobre el jefe o superior.

4.2. El acosador

No es obligatoria la existencia de un patrón psicológico definido para ser acosador. No obstante, muchos entendidos consideran que a menudo los acosadores son personas con carencias en su capacidad de comunicación y con pocos recursos para ejercer con éxito un puesto de mando, lo que los lleva a ser envidiosos, inseguros y controladores. A pesar de sus posibles deficiencias personales, el acosador tiene la necesidad de sentirse superior, y obtiene placer en el

ejercicio del poder. No es extraño que el acosador haya sido objeto de *mobbing* en el pasado o se sienta maltratado por el sistema u organización donde trabaja.

Algunos entendidos han argumentado que los acosadores actúan como lo hacen porque sienten que tienen un derecho legítimo a ejercer la autoridad y los demás deben cumplir con sus deseos.

4.3. Las víctimas

No hay ningún rasgo psicológico o de personalidad que defina quién será víctima de acoso antes de que lo sea, aunque las personas que presentan diferencias con el resto de personal, en cuanto a la raza o la orientación sexual, o las que sufren alguna discapacidad tienen más riesgo de sufrir acoso, que, en este caso, sería una forma de discriminación disimulada.

También se observa que algunos tipos de persona tienen más riesgo que otras de ser objeto de acoso:

- a. **personas que destacan**, ya sea por ser trabajadores brillantes, demasiado (sic) competentes o demasiado competitivos para el gusto del jefe o del resto de miembros del equipo. El jefe puede temer que esta persona quiera asumir funciones de líder o le haga perder su autoridad y los compañeros pueden percibirlo como una amenaza para su estatus o sus privilegios;

- b. los más vulnerables**, generalmente personas dóciles o tímidas, con autoestima baja, y poca tendencia a defender sus posiciones o sus derechos, así como los que tienen tendencia al aislamiento social y no saben conquistar aliados;
- c. los idealistas y muy implicados** que no se saben proteger de las actitudes hostiles o enfrentarse a los que las practican;
- d. los menos eficaces** o que no cumplen las expectativas del grupo. En los grupos donde es necesario el trabajo cooperativo o el trabajo se basa en el rendimiento grupal, el acoso puede ser una forma de castigar a aquellos miembros que no trabajan al nivel que esperaba el resto del grupo;
- e. personas con rasgos de personalidad rígida**, que no les permiten adaptarse y a quien su independencia de criterio y de pensamiento los lleva a no aceptar las directrices de superiores mediocres o narcisistas.

Aunque se puede producir en cualquier edad y en los dos性os, son más a menudo objeto de acoso las mujeres y las personas mayores (más del 40% de los casos se da en personas entre 45 y 55 años), quizá porque se las considera con menos capacidad de adaptación.

4.4. Las personas más resistentes al *mobbing*

De la misma manera que hay personas con más riesgo de ser víctimas de *mobbing*, hay otras más resistentes.

Ejemplos de características de la personalidad que hacen a las personas más resistentes o inmunes al acoso son:

- a. Confianza en uno mismo** (autoestima alta).
- b. Apoyo social** (amistades en el lugar de trabajo).
- c. Condiciones económicas favorables.**
- d. Capacidad de solucionar los problemas.**
- e. Habilidad para buscar ayuda y protección.**

¿Con qué se debe diferenciar el *mobbing*? ¿Qué no es *mobbing*? 5

Teniendo en cuenta que el *mobbing* se puede llegar a tipificar como un delito, es importante establecer con el máximo rigor el diagnóstico de acoso laboral, y distinguirlo de situaciones que tienen elementos comunes, pero responden a otras causas.

5.1. No son víctimas de acoso laboral

Pueden no ser víctimas de acoso laboral, aunque denuncien que lo son, per-

sonas psíquicamente enfermas o personas malintencionadas que quieren perjudicar a otra atribuyéndole el papel de acosador, como tampoco son víctimas las que están sometidas a estrés laboral por malas condiciones de trabajo, exceso de trabajo o por la necesidad de asumir responsabilidades o funciones que creen que las superan. Es necesario saber identificar estos perfiles, para evitar imputar de acosador a una persona inocente.

En consecuencia, antes de determinar que alguien sufre acoso laboral, hay que establecer la distinción con las siguientes categorías de persona.

- a. **Las que toleran mal el ejercicio de la autoridad por parte de su superior jerárquico**, especialmente cuando se han de producir cambios organizativos o se producen sobrecargas de trabajo que tienen que repartirse entre los diferentes miembros de un equipo de trabajo.
- b. **Las que sufren de paranoia**. La paranoia hace que los que la sufren crean que son perseguidos. De hecho, los convierte a menudo en acosadores de los que ellos acusan de acosadores. Se distinguen de las víctimas reales porque éstas quieren resolver el problema, buscan soluciones, dudan de si realmente son víctimas. Los paranoicos acusan.
- c. **Falsas víctimas**. Algunas personas con intención perversa, quizá por venganza, pretenden descalificar a otra, ya sea un superior o un compañero, acusándolo injustamente de acosador.
- d. **Los sometidos a estrés laboral**. Debe distinguirse el acoso del estrés laboral, aunque también el acoso comporta estrés, causado no tanto por las características del trabajo, sino por la existencia de una interacción social negativa con el jefe o con los compañeros.
- e. **Los que sufren de burnout**. Son personas que se encuentran en un estado mental negativo persistente relacionado con el trabajo, caracterizado por agotamiento, ansiedad y sensación de disminución de la efectividad y la motivación en el trabajo y que se acompaña de actitudes y comportamientos disfuncionales. Se debe a un desajuste

entre lo que se valora como deseable y la realidad del lugar de trabajo.

5.2. Tampoco son acosadores

Debe evitarse atribuir un comportamiento de acosador a personas con funciones de mando que son violentas, mal educadas, proclives a la falta de respeto cuando captan una discrepancia, o cuando han actuado de una forma agresiva, sin continuidad o sin selección de una víctima específica. El punto clave para negar un papel de acosador en estas circunstancias es la falta de intención de hacer daño, condición necesaria para que se produzca un acoso. En estos casos, se puede hablar de abuso de autoridad o de ejercicio inadecuado de la autoridad, que aun no tratándose de acoso es igualmente inaceptable.

Tampoco son acosadores los jefes que transmiten su estrés porque no pueden cumplir sus funciones regulares por la falta de medios que se les dan, o no saben afrontar los encargos excepcionales que puedan recibir.

5.3. Circunstancias que parecen acoso laboral, pero no lo son

Tampoco hay acoso en casos de malentendido o de errores en la gestión del personal, como tampoco cuando hay desacuerdo profesional, o en el caso de jefes (directivos, encargados o equivalente) con poco tacto o educación que riñen sin motivo, o con poco motivo, y utilizan en estos casos o en situaciones de discrepancia un léxico que puede ser ofensivo. Es comprensible que cuando debe abordarse un problema los protagonistas busquen aliados para defender su posición y, a veces, se critiquen con vehemencia comportamientos de los demás.

Acoso implica intencionalidad, persistencia y elección de una víctima, a la que se pretende humillar. Tampoco es, por tanto,

acoso laboral un conflicto interpersonal cuando se establece entre personas con similar peso específico, en el que ninguna de las dos asume el papel de víctima.

Tampoco hay *mobbing* cuando se dan ciertas situaciones conflictivas laborales, que afectan a todo o a una parte numerosa del personal.

6

Ámbito laboral donde se produce el *mobbing*

6.1. ¿Dónde se produce *mobbing*?

El *mobbing* se puede producir en cualquier centro de trabajo, pero se observa más a menudo en instituciones públicas, especialmente docentes, y departamentos de la Administración, y en organizaciones no gubernamentales donde hay estatutos protectores de la permanencia en los lugares de trabajo que dificultan los despidos de los trabajadores que no caen bien, y son menos frecuentes en las empresas que tienen más capacidad de despedir trabajadores.

6.2. Incidencia en las organizaciones sanitarias

También hay *mobbing* en hospitales y otros dispositivos sanitarios. Desgraciadamente los datos de incidencia no son muy fiables; en parte, porque los criterios diagnósticos utilizados para determinar quien sufría *mobbing* en los estudios que se han realizado eran diferentes, y en parte también porque el acoso laboral en las instituciones sanitarias está muy oculto, por la resistencia de las víctimas a comunicarlo.

Diferentes razones explican la infranotificación del *mobbing* en las instituciones sanitarias, especialmente por parte de los médicos:

- Muchos no lo comunican porque no saben ni donde ni como quejarse y porque, cuando lo hacen, no suelen obtener una respuesta satisfactoria.

Incluso hay casos en que los superiores defienden al acosador en contra de las víctimas.

- Algunas víctimas de acoso no quieren manifestarlo por el temor de que se las considere personas débiles o desequilibradas, y solo hablan de su situación con familiares o amigos.
- Finalmente, otros temen poner de manifiesto su situación por miedo a represalias, ya que saben que el sistema sanitario no tiene una forma fácil de corrección de este problema. No hay tradición de afrontar el problema del acoso laboral sanitario, y por esto las organizaciones tienden a disuadir de hacer reclamaciones judiciales por la mala imagen que causarían y prefieren tapar las quejas dentro de la misma institución.

Una encuesta realizada por la British Medical Association (BMA) sobre la actuación de 168 médicos que fueron objeto de *mobbing*, y que fue hecha pública en 2006, muestra una gran variabilidad en los comportamientos (**Tabla 2**), pero solo el 17% de los que contestaron la encuesta consideran que la queja dio resultado.

Una encuesta efectuada durante el año 2012 a los jefes de los servicios de salud laboral de cinco grandes hospitales de Barcelona, que reúnen un total de 4.081 médicos en sus plantillas, mostró que solo habían recibido la notificación de 30 casos (0,70%) de presunto *mobbing*,

TABLA 2. ACCIONES EMPRENDIDAS POR MÉDICOS INGLESES QUE EXPERIMENTARON ACOSO LABORAL

ACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hablar de ello con un amigo o colega	93	91,2
Ignorar al acosador	52	56,5
Comunicarlo al <i>line manager</i>	47	51,1
Decir al acosador que pare	45	26,8
Reportarlo al delegado sindical	21	23,6
Reportarlo a Recursos Humanos	17	19,5
Hacer una denuncia formal	12	13,6
Advertir que lo hará público	9	10,5
Pedir un cambio de lugar de trabajo	5	5,9
Otra acción, diferente de las anteriores	24	30,8

Encuesta publicada por la Health Policy & Economics Research Unit (BMA), Bullying and harassment of doctors in the workplace, mayo de 2006. (Más de una respuesta posible. Número de encuestados: 168)

mayoritariamente de tipo vertical, lo que sugiere que debe haber un gran número de casos que no son comunicados. Por otro lado, la investigación de estos casos mostró que 23 de los 30 no eran en realidad casos de acoso (observaciones no publicadas).

Los hospitales reúnen unas condiciones que favorecen el *mobbing*, ya que son espacios muy competitivos, sometidos a gran presión asistencial, con una organización jerarquizada, donde se acepta que se utilicen medidas para favorecer el rendimiento y para motivar al máximo el personal. Es explicable que en algunos casos se trate de alcanzar estos objetivos, o de desplazar a los que no dan la talla, con medidas agresivas e inapropiadas que se pueden considerar acoso.

6.3. Circunstancias que en el marco hospitalario y otras instituciones sanitarias pueden favorecer la aparición de casos de acoso

- a. Falta de una política clara dentro de la institución de rechazo de las conductas de acoso y, en general, de la violencia en el trabajo.
- b. Inexistencia, en la institución donde se produce un caso de acoso, de mecanismos, estructuras o personas con capacidad para gestionar los conflictos disfuncionales que se producen.
- c. Interés desigual de los equipos directivos e inhibición, en algunos casos, a la hora de afrontar estos problemas.
- d. Promoción de los cargos de mando que a menudo no tiene en cuenta la capacidad de liderazgo de los candidatos ni sus conocimientos en gestión de equipos, sino únicamente el currí-

culum científico o profesional, lo que permite que gente sin estas capacidades llegue a cargos que representan tener autoridad sobre personas.

- e. Rigidez laboral y poca movilidad de los médicos, que tienen poca capacidad de integrarse en un grupo de trabajo, ya sea por ser insolidarios, disruptivos o por conductas irregulares, lo que hace que el agresor justifique el acoso como un recurso para forzarlos a dejar el empleo.
- f. Tendencia al establecimiento de pactos de silencio entre los compañeros del agredido, que impiden la confirmación de la denuncia que este pueda hacer, por miedo a represalias o por un malentendido concepto de equipo.

g. Entorno de trabajo muy competitivo con elevadas exigencias psicológicas.

6.4. ¿Por qué las víctimas de *mobbing* no abandonan el lugar de trabajo?

Ya lo intentan, y muchas lo hacen, pero en las organizaciones de estilo funcional, que es como son muchas de las instituciones sanitarias, no es fácil abandonar el lugar de trabajo aunque se esté sometido a un acoso psicológico, por la dificultad que ofrece el mercado de trabajo para encontrar empleo y, sobre todo, obtener una plaza de características similares a las que se ocupaba anteriormente, y también porque comporta pérdida de prestigio y se vive como un fracaso profesional.

7

Causas del acoso laboral

La investigación sobre las causas del acoso laboral se ha centrado en cuatro ámbitos: individual, del equipo de trabajo, de la organización y de la sociedad; la mayoría pero, se ha concentrado en los factores de los individuos y de la organización, y la mayor parte de la evidencia científica señala que estos últimos son los más importantes.

7.1. Factores de la organización

Son muchos los factores organizacionales que se han relacionado con el acoso laboral. En una revisión de Einarsen, uno de los autores que más ha trabajado este tema, se señalan los siguientes factores: el conflicto y la ambigüedad de rol, el bajo control sobre el propio empleo, la calidad del liderazgo, el bajo apoyo social de compañeros y compañeras y de superiores, un clima social negativo, un entorno laboral estresante y competitivo, la sobrecarga de trabajo, la inseguridad laboral y los cambios organizacionales.

a. **Liderazgo inapropiado.** En relación con el liderazgo se han identificado dos estilos que facilitan la aparición de acoso. Por un lado, el estilo autoritario y, por el otro, el liderazgo débil o del tipo *laissez-faire*.

b. **Cambios organizacionales.** La reducción de plantilla puede suponer un incremento de la competitividad en el desarrollo de las carreras profesionales y algunas personas pueden sabotear el trabajo de otros compañeros con el objetivo de deshacerse de competidores y mejorar su propia posición. Los cambios no justificados en las tareas de trabajo y en la composición del personal son otras modificaciones organizativas que se han relacionado con el acoso.

c. **Culturas organizativas con elementos perversos.** Se ha identificado la existencia de culturas organizativas

que permiten o incluso recompensan el acoso. Un ejemplo lo aporta un estudio cualitativo sobre acoso en bomberos, donde los trabajadores eran mayoritariamente hombres adultos blancos. Archer exploró cómo el *mobbing* puede institucionalizarse y convertirse en la cultura organizacional, con el objetivo de asegurar la predominancia de esta cultura “blanca y masculina”. De este modo, tanto las mujeres como los hombres no blancos se hallaban en claro peligro de convertirse en víctimas de acoso. Un factor a tener en cuenta es si en la organización hay reglas explícitas contra el acoso y también si existen formas implícitas de recompensar estas actitudes. Lo que parece bien establecido es que el acoso raras veces se lleva a cabo entre dos individuos de forma aislada, sino que requiere el apoyo de otras personas de la organización (ya sea directa o indirectamente) a través de sus actitudes.

- d. **Rigidez jerárquica.** Un estilo autoritario y no dialogante en la organización, con una jerarquía rígida, es otro factor identificado en muchos estudios como un factor favorecedor de acoso.
- e. **Estrés laboral elevado.** Esta circunstancia puede explicar la relación entre el ambiente de trabajo y las conductas de acoso, ya sea directamente porque incitan a un comportamiento agresivo a través de la producción de afecto negativo en los agresores, ya sea indirectamente, como respuesta al comportamiento de la víctima, que debido al estrés se comporta de un modo que propiciaría la agresión, dado que los comportamientos ansiosos, depresivos u obsesivos de los trabajadores

estresados pueden ocasionar un entorno desagradable. Una tercera vía sería que un ambiente de trabajo estresante puede incrementar la probabilidad de aparición de conflictos interpersonales, que si no se resuelven, pueden acabar convirtiéndose en situaciones de acoso.

- f. **Presencia de conflictos interpersonales.** Los conflictos interpersonales son parte de la vida cotidiana en todas las organizaciones y grupos de trabajo, pero en algunos casos pueden degenerar en luchas en las que el objetivo final es la destrucción total del oponente. En este tipo de conflictos, las partes a menudo niegan el valor humano del adversario, allanando así el camino para la manipulación, la venganza, la eliminación y la destrucción.

Tanto Leymann como Einarsen han argumentado que, a largo plazo, los conflictos interpersonales no resueltos pueden derivar en acoso si no se implementan intervenciones adecuadas y estrategias de gestión de conflictos.

7.2. Factores sociales y culturales

A pesar de estar mucho menos estudiados que los factores organizacionales, algunos autores han señalado cómo impactan los factores socioeconómicos y culturales en el proceso de acoso. Por ejemplo, una cultura más igualitaria con valores como no ser agresivo, dominante y ser asertivo en las relaciones sociales y con más valoración de la igualdad entre los sexos (lo que podría indicar una menor tolerancia de la conducta agresiva y el abuso de poder) podría dar lugar a menos frecuencia de acoso laboral.

La gravedad de las consecuencias en términos de afectación de la salud es proporcional a la intensidad y duración de las acciones de acoso. Así mismo, el aislamiento y la falta de apoyo hacen más vulnerable el afectado. Por otro lado, la resistencia psicológica amortigua el impacto, aunque por sí sola puede comportar el riesgo de hacer que la persona se exponga durante mucho más tiempo a las acciones de acoso, lo que a la larga será contraproducente.

Las reacciones emocionales que resultan más perturbadoras son la humillación y la indefensión. La humillación coloca la persona en una posición de inferioridad sostenida, que mina gravemente su autoestima y sentido de autoeficacia, que de hecho es lo que pretenden los acosadores. Si a este sentimiento se añade la percepción de que no hay escapatoria, la sensación de indefensión y de enclaustramiento adquiere una calidad claramente desestabilizadora de la vida psíquica y la persona vive la situación como una tortura. La reacción emocional antes de llegar a sentirse completamente sometido suele ser de enojo y rabia que, si no son bien canalizados, pueden agravar aun más la situación, provocando represalias e incluso acciones disciplinarias.

Las consecuencias negativas respecto a la afectación de la salud se enumeran a continuación:

8.1. Trastornos adaptativos

En un primer momento, surgen una serie de síntomas psicológicos de media intensidad de tipo ansioso o depresivo que, si la situación mejora o la persona halla vías de afrontamiento asertivo, suelen ser autolimitados. Predomina la ruminación del pensamiento que vuelve una y otra vez sobre los hechos y sentimientos negativos vividos.

Suele haber insomnio de tipo mixto con dificultades de conciliación y despertar precoz. Los sueños tienen carácter repetitivo y poco simbolizado, vinculados de forma concreta a la vivencia laboral conflictiva.

La persona puede estar más sensible e hipervigilante, lo que puede ser interpretado por el entorno como que se ha vuelto más desconfiada o incluso "paranoica". La falta de motivación y la pena pueden ser la antecesión de una depresión mayor con predominio de los sentimientos de culpa, soledad, fatiga e incapacidad para disfrutar de aquellas cosas que antes eran placenteras.

8.2. Trastornos psicosomáticos

La angustia relacionada con los sentimientos de humillación e indefensión puede tener su reflejo somático, sobre todo si se cronifica, en una serie de síntomas que dependen de la idiosincrasia de la persona. Son típicas las cefaleas tensionales que comportan falta de concentración, así como las contracturas musculares, las reacciones dérmicas, los problemas digestivos funcionales y la hipertensión arterial. No se puede descartar que el estrés haga empeorar el curso de otras enfermedades que pueda tener la persona o incluso desencadenarlas.

8.3. Trastorno por estrés postraumático

El acoso sistemático sustenta una clara potencialidad desestabilizadora y puede tener el efecto de un traumatismo psíquico, aun sin tener un carácter inesperado y súbito. En este sentido, se podría comparar al estrés del combatiente, que es también sostenido y acumulativo, y que a menudo genera un trastorno por estrés postraumático. Este es un trastorno caracterizado por:

- a. Miedo intenso con reexperimentación persistente de los hechos vividos.
- b. Evitación persistente de estímulos asociados a los acontecimientos.
- c. Síntomas persistentes de hipervigilancia e irritabilidad.
- d. Anestesia emocional.

Las víctimas de acoso tienen un gran nivel de angustia ligado a las vivencias que les recuerdan las situaciones vividas o por el hecho de anticipar mentalmente que volverán a ver a los acosadores o simplemente entrar en la empresa. Se puede desarrollar así una verdadera fobia al lugar de trabajo, que dificulta mucha la reincorporación, aunque aparentemente se haya resuelto el conflicto.

8.4. Adicciones

El abuso de alcohol y otras drogas, con el riesgo de generar una dependencia crónica y problemas de salud sobreañadidos, es una de las consecuencias más graves del acoso. Puede ser visto como una forma inadecuada de paliar la angustia, como una vía de escape, que empeora la capacidad de afrontar la situación de forma asertiva. Otras conductas distorsionadas están emparentadas con las adicciones, como pueden ser el juego patológico, la compulsión

consumista y, sobre todo, la conducta bulímica.

8.5. Suicidio

Aunque no existen estadísticas fiables sobre la incidencia del acoso laboral como factor desencadenante de las conductas suicidas y parasuicidas, varios autores han atribuido a este fenómeno y otros relacionados, como la extrema presión por el rendimiento laboral, una clara potencialidad causal.

8.6. Menos calidad laboral

Tanto el absentismo como la disminución de la calidad del trabajo realizado son consecuencias estrechamente ligadas a los problemas de salud que suele generar el acoso y puede afectar negativamente la propia satisfacción profesional.

8.7. Consecuencias familiares

Asimismo, no se puede desestimar la perturbación de la vida familiar que genera, por el malestar que provoca a los miembros de la familia y la dificultad de aconsejar sobre el mejor curso de acción a seguir. También, puede hacer disminuir las expresiones de afecto, aumentar la agresividad en las relaciones familiares y hacer perder el interés por los proyectos comunes.

Consecuencias negativas para la institución

9

La existencia de situaciones de acoso en una institución comporta efectos perniciosos colectivos muy diversos, algunos ligados a la disminución del rendimiento laboral, que puede estar relacionado con la mayor frecuencia de bajas, pero también con el apartamiento de la víctima de alguna o muchas actividades del grupo de trabajo. El acoso conduce

en general a un mal clima laboral, que induce a la desmotivación y, por consiguiente, a un menor rendimiento de los compañeros de la víctima.

También debe considerarse un efecto negativo para la institución el coste de las indemnizaciones que tenga que pagar en caso de reclamaciones judiciales

y, eventualmente, la pérdida de reputación, así como la mala imagen y el desprecio que puede comportar para la

institución no saber resolver los conflictos personales y no evitar el *mobbing*.

10

Diagnóstico del acoso laboral

No es fácil este diagnóstico, porque hay que distinguir el *mobbing* de otras situaciones similares, con las que se puede confundir, y porque el *mobbing* tiene una expresión muy variable (véase la **Tabla 1**). El acoso moral implica la existencia de un culpable y de una víctima. El reconocimiento de que se produce un fenómeno de acoso en un caso individual es difícil porque se han de dar simultáneamente dos elementos: uno, que haya un maltrato objetivable por parte de un agresor y, dos, que la persona que lo recibe se pueda considerar una víctima del maltratador, porque ve lesionada su autoestima, su dignidad o su realización profesional.

También se ha de tener en cuenta la sensibilidad de la persona que se ha convertido en el objetivo del acoso por parte del acosador. Las personas con más resilien-

cia tardaran más tiempo en darse cuenta o sufrirán menos que otras más sensibles.

La existencia de un acoso no se puede sostener solo por las declaraciones de la víctima, en base a su percepción, sino que debe sostenerse en el análisis de los hechos por parte de expertos (psicólogos, psiquiatras, profesionales de los servicios de riesgos laborales o expertos en conflictos interpersonales) y de las declaraciones de los testigos, generalmente compañeros de la víctima.

Lo que es indispensable para que se reconozca la existencia de *mobbing* es que se den los criterios que se señalan en la **Tabla 3**, en un marco de tolerancia o de aceptación por parte del resto de compañeros en el entorno de trabajo donde se produce la confrontación entre acosador y víctima.

**TABLA 3. CRITERIOS INDISPENSABLES PARA EL
DIAGNÓSTICO DE MOBBING**

Maltrato psicológico o presión injusta y desmesurada

Persistencia y duración prolongada (> 6 meses)

Intencionalidad

Objetivo de perjudicar y desestabilizar

11

¿Qué hacer cuando uno piensa que le hacen *mobbing*?

La vivencia de sufrir *mobbing* representa una situación moralmente devastadora, que hace que uno se sienta aislado en su lugar de trabajo, a menudo incomprendido por su familia y sin saber qué hacer para salir de la situación ni a quien consultar el caso.

11.1. Abordar el problema con el acosador

Seguramente es bueno enfrentarse al agresor y pedirle con educación y sin violencia la razón del trato que se recibe, advirtiéndole que se tomarán las medidas que convengan para restaurar el honor y la dignidad y que se permita hacer el trabajo que corresponde de manera más confortable. No se ha de dejar pasar una agresión en público, una mentira o un ataque sin replicar educadamente o pedir explicaciones, siempre en presencia de testigos de la conducta agresiva del acosador.

11.2. Acumular pruebas.

Una vez se es consciente de sufrir un acoso, se han de reunir pruebas (documentos,

testigos, certificados médicos) que den fe del ataque contra la propia dignidad al que se está sometido/a de manera repetida y continuada, para poder presentarla a la instancia que uno considere que será más beneficiosa para resolver el problema.

11.3. Buscar aliados.

Es necesario encontrar a quien pueda ayudar, especialmente compañeros que hayan presenciado el trato humillante que se recibe o que lo hayan sufrido antes. Hay que intentar que se solidaricen y ayuden.

11.4. Consultar con un psicólogo para aumentar la resiliencia.

Es bueno pedir ayuda a un experto que ayude a ser más resistente al acoso y minimizar el desgaste emocional que comporta.

11.5. Plantear si se tiene que denunciar.

Véase la sección siguiente.

12

Denunciar el acoso laboral. ¿Cuándo, a quién, cómo y por qué?

Las denuncias por presunto acoso laboral tienen que ser presentadas al servicio de prevención de riesgos laborales del centro donde trabaja la víctima, que tiene la responsabilidad de estudiar el caso para confirmar si realmente existe el acoso y para hacer propuestas de medidas correctoras. El afectado también puede presentar una denuncia a la Inspección de Trabajo o al Juzgado. Si el centro no dispone de ser-

vicio de prevención de riesgos laborales tiene que hacerlo en el departamento de recursos humanos (RRHH).

En esta sección utilizaremos preferentemente los términos “demandante” en lugar de “victima o acosado” —ya que el diagnóstico de acoso no está todavía confirmado—, y el término de “demandado” en lugar de “acosador”.

12.1. ¿Cuándo?

Lo primero que tienen que hacer las personas sometidas a un acoso laboral es tomar conciencia de que están sometidas a esta agresión. Reconocer que se sufre acoso laboral no es siempre fácil. Algunas personas pueden pensar que es un conflicto laboral transitorio y que se resolverá con el tiempo. Otras no entienden qué les pasa y se encuentran desconcertadas o deprimidas y no saben a quien dirigirse. En este último caso es conveniente hablar con algún compañero de confianza, con el médico del trabajo, el médico de familia, con un representante sindical o de la asociación profesional para que las oriente.

Una vez el trabajador ha tomado conciencia de que está siendo sometido a acoso ha de decidir donde denunciar los hechos, después de haber acumulado el máximo posible de pruebas que sugieran la existencia de acoso.

12.2. ¿A quién?

Los sanitarios que trabajan en organizaciones sanitarias tienen que denunciarlo al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) (o al departamento de RRHH), que valorará tanto la existencia de *mobbing* como la posible repercusión en la salud del afectado. Este lo tramitará a la Dirección de Recursos Humanos.

Las denuncias de acoso deberían poder hacerse en un marco de confidencialidad y la investigación del caso debería hacerse con la máxima discreción y celeridad.

En el caso de que se desee emprender acciones legales, debería buscarse un abogado entendido en esta problemática, que indique si las acciones legales deben emprenderse contra el acosador, contra la dirección del centro o contra los superiores de la víctima y que se ocupe del caso. Véase la sección de Aspectos Médicolegales.

12.3. ¿Cómo?

El trabajador que se considere víctima de acoso ha de presentar un documento, idealmente por escrito, de petición de apertura del procedimiento de investigación. En una fase posterior tendrán que aportarse los datos que él considere que manifiestan este acoso, es decir, una relación de los hechos y el número de testigos que puede interrogar la comisión investigadora (véase el **Anexo 1**).

12.4. ¿Por qué?

Hay que denunciar los casos de acoso. No hacerlo es como dar alas a los acosadores. No únicamente tendrían que hacerlo los que se consideren víctimas, sino también cualquier persona de la organización que sea conocedor de algún caso en su lugar de trabajo.

El acoso laboral está más extendido de lo que creemos. Los casos denunciados son una pequeña parte de los que se producen, pero las víctimas tienen poca tendencia a denunciarlo por varias razones:

- a. No desean pasar por una situación humillante si un gran número de compañeros descubren su situación.
- b. No tienen ninguna confianza que la denuncia ponga fin a su situación, sino más bien que salgan perjudicados.
- c. Tienen miedo a que la dirección los considere unos disruptivos que entorpecen el funcionamiento de la institución.

13 La investigación de un caso de presunto acoso. Algoritmo de actuación

13.1. Desarrollo

La detección de un caso de supuesta exposición puede proceder de diferentes ámbitos de la organización:

- a. De la persona afectada.
- b. De los cargos de mando.
- c. De los representantes sociales.
- d. De la Dirección de Recursos Humanos.
- e. De la Dirección/Unidad/Área afectada.
- f. Del Comité de Seguridad y Salud.
- g. Del mismo Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Asimismo, esta detección también podría generarse inducida por ámbitos externos al propio centro sanitario:

- h. Desde las Unidades de Salud Laboral.
- i. Desde la propia Inspección de Trabajo.

El procedimiento establecido en cada centro debe determinar la unidad con la que el trabajador deberá contactar para iniciar el análisis.

Es importante establecer el diagnóstico ante cualquier sospecha de acoso laboral, teniendo en cuenta que en ocasiones se debe a conflictos interpersonales que requieren una actuación diferente. Por eso, es necesaria la intervención del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (de ahora en adelante, SPRL), tanto de sus técnicos como del equipo de apoyo adicional con el que cuente este servicio.

Asimismo, es necesaria la intervención del SPRL, concretamente de la Unidad Básica de Salud, cuando el trabajador considere que puede existir un potencial perjuicio para su salud.

13.2. Competencias y responsabilidades

Con tal de conseguir la máxima efectividad de este procedimiento se definen las competencias y las responsabilidades de cada una de las áreas participantes.

a. Comisión de investigación interna

Es aconsejable dotar a la institución de una Comisión de Investigación Interna que pueda gestionar y dar cuenta de todo el proceso.

Se aconseja que la constituyan como mínimo:

- 1-2 miembros escogidos por la Dirección de Recursos Humanos.
- 1-2 miembros del SPRL (Área Técnica, especialidad de Psicosociología, y Unidad Básica de Salud).
- Delegados de prevención.
- 1 miembro de la unidad afectada.
- Podría ser valiosa la participación de algún otro miembro de referencia en el centro, por ejemplo algún miembro del Comité de Ética.

Si se decide la constitución de la Comisión, ésta debería requerir la investigación de los casos y emitir un informe con las conclusiones de su investigación y propuestas de actuación.

b. Dirección de Recursos Humanos

- Abrir el procedimiento a partir de la solicitud que por este motivo habrá recibido por la vía establecida.
- Impulsar el seguimiento, la revisión y la actualización del procedimiento.
- Garantizar las actuaciones que del análisis del procedimiento se deriven.
- Aportar la información de que disponga, para que los miembros de la Comisión de Investigación establezcan el diagnóstico de la situación, que dará lugar a todas las actuaciones posteriores hasta llegar a la solución del problema.
- Controlar estadísticamente los casos de acoso que se produzcan en los departamentos.

c. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

- Abrir el procedimiento a partir de la solicitud que, por este motivo, habrá recibido por la vía establecida.
- Colaborar con los miembros de la Comisión de Investigación interna facilitándoles la documentación y los informes que requieren en el estudio del caso.
- Dar, si procede, asesoramiento técnico y apoyo estadístico.
- Proporcionar, si procede, atención médica adecuada a las personas afectadas por el posible acoso. En este sentido, con tal de disminuir la estigmatización que tanto en el profesional médico como en el de enfermería se puede producir, es recomendable valorar y dirigir estos profesionales tanto en el pro-

grama PAIMM como en el programa Retorn.

- Elaborar información sobre los casos denunciados y resueltos, al inicio y la finalización de las diferentes fases, para ser librada al Comité de Seguridad y Salud.

d. Unidad afectada

- Colaborar en la aplicación de este protocolo cuando su activación afecte al personal de su unidad.
- Ejecutar las medidas correctoras aprobadas por la Dirección.

13.3. ¿Cómo actuar?

La actuación se inicia a partir de una solicitud de intervención por escrito y registrada en la Dirección de Recursos Humanos o en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales informará a los delegados/as de Prevención, de forma anónima, de la existencia de la solicitud.

En el caso que la solicitud de intervención no la presente directamente la persona afectada, deberá incluirse su consentimiento exprés e informado para iniciar las actuaciones de este protocolo.

Si la persona no da el consentimiento para hacer el estudio del caso que la afecta, se valorará la necesidad o la posibilidad de llevar a cabo las actuaciones que consideren oportunas en el ámbito psicosocial a la unidad afectada. Estas actuaciones pueden concluir en propuesta de medidas correctoras que se enviarán a la Dirección.

Durante todas las actuaciones, las personas implicadas podrán estar acompañadas y asesoradas por una persona de su confianza que forme parte del entorno laboral o referente legal de los trabajadores.

La Comisión Investigadora podrá, en caso de necesidad, requerir la ayuda de un gabinete experto para elaborar el estudio.

Al finalizar la investigación, la Comisión Investigadora emitirá un informe que se remitirá a la Dirección de Recursos Humanos que, posteriormente, lo comunicará al Comité de Seguridad y Salud.

El tiempo desde el inicio del envío de la solicitud y entrega nunca será superior a 60 días.

Se actuará de acuerdo con los resultados finales:

- conflicto laboral interpersonal,
- conflicto laboral de acoso, y
- falso caso de acoso.

De estas conclusiones, también se informará a los afectados en los plazos fijados anteriormente.

14

Aspectos médicolegales

En el articulado de la Ley 7/2007, de 12 de abril, por la que se aprueba el Estatuto Básico del Empleado Público y del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Estatuto del Trabajador, podemos encontrar diferentes referencias respecto a la protección del trabajador. En este marco legal se prevén diferentes itinerarios legales y actuaciones judiciales que la víctima de una situación de acoso laboral puede seguir, que engloban la acción en el ámbito laboral, desde la denuncia ante la inspección del trabajo, la denuncia penal y la demanda civil, hasta el recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

La investigación judicial dentro de la jurisdicción penal se inicia por la interposición de una denuncia ante el juez de instrucción competente. Una vez presentada una denuncia en un supuesto caso de *mobbing* en el Juzgado de Instrucción competente, el juez instructor puede encargar la investigación médica legal de los hechos al médico forense del juzgado que haya sido asignado.

El médico forense es el funcionario público que se encuentra adscrito al Instituto de

Medicina Legal de su territorio y que recibe las órdenes directas del juzgado o fiscal competente del caso mediante el director del Instituto.

En el caso concreto de presunto *mobbing*, el médico forense hace una valoración médica legal de la denuncia que describe los hechos cometidos y, si es necesario, una exploración a la víctima o al presunto agresor, teniendo en cuenta los aspectos que se recogen en este Cuaderno. Aparte del médico forense, pueden intervenir otros peritos, como médicos, psicólogos o expertos en riesgos laborales, que necesitarán la previa autorización del juez para participar en el proceso penal. El médico forense también revisará todos aquellos informes documentales que se encuentran en la causa para tener una valoración más específica de cada caso.

La víctima de un supuesto caso de *mobbing* puede seguir otras vías legales. Así, se puede presentar una demanda ante la jurisdicción social (laboral) solicitando la extinción del contrato de trabajo con derecho a ser indemnizado por los años trabajados, tal como prevé el artículo 50.1 del Estatuto del Trabajador. También se puede presentar demanda

al orden civil, solicitando que la persona que ha realizado el *mobbing* responda con su patrimonio, indemnizando por los daños morales producidos a la víctima; o bien, la presentación de una denuncia ante la Inspección de Trabajo, donde se valorará si existe una conducta contraria a la dignidad del trabajador por parte del empresario o si de esta conducta de *mobbing* se deriva un riesgo para la salud del trabajador. Esta consistirá en una sanción administrativa al empresario.

Finalmente hay que hacer referencia al orden contencioso-administrativo, que es el orden competente en aquellos supuestos en que la presunta situación de *mobbing* afecte relaciones laborales que se den entre los trabajadores públicos (funcionarios, personal estatutario, laboral).

Ley de Enjuiciamiento Criminal

Según la Ley de Enjuiciamiento Criminal, si los médicos tienen conocimiento, en su ejercicio profesional, de un acto que podría ser un delito, tienen la obligación inmediata de denunciarlo:

Art. 259: Toda persona que presencie la comisión de un delito o que sin haberlo presenciado tenga conocimiento de él está obligada a ponerlo en conocimiento de las autoridades. No hacerlo está castigado por la ley.

Art. 262: Los que por razón de su cargo, profesión u oficio, tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo del lugar, si se tratara de un delito flagrante.

15 Los aspectos éticos y deontológicos

El acoso moral a cualquier persona y en cualquier ámbito es un claro ejemplo de conducta inmoral porque atenta contra la dignidad de la persona. La dignidad es aquella condición esencial y propia de las personas que las reconoce valiosas por sí mismas. Así como las cosas tienen precio y se pueden cambiar y sustituir las unas por las otras, porque tienen un valor de uso, las personas no tienen precio, no se pueden cambiar. Lo que las hace valiosas por sí mismas es la dignidad, que las hace insustituibles y las hace iguales.

Esta condición de dignidad que nos hace valiosos por nosotros mismos y a todos iguales es el fundamento de la regla de oro de la convivencia: “*Trata al otro como querías que el otro te tratara a ti*”. Esta norma se vulnera cuando se asedia moralmente a otra persona. Y esta conducta no tiene atenuantes ni eximentes,

precisamente porque atenta contra el principio básico que regula la relación entre las personas.

15.1. El acoso moral de un médico sobre otro médico es una falta deontológica

Lo es porque atenta contra el texto considerado fundacional de la ética médica occidental, el juramento hipocrático. Este texto insta a los médicos a tratar de una manera diferenciada y respetuosa a los maestros, a sus hijos y a los discípulos que se hayan comprometido a respetar el juramento. Se exige el deber de tratar a los maestros como a los propios progenitores y a sus hijos y a los discípulos como hermanos. Así pues, las relaciones entre los terapeutas griegos eran de tipo casi familiar, las propias de una fraternidad religiosa. Esta es la interpretación histórica más probable del juramento hipocrático, el de un rito iniciático de tipo

religioso por el que se entraba a formar parte de una comunidad cerrada consagrada a las prácticas sanadoras bajo la advocación de una divinidad con poderes curativos.

Este trato deferente entre colegas ha persistido desde su origen, y se ha incorporado en las normas de conducta que exigen a sus miembros las corporaciones encargadas de regular la práctica médica, como son los colegios de médicos y las asociaciones profesionales.

15.2. El origen de las corporaciones médicas

En el origen del Royal College of Surgeons of England, una de las corporaciones médicas más antiguas del mundo, están las frecuentes disputas sobre la competencia profesional entre los que se dedicaban al arte de sanar en la Inglaterra de mediados de siglo XVI. Enrique VIII, asesorado por el cirujano de la corte, Thomas Vicary, promulga el Acta de la Unión de cirujanos y barberos, asociación creada para poner fin a las discusiones sobre la competencia profesional. La Unión tenía la potestad de decidir quienes podían ser sus miembros, los únicos habilitados para ejercer como médicos.

Desde entonces, la evaluación de la competencia profesional no es una cuestión de juicio individual basada en la mayor experiencia o responsabilidad de quien juzga, sino que es el fruto de un procedimiento reglado y de una decisión corporativa. Ningún profesional puede emitir impunemente juicios públicos que descalifiquen la actuación profesional de otro compañero ya que esta función corresponde exclusivamente a la corporación. La descalificación profesional, que a menudo es el argumento principal del acosador, no solo constituye una ofensa hacia la víctima sino que es una falta de respeto para el conjunto de la profesión.

15.3. La conducta ética del médico

Thomas Percival publicó *Medical Ethics* en 1803 con el objetivo que el médico adoptara la dignidad de conducta que es esencial al carácter de un *gentleman* (caballero). Lo que es considerado como el primer código de conducta médica de la era moderna es el fruto de la reflexión de un médico preocupado por la buena imagen de los profesionales. Algunos apartados se corresponden más a unas normas de urbanidad —describen las buenas maneras que debe seguir el médico en público para ser respetado—, pero otras hacen referencia a las reglas que deben observarse en las controversias y disputas profesionales.

En el apartado XXIII del capítulo II se dice que éstas se deberán tener en privado, para que no perjudiquen la imagen de la corporación. Esta norma tan prudente y básica es la que, de forma deliberada, vulnera al acosador ya que sus críticas tienen por objetivo el desprecio público de su víctima. Si actuara de buena fe y con respeto, encontraría la forma de hacerle llegar su desacuerdo en privado y sin ofenderlo.

Las normas de conducta de Percival fueron incorporadas íntegramente en el código ético de la American Medical Association en 1847 y, posteriormente, inspiraron la mayor parte de códigos de deontología de las asociaciones médicas occidentales.

15.4. El Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña

El actual Código de Deontología dedica su capítulo XII a los deberes y derechos del médico hacia sus compañeros. Las normas de este capítulo que son relevantes en relación con el acoso moral son las siguientes:

Norma 94. *El médico, por encima de toda consideración jerárquica, ha de tener en cuenta que cualquier médico es un compañero que merece un respeto impuesto por la costumbre médica universal y como tal ha de tratarlo.*

Norma 95. Todo médico que forma parte de un equipo médico puede rechazar a cualquiera de sus miembros por causa profesionalmente justa, pero ha de argumentar previamente los motivos de su rechazo a la jerarquía médica del ente donde pertenece el equipo o al Colegio de Médicos.

Norma 97. La relación entre médicos nunca ha de comportar desprecio público. Las discrepancias profesionales tienen que ser discutidas entre médicos y en el seno del Colegio de Médicos u otros organismos o colectivos profesionales. Solamente cuando estas vías estén agotadas se podrá recurrir a otras instancias.

La falta de respeto del acosador por la víctima vulnera de forma clara la norma 94. Las normas 95 y 96 dan la pauta para arbitrar diferencias entre compañeros: la intermediación de los responsables del centro o del Colegio y con la discreción correspondiente. El acosador vulnera estas normas al no respetar las competencias del comité de dirección del centro o del Colegio y haciendo pública la descalificación del compañero. El acosador

no solo usurpa una función que no le corresponde, el juicio sobre la competencia profesional de un compañero, sino que vulnera la regla de la más elemental prudencia haciendo la máxima difusión, con la consecuencia del desprecio público de la víctima, que es uno de los objetivos del acoso.

En el capítulo XIV, que trata de los deberes del Colegio de Médicos, se dice:

Norma 114. *El Colegio de Médicos velará por que los médicos asalariados puedan desarrollar su tarea dentro de la institución o la empresa en las dignas y debidas condiciones de trabajo.*

Esta norma habilita y obliga al Colegio a ejercer una labor de vigilancia regular porque se cumplen las normas anteriores, así como a colaborar con los directivos de los centros y, de manera especial, con los responsables de los servicios de salud laboral, para implementar programas para prevenir y erradicar los casos de acoso.

16

La base para la prevención del acoso en los centros sanitarios, como en cualquier entorno laboral, es la tolerancia cero con todo tipo de violencia, y la elaboración y la difusión dentro del centro de una declaración institucional que rechace el acoso.

Para alcanzar este objetivo, hay que tener en cuenta una prevención primaria, medidas de prevención secundaria y también de prevención terciaria.

En la **tabla 4** se señalan los aspectos clave en la prevención del acoso.

16.1. Prevención primaria

Pretende eliminar, o como mínimo reducir, el riesgo de acoso, actuando sobre las causas que lo facilitan. Para este objetivo

Medidas preventivas

es necesario que las instituciones reconozcan que se pueden producir situaciones de acoso dentro de su organización. También los trabajadores tienen que ser conocedores de esta patología laboral y estar en condiciones de reconocer casos de *mobbing*. Deben identificarse, para corregirlas, las situaciones que pueden facilitar el acoso, mediante encuestas de satisfacción y otras medidas, como la elección de jefes de equipo sin tener en cuenta su capacidad de liderazgo, o la falta de conocimientos en organización del trabajo de los cargos de mando.

16.2. Prevención secundaria

Incluye intervenciones dirigidas a incrementar los recursos individuales del per-

TABLA 4. ASPECTOS CLAVE EN LA PREVENCIÓN DEL ACOSO

- | |
|---|
| 1. Consideración por parte de la institución de que el acoso no es solo un problema individual, sino también de las organizaciones, y está relacionado con deficiencias de éstas. |
| 2. Identificación y evaluación de los riesgos psicosociales, examinando la incapacidad temporal y a través de encuestas de satisfacción, entre otras medidas. |
| 3. Liderazgo y actuación eficaz de los cargos de mando en la gestión de los conflictos. |
| 4. Formación e información a todos niveles. |

sonal laboral para conseguir más resistencia a un posible *mobbing*.

Entre estas intervenciones podemos incluir:

- a. Estar informado sobre el *mobbing* (causas, motivaciones, objetivos) para identificar el problema cuanto antes mejor.
- b. No mantenerse pasivo, esperando que el problema se resuelva solo o que el acosador busque otra víctima.
- c. Plantar cara al acosador, preguntándole por qué le ataca, exigiéndole que respete su dignidad (hacerlo delante de testigos, nunca en privado).
- d. Buscar apoyo entre los compañeros, que acepten ser testigos en caso de denuncia a la dirección.

16.3. Prevención terciaria

Tiene por objeto reducir las consecuencias y daños ocasionados por el acoso. Implica una respuesta de la empresa rápida y contundente. Eventualmente puede implicar un cambio de lugar de trabajo de la víctima, en el caso de que tenga que salir mal parada y le sea difícil volver al lugar de trabajo.

¿Qué deberían hacer los centros sanitarios en relación con el acoso laboral?

17

Las instituciones sanitarias, como cualquier empresa tienen: 1) plena responsabilidad de garantizar el derecho de todas las personas a un entorno de trabajo saludable, 2) la obligación de promover condiciones de trabajo que eviten el acoso psicológico, y 3) el deber de establecer procedimientos para prevenirlo y sancionarlo (de acuerdo con el art. 48 de la Ley 3/2007).

17.1. Obligaciones de la dirección

Es obligación de la dirección:

- a. Garantizar que se trate a todos con respeto y educación, evitando comportamientos ofensivos o discriminatorios.
- b. Hacer un pronunciamiento público, y conocido por todo el personal, considerando el acoso laboral como una actuación inaceptable y punible.
- c. Establecer mecanismos que permitan detectar la existencia de acoso laboral.
- d. Tener a punto los procedimientos para aplicar en caso de reclamación por *mobbing* contra algún miembro de la plantilla.
- e. Investigar seriamente las quejas o denuncias y hacer un seguimiento de la situación después de la queja.
- f. Mantener la confidencialidad de los casos en proceso de investigación.
- g. Tomar en consideración las recomendaciones que hace el servicio de prevención de riesgos laborales cuando la comisión ad hoc formada para examinar los casos de queja por acoso haya formulado sus indicaciones.
- h. Facilitar la reinserción y adaptación laboral de la víctima de acoso.

17.2. Protocolo de actuación en caso de acoso laboral

Los centros sanitarios tienen que disponer de un documento sobre cómo prevenir y evitar la aparición de situaciones de acoso psicológico y de cómo actuar si se da una situación de este tipo en su centro.

En este documento ha de constar de forma explícita que la dirección del centro establece un nivel de tolerancia cero ante este tipo de comportamiento, y queda expresamente prohibida cualquier acción o conducta de esta naturaleza. La ocultación de la existencia de acoso en los lugares de trabajo es injusta para las víctimas, que nunca podrán encontrar una mejora de su situación, y es contraproducente para la misma institución. Un reconocimiento de la voluntad de combatir esta injusticia por parte de los equipos directivos, con garantía de la confidencialidad con que se examinarán a los posibles casos, puede favorecer el clima laboral en el centro y la necesidad de buscar vías para mejorarlo.

El documento ha de detallar el conjunto de actuaciones a las que la institución está obligada en relación con:

- la prevención de los episodios de acoso,
- la gestión de los conflictos interpersonales, y
- el manejo de los casos de acoso cuando no se hayan podido prevenir

Este documento debería estar consensuado con los representantes sindicales del centro y aprobado por el Comité de Seguridad y Salud (CSS).

Teniendo en cuenta las dificultades de diagnosticar el acoso es conveniente que se incluyan en este documento todos los ejemplos de mala conducta que puedan constituir manifestaciones del acoso, y se haga una declaración explícita que se trata de una conducta reprobable que no será tolerada por la institución.

El documento debería tener un acceso fácil para que lo puedan conocer los trabajadores (por ejemplo, colgado en la intranet) y hacer difusión.

17.3. Política de selección de cargos

Considerando que en la mayor parte de los casos de acoso la víctima lo recibe de un superior jerárquico, es preciso que entre los criterios que se utilicen para la selección de las personas que deberán ejercer un cargo de mando en las instituciones sanitarias se tengan en cuenta, además de su competencia, las cualidades humanas del candidato elegido, particularmente su capacidad de liderazgo.

17.4. Creación de un clima social favorable

Las empresas tienen que emprender acciones para conseguir un clima laboral saludable. En el ámbito organizativo se necesita una buena clasificación de competencias, de los sistemas de participación, la potenciación del trabajo en equipo y la gestión de la comunicación. En cuanto al contenido de las tareas se ha de tener en cuenta la rotación de los lugares de trabajo y el aumento del autocontrol en el trabajo. Se debe fomentar la mejora de las habilidades sociales, la resolución de conflictos, la elaboración de manuales de buenas prácticas, relaciones personales y las iniciativas para mejorar la formación del personal.

18.1. Servicio de prevención de riesgos laborales (SPRL)

Es el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para llevar a cabo las actividades preventivas con el fin de garantizar la protección adecuada de la seguridad y la salud de los trabajadores y trabajadoras. Es la forma más frecuente de organización de la prevención en las empresas. Según el tamaño de la plantilla y el tipo de actividad de la empresa, el SPRL puede ser propio o ajeno (contratado a un servicio especializado externo). Sus funciones principales son: a) El diseño, la implantación y la aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales, b) La evaluación de los factores de riesgo, c) La planificación de la actividad preventiva, d) La información y formación de los trabajadores y trabajadoras, e) La prestación de los primeros auxilios y planos de emergencia y f) La vigilancia de la salud de los trabajadores y trabajadoras en relación con los riesgos derivados del trabajo. Se compone de técnicos de prevención, médicos/as y enfermeros/as del trabajo.

18.2. Recursos humanos (RRHH)

Función o gestión que se ocupa de seleccionar, contratar, formar, ocupar y retener el personal de una organización. Estas tareas las puede ejercer una persona o un departamento. Generalmente la función de Recursos Humanos está compuesta por áreas como reclutamiento y selección,

contratación, capacitación, administración o gestión del personal. Dependiendo de la empresa pueden llevar a cabo otras tareas como la administración de nóminas o la relación con sindicatos, entre otros. Es frecuente que el SPRL forme parte o tenga una relación estrecha con RRHH.

18.3. Comité de seguridad y salud (CSS)

Órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos laborales, obligatorio en empresas o centros de trabajo con 50 personas o más. El CSS está formado por los delegados y delegadas de prevención (representantes sindicales con funciones específicas de salud laboral), por una parte, y por la persona empresaria o sus representantes en un número igual al de los delegados y delegadas de prevención, por la otra. Sus competencias son: a) Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos en la empresa, y b) Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos para la prevención efectiva de los riesgos, proponiendo a la empresa la mejora de las condiciones o la corrección de las deficiencias existentes. Este es un órgano de participación y negociación dedicado específicamente a funciones de salud laboral y no debe confundirse con el SPRL que es el órgano técnico dedicado a este tema.

- Agervold M, Mikkelsen EG. Relationships between bullying, psychosocial work environment and individual stress reactions. *Work & Stress* 2004;18(4):336-51.
- Aquino, K., & Lamertz, K. A relational model of workplace victimization: Social roles and patterns of victimization in dyadic relationships. *Journal of Applied Psychology* 2004;89:1023–34.
- Archer, D. (1999). Exploring “bullying” culture in the para-military organization. *International Journal of Manpower* 1999;20(1/2):94-105.
- Bowling NA, Beehr TA. Workplace Harassment From the Victim's Perspective: A Theoretical Model and Meta-Analytic. *Journal of Applied Psychology* 2006;91:998–1012.
- Caralps A. El maltratamiento del personal sanitari. *Annals de Medicina*. 91:170-172. 2008.
- Cascardo D. Bullying and acts of aggression in the workplace: implementation of effective prevention strategies. *J Med Pract Manage.* 2011;27:14-7.
- Direcció General de Relacions Laborals. Generalitat de Catalunya. Fulls d'informació. Monografies: 23. Assetjament psicològic en el treball.
- Domínguez J. Acoso moral, psicológico y laboral, “mobbing”. ¿Violencia en el lugar de trabajo? Editorial Ramon Llull. 2011.
- Einarsen S, Hauge LJ. Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: una revisión de la literatura. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2006;22:251-73.
- Einarsen S. Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior* 2000;5(4):379-401.
- Einarsen S, Raknes BI, Matthiesen SB. Bullying and harassment at work and their relationship to work environment quality: An exploratory study. *European Work and Organizational Psychologist* 1994;4(4):381-401.
- Einarsen S et alt. Bullying and harassment in the workplace: developments in theory, research and practice. 2nd edition. Londres: Taylor & Francis.
- Escartín J, Rodríguez-Caralleira A, Zapf D. Guías de intervención: Mobbing. Ed. Síntesis. Madrid. ISBN: 978-84-975680-3-6.
- Eurofound 2012. Fifth European Working Conditions Survey. Publications Office of European Union. Luxemburg.
- European Agency for safety and Health at Work. Workplace Violence and Harassment: a European Picture. Disponible a: <http://www.maybo.co.uk/file/25/violence-harassment-eu--report.pdf>.
- Ferris GR, Zinko R, Brouer RL, Buckley MR, Harvey MG. Strategic bullying as a supplementary, balanced perspective on destructive leadership. *The Leadership Quarterly* 2007;18:195–206.
- Fidalgo MV y otros. El acoso psicológico en el trabajo: definición. Nota técnica 854. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Gimeno Lahoz R. La presión laboral tendenciosa (mobbing). Tesis doctoral. Universitat de Girona. 2005.
- Jurado Segovia A. Acoso moral en el trabajo: análisis jurídico-laboral. Wolters Kluwer España, SA. 2008.
- Leymann, H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 1996;5:165–84.
- Monks CP, Smith PK, Naylor P, Barter C, Ireland JL, Coyne I. Bullying in different contexts: Commonalities, differences and the role of theory. *Aggression and Violent Behavior* 2009;14:146-56.
- Neuman JH, Baron RA. (2011). Social Antecedents of Bullying: A Social Interactionist Perspective. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (Eds.), *Bullying and Harassment in the workplace. Developments in Theory, Research and Practice*. Londres: Taylor & Francis;2011.
- Salin, D. Bullying and organizational politics in competitive and rapidly changing work environments. *International Journal of Management and Decision Making* 2003;4(1):35-46.
- Salin D. The Prevention of workplace bullying as a question of human resource management: measures adopted and underlying organizational factors. *Scand J Mgmt.* 2008;24:221-31.
- Skogstad A, Matthiesen SB, Stale Einarsen S. Organizational changes: a precursor of bullying at work?. *International Journal of Organization Theory and Behavior* 2007;10(1):58-94.
- Topa G, Depolo M, Morales JF. Acoso laboral: meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. *Psicothema* 2007;19:88-94.

Números publicados

<p>DOCUMENT ELABORAT PER UN COMITÉ D'ESTUDIS DEL CONSELL D'ESTUDIS COLEGIATS COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>OCTUBRE 1992</p> <p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI El metge i el malalt de Sida</p> <p>1</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>MAIG 1993</p> <p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Prevenció del tromboembolisme venós</p> <p>2</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>OCTUBRE 1993</p> <p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI La valoració preoperatoria</p> <p>3</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>JULYOL 1994</p> <p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Finalitat i ús de la història clínica</p> <p>4</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>DESEMBRE 1996</p> <p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Diagnòstic prenatal dels defectes congènits</p> <p>5</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>
<p>JULYOL 1997</p> <p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Informes i Certificats sobre el malalt mental</p> <p>6</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>DESEMBRE 1997</p> <p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Com actuar quan un metge és portador del virus de la immunodeficiència humana o dels virus de l'hapatitis B o C</p> <p>7</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>JUNY 1998</p> <p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI La informació clínica facilitada al pacient</p> <p>8</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>DESEMBRE 1998</p> <p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Normes d'actuació després d'una exposició occidental a sang o altres fluids biològics en el medi sanitari</p> <p>9</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>JULYOL 1999</p> <p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI GUÍA DE LA BONA PRESCRIPCIÓ Manual pràctic</p> <p>10</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Desembre 1999</p> <p>Quaderns de la bona praxi Prevenció i manatge de riscos, anàlisi de reclamacions</p> <p>11</p> <p>Metges d'Atenció Primària</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>
<p>Desembre 2000</p> <p>Quaderns de la bona praxi Guia d'actuació en la situació d'aguda del malalt terminal</p> <p>12</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Marc 2001</p> <p>Quaderns de la bona praxi Detecció del maltractament intrafamiliar a la dona (MID)</p> <p>13</p> <p>Manual Informació per a Metges de Serveis d'Hospitalització i d'Atenció Primària. Passos bàsics per a l'orientació clínica</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Gener 2002</p> <p>Quaderns de la bona praxi Guia d'actuació en l'aplicació de les vacunes</p> <p>14</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Desembre 2002</p> <p>Quaderns de la bona praxi Com posar una assistència de qualitat a persones que estan en residències geriàtriques</p> <p>15</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Octubre 2003</p> <p>Quaderns de la bona praxi Els immigrants i la seva salut</p> <p>16</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Setembre 2004</p> <p>Quaderns de la bona praxi Guia per preventir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges</p> <p>17</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>
<p>Febrer 2005</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi Informes clínics, eines de comunicació</p> <p>18</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Jany 2005</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi Detecció i orientacions terapeútiques en els trastorns del comportament alimentari</p> <p>19</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Sentembre 2005</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi Maltractaments a la gent gran</p> <p>20</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Gener 2006</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi Com actuar quan un metge és portador del virus de la immunodeficiència humana o dels virus de l'hapatitis B o C</p> <p>21</p> <p>Segona edició del Quaderns de la Bona Praxi núm. 7.</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Abril 2006</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi La grip, la grip aviar i l'amenaça d'una pandèmia gripal</p> <p>22</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Novembre 2006</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi Orientacions medicolegals de l'atenció als serveis d'urgències</p> <p>23</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>
<p>Abril 2007</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi Fibromialgia i síndrome de fatiga crònica</p> <p>24</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Marc 2008</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi El consentiment informat. La presa de la decisió informada del pacient.</p> <p>25</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Gener 2009</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi Valoració de l'estat de salut de les persones sol·licitants d'adopció</p> <p>26</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Juny 2009</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi Aspectes mèdics relacionats amb la conducció de vehicles</p> <p>27</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Abril 2010</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi Història clínica, tecnologies de la informació i drets del pacient</p> <p>28</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Maig 2011</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi "Praxi mèdica i reclamacions judicials"</p> <p>29</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>
<p>Setembre 2012</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi "El medi ambient i la salut"</p> <p>30</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Desembre 2012</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi "L'abordatge mèdic de la violència envers les dones i llurs fills i filles"</p> <p>31</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>	<p>Abril 2013</p> <p>Quaderns de la Bona Praxi "Contencions"</p> <p>32</p> <p>COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA CENTRE ESTUDIS COLEGIATS</p>			

Los Cuadernos de la Buena Praxis son una publicación que se envía, por correo electrónico, a todos los colegiados y a la que también se puede acceder a través del web de los colegios de médicos de Cataluña como servicio gratuito a los profesionales para promover las buenas prácticas. Se dispone de ejemplares en papel con un coste de 15€ para médicos colegiados en el COMB, COMG, COMT y COMLL y 20€ para otros interesados y entidades. Todos los números están en versión catalán, a partir del número 30 también los disponemos en versión castellana.

Los interesados deberán enviar una solicitud a cecfmc@comb.cat.

Cuadernos de la Buena Praxis



CENTRO DE ESTUDIOS COLEGIALES
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Paseo de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.
<http://cec.comb.cat>