

Supervisión del trabajo y violencia; construyendo el significado del entrenamiento de los médicos

Work supervision and violence: dealing with the physician's meanings about their training

Angélica Irene Hernández González¹ Florencia Peña Saint Martin
Facultad de Estudios Superiores - Iztacala, UNAM Maestría en Antropología Física, ENAH
Maestría en Antropología Física, ENAH

El objetivo del presente trabajo fue analizar el significado que los médicos dan a la supervisión, la que muchas veces viven como violencia laboral. Partiendo del supuesto de que las formas de supervisión podrían estar perpetuando prácticas violentas normalizadas entre los médicos como parte de la formación. Los resultados muestran que los médicos del estudio sí vivieron eventos de violencia durante la supervisión que recibieron; también la ejercen cuando a ellos les toca supervisar, no obstante, al ser interrogados afirmaron que no habían vivido violencia en el ámbito laboral. Al indagar cómo significan los médicos la supervisión, que muchas veces sí tiene connotaciones de violencia, se identificó que se naturaliza bajo el argumento de que ello es lo que implica ser médico. Así, la supervisión que incluye castigos físicos ante el error es considerada una práctica “necesaria”, asumiéndola como pauta para lograr los mejores resultados en la formación de los médicos.

Palabras clave: violencia laboral, supervisión, significado de ser médico, estrés laboral.

The goal of this paper was to analyze the meaning that doctors give to the supervision they receive, which they often experience as workplace violence. A starting point is the assumption that these forms of supervision can be normalizing violent practices as part of the training. The results show that the physicians studied experienced violence during the supervision they received. They also exercised it when they must have to supervise. However, when they were questioned, they affirmed that they had not experienced violence in the workplace. Investigating the meaning for doctors of this kind of supervision, it was naturalized under the argument that it is necessary to become a doctor. Thus, supervision that includes even physical punishment when errors occurred is considered a “necessary” practice, assuming it as a guideline to achieve the best results in training doctors.

Keywords: Job harassment, workplace violence, supervision, physician's meanings workplace stress.

¹Trabajo realizado con financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) a través de la estancia posdoctoral 2016-2018 de la primera autora en la Maestría en Antropología Física, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
Dirección para correspondencia: Dra. Angélica Hernández González mtra.angy@gmail.com

El estudio del ambiente laboral requiere del análisis de los contextos institucionales y de los ámbitos que inciden en ellos, donde es ineludible reconocer que muchas veces existe la “violencia institucional”, es decir, la que surge desde las instituciones formales del Estado o de sus ordenamientos funcionales, y que se justifica y se encubre como “legítima” o “necesaria”. Se ha detectado en instituciones, como las encargadas de la seguridad, en donde se observa un monopolio del uso de la fuerza, así como la posibilidad de coaccionar, incluso obligar a sus miembros, en nombre de un ordenamiento legal (Doz, 2010). No obstante, poco se han explorado otras instituciones, cuya organización jerárquica, como los hospitales, legitima dinámicas en las que se ejerce el poder sobre sus miembros, por tanto, aquí se analiza particularmente la que se da entre médicos con distinto nivel de decisión y mando.

Actualmente, los modelos de gestión suelen estar orientados a conseguir la mayor productividad, en gran medida a través de las formas de organización del trabajo cuando es jerárquica y de subordinación, y que determina modalidades particulares de relaciones laborales que tienen efectos no sólo en el desempeño laboral, sino también en los vínculos personales, en el bienestar general, en la calidad de vida y en la salud de los trabajadores (Arciniega, 2012). Derivado de estas formas de organización particulares, aunado a los contextos histórico-sociales y las biografías personales de los individuos que entran en interacción, muchas veces se crean contextos que favorecen prácticas de violencia en el trabajo², incluso de *mobbing*³, que es una forma de violencia en contextos institucionales (Peña & Sánchez, 2007), cuyo origen debe explicarse en la conjunción de factores de diversos ámbitos, como los económicos, políticos, sociales y culturales.

Desde la perspectiva de la antropología física, según Peña y Sánchez (2007), la violencia en el trabajo y en particular el *mobbing* constituye una expresión de las relaciones humanas en contextos institucionales en sociedades complejas, se presenta en ciertas organizaciones a través de estrategias específicas y, a la vez, prácticamente universales. En el ámbito laboral se observa violencia directa, definida como aquella en que se ejerce una acción directa hacia una persona, atentando contra su integridad, seguridad o supervivencia, sin que se interpongan mediaciones y puede ser verbal, psicológica y física (Jiménez, 2012).

La violencia laboral y el *mobbing* se han concebido como fenómenos cuyas consecuencias frecuentemente derivan en un deterioro generalizado del blanco de las agresiones y de los contextos donde se realizan (Peña & Sánchez, 2007). No

obstante, la investigación dominante durante los últimos años, ha establecido “perfiles” de blancos y agresores, a partir de una perspectiva neoliberal, es decir, atribuyéndole un carácter individual a su origen (Peña & Sánchez, 2007), lo cual es un análisis parcial que intenta explicar esta violencia como el resultado de características personales de las “víctimas” o de los “victimarios”, enfatizando su efecto sobre la productividad del empleado y las pérdidas económicas (Letelier, Navarrete, & Farfán, 2014).

Si bien es cierto que la variabilidad humana juega un papel en las relaciones entre las personas que establecen dinámicas con presencia de *violencia laboral* y de *mobbing*, con efectos sobre su salud (Peña & Sánchez, 2007), el análisis debe hacerse desde una perspectiva que incluya al contexto histórico social y a la institución misma donde éste está presente. Esto porque escenarios con estructuras jerárquicas, la organización, la normativa y las prácticas institucionalizadas formales e informales propician dinámicas de violencia entre sus miembros, puesto que toda institución se encuentra inmersa en el acontecer social, económico, político y cultural.

Por ende, se advierte la posibilidad de “violencia institucional” en los hospitales, cuyo impacto se observa en las relaciones negativas en el trabajo, que se hace evidente con la presencia de *violencia* o incluso de *mobbing*. Fenómenos que algunos autores relacionan con la cultura organizacional⁴ (Arciniega, 2012) y que, además, se asocia a estrés por parte de quienes los viven (Quiceno, Báez, & Vinaccia, 2008). Sin duda, las exigencias del entorno laboral en muchas ocasiones van acompañadas de preocupación, ansiedad y temor (Arciniega, 2012), y, desde luego, estrés.⁵ El origen de tales reacciones negativas, con frecuencia se relaciona con ciertas dinámicas de interacción entre las personas respecto de su trabajo en las instituciones. Siendo la supervisión del trabajo una modalidad de interacción institucional y legitimada que constituye una serie de prácticas a través de las cuales se vigila el cumplimiento de las exigencias contractuales y determina en gran medida el clima organizacional⁶ (Morales-Carmona, Meléndez, Luke, & Sanchez, 2010). Es necesario su análisis para identificar cómo se vive y cómo se significa, principalmente, por las personas que son supervisadas y detectar indicios de violencia laboral entre los trabajadores en relación con la “violencia institucional”, dado que la supervisión es un instrumento legitimado institucionalmente por el Sistema de Salud en México, cuyas prácticas, más allá de los fines formativos, se constituyen como mecanismos con propósito social, económico, político y cultural.

²...la Comisión Europea en 1995 (Informe Randstad, 2003) definió la violencia en el lugar de trabajo como las acciones de uso de fuerza física o psicológica y amenazas, que consisten en anuncio de intención de causar daño.

³... es una forma de violencia en la que la agresión hacia el blanco elegido es grupal y se da fundamentalmente a través de comunicación hostil y deshonesta... se distingue de otras formas de violencia debido a que ésta es perpetrada por un grupo organizado y porque las agresiones comunicacionales son recurrentes y sistemáticas, así como prolongadas en el tiempo...” (<https://congresomobbing.wordpress.com/>, 21 de febrero de 2017).

⁴...es la forma acostumbrada o tradicional de pensar y hacer las cosas, compartidas en mayor o menor medida por los miembros de la organización (Domínguez, Rodríguez, & Navarro, 2009).

⁵...el estrés es una respuesta ante una demanda, amenaza o carga, y es diferente para cada persona, incluso ante una misma situación (Reynoso & Selligson, 2005).

⁶...conjunto de características predominantes en el ambiente interno en que opera la organización, que influyen en las conductas, creencias, valores y percepciones de las personas, determinando su comportamiento y sus niveles de satisfacción (Álvarez, 2001).

En las instituciones hospitalarias los médicos reciben y realizan supervisión del trabajo de acuerdo a su jerarquía (médico de pregrado, residente, adscrito o jefe de servicio), que además de tener como objetivo valorar los procesos y resultados en la atención médica que proporcionan a los pacientes, tiene propósitos formativos en las distintas especialidades médicas.

La supervisión centrada en la formación de trabajadores de los ámbitos social, educativo y de salud, tiene como propósito el desarrollo profesional, al orientar e introducir en el ejercicio profesional a las personas, independientemente de la connotación jerárquica de la organización, según Hernández (1991). El autor agrega que tal supervisión permite la construcción de una identidad profesional, a partir de los aprendizajes de nuevas formas de actuar y del rol profesional a realizar.

Desde una perspectiva sanitaria, la supervisión se concibe como el proceso a través del que se inspecciona y evalúa la práctica profesional (Teixedó, 1997). La supervisión, supuestamente, garantiza que se labore conforme los requerimientos institucionales respecto de lo que se espera de cada individuo, en situaciones particulares. No obstante, la forma en que se realiza deja entrever posturas, prejuicios y preferencias personales de quien supervisa y en una gran cantidad de ocasiones propicia prácticas de abuso (Morales et al., 2010).

La supervisión como práctica implica la valoración de un “experto” del trabajo y el desempeño de otro, que se considera “aprendiz”. Esta relación asimétrica en una organización jerárquica y vertical, como lo son los hospitales, adquiere significado y praxis particular, que puede derivar en *situaciones de violencia*.

La supervisión puede generar estrés laboral, que según Dijkhuizen (1988) es la experiencia de una persona que valora insuficientes sus recursos para afrontar las exigencias del trabajo, ya que no cumplirlas le traerá consecuencias negativas, que incluso tienen el potencial de amenazar su salud, integridad, estabilidad, prestigio, incluso pueden implicar el riesgo de perder el trabajo mismo.

Es importante también la detección del tipo de estrés laboral que origina la supervisión en la que se han normalizado prácticas de violencia, el cual puede ser episódico, es decir, aquél que se presenta momentáneamente y que al enfrentarse y/o resolverse desaparecen todos los síntomas. Pero también existe el de tipo crónico, que es el que ocurre de manera recurrente cuando una persona es sometida a un estresor de manera constante, por lo que los síntomas aparecen cada vez que la situación se presenta y mientras el individuo no evite esa problemática el estrés no desaparecerá (Posada, 2011).

El estrés laboral puede ser resultado de la comunicación hostil, así como de prácticas violentas -como el maltrato⁷ en la interacción social entre los individuos que laboran en una institución y que se expresan a través de la relación supervisor-supervisado. En la supervisión pueden expresarse formas particulares, sutiles o encubiertas de violencia. Por ende, se requiere estudiar las relaciones laborales que se dan durante

la supervisión, que pueden ser violentas, originar estrés y que adquieren legitimidad en un entorno particular (Martín & De Guzmán, 2002).

El ámbito hospitalario es uno de los sectores laborales con una estructura jerárquica y vertical bien definida en que los médicos, según su nivel de formación (internos de pregrado, residentes de cada especialidad médica, adscritos o jefes de servicio), ocupan un lugar determinado para el trabajo, y, a la vez, en la estructura jerárquica, asumiendo funciones específicas bajo la supervisión de quien ocupa un nivel superior, lo cual implica de manera permanente relaciones de ejercicio del poder y de subordinación. Por ende, la organización hospitalaria fácilmente puede devenir en situaciones de violencia, incluso de acoso, si ésta se torna recurrente y se prolonga en el tiempo, tanto en la formación, como en el ejercicio mismo de la medicina, lo que indudablemente permea su significado, normalizando ciertas prácticas por todos los actores que participan en ella.

Estrés, supervisión y violencia laboral

El estudio de la supervisión como fuente del estrés laboral de los médicos (Morales et al., 2010) evidencia que está presente en los hospitales, frecuentemente asociada al ejercicio del poder, e incluso, de acoso, y, por tanto, se requiere investigar.

En un estudio cualitativo canadiense realizado desde una perspectiva socio-ecológica, cuyo propósito fue identificar y analizar los factores que determinan el bienestar del médico dentro y fuera del ambiente hospitalario se identificó como causas de estrés las limitantes para ejercer la medicina; tanto la falta de recursos (humanos y materiales), como las restricciones a la autonomía (Lovell, Lee, & Frank, 2009).

En México, desde una perspectiva ambiental-social, Hernández, Ortega y Turnbull (2015) mencionan que existe una colaboración “forzada” entre el personal médico, principalmente entre el anestesiólogo y los de otras especialidades, señalan, además, que en sus relaciones existe rivalidad y competencia, lo que les genera estrés.

Las restricciones en la autonomía para ejercer la práctica médica que señalan Lovell et al (2009) así como las relaciones laborales en donde se observa una colaboración “forzada”, como lo mencionan Hernández et al (2015), constituyen condiciones que pautan prácticas de supervisión particular, por ello, vale la pena cuestionar: ¿Cómo es la supervisión de los médicos en México? y ¿Cómo es que ésta les provoca estrés?

En este sentido Morales y colaboradores (2010) refieren que en la práctica médica la primera fuente de estrés es el trabajo directo con los pacientes, sobre todo, si los procesos de formación son exigentes, impositivos o groseros, lo que propicia la presencia de procesos emocionales adversos para el ejercicio de la profesión en los hospitales. Según Morales et al. (2010) debe distinguirse entre supervisión para la enseñanza y maltrato. La diferencia radica en que la primera consiste en la supervisión

⁷...se define como agresión en una relación interpersonal, en que la víctima ha depositado su confianza en el agresor (Esplugues, 2007).

de acciones específicas a través de señalamientos pertinentes respecto de los mejores procedimientos o los errores cometidos, acorde a la exigencia que se puede hacer, dependiendo de su nivel de formación. Por otra parte, el maltrato es control encubierto, aislamiento, provocación o descalificación, principalmente dirigido a los subordinados, cuya motivación difiere de la enseñanza, por ejemplo, cuando se ejerce desde la rivalidad, la venganza o el deseo de humillación.

Las consecuencias del maltrato médico⁸ encubierto como supervisión traen consecuencias en la salud de los médicos; alteraciones en el apetito, cansancio, frustración, enojo, irritabilidad, hostilidad, conflictos en las relaciones personales, cinismo, abuso de substancias (cafeína, nicotina, alcohol, barbitúricos), entre otros (Guevara, Henao, & Herrera, 2004).

En México, Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda, y Oviedo (1997) señalan que los médicos mexicanos presentan síntomas de estrés laboral, entre otros factores, por la supervisión. Por ende, es necesario el análisis de la cultura gremial y organizacional⁹, que sugiere la existencia de un significado particular a la supervisión, frecuentemente abusadora, que tal cultura gremial la convierte en un fenómeno “natural” que proporcionan/reciben médicos (y otro personal de salud) durante el proceso de formación profesional porque la construcción de dichos significados pauta las relaciones que se establecen entre ellos.

Sin duda, son múltiples los factores relacionados con el estrés del personal médico, sin embargo su análisis estaría incompleto si se contemplan únicamente las implicaciones del ejercicio de la práctica profesional. Por ende, es imprescindible indagar el estrés asociado a las formas de “violencia institucional” derivada del contexto social, económico, político y cultural, que se reconoce como el uso/abuso del poder respecto del control de recursos, servicios, incluso del personal en el medio hospitalario, propiciando situaciones de violencia al personal médico.

La pregunta que este trabajo se propone contestar es: ¿Cómo significan¹⁰ los médicos que reciben supervisión a ésta con respecto a su trabajo, en un hospital público de tercer nivel de la Ciudad de México,¹¹ en 2016? La investigación requiere advertir la diferencia entre supervisión didáctica y maltrato. Es difícil precisar la diferencia únicamente desde el plano conceptual, ya que un médico responsable de otro valorará a partir de su propia interpretación un castigo ante un error como proporcional o desmedido, en función de ello, ambos significarán o no el acto o la situación como violencia, por ende, la investigación advierte la necesidad de indagar inicialmente tal significación en quienes son supervisados, no obstante, el análisis interpela a quien supervisa.

MÉTODO

Para responder a esta pregunta se entrevistaron en profundidad 20 médicos¹², las que se orientaron a partir de un guión semiestructurado que incluía los siguientes ejes:

- Experiencias relacionadas con la práctica médica.
- Relaciones personales dentro y fuera del ambiente laboral.
- Experiencias estresantes asociadas al trabajo.
- Experiencias de violencia o maltrato (recibido y practicado) derivado del trabajo.

Es importante precisar que las entrevistas se orientaron a indagar las experiencias de los médicos durante su trayectoria académica (o de formación) y de su trabajo como médicos, lo que implica que las situaciones descritas no necesariamente se vivieron en el hospital en que se les contactó, sino que pudieron ocurrir en otras instituciones.

La entrevista consistió en hacerles las preguntas de cada eje de análisis, a partir de su respuesta, el entrevistador hacia otra(s) preguntas, lo que permitió profundizar en cada uno, luego de agotar los argumentos de una, se continuaba con el guión, siguiendo el mismo proceso hasta concluir.

A partir de dichos ejes se realizó la primera fase de recopilación y registro de los datos, la cual se llevó a cabo en las instalaciones del hospital durante los recesos de los médicos en su jornada laboral. Posteriormente, se realizó el análisis, categorización y codificación de la información proporcionada, ambas fases corresponden a lo que Robles (2011) señala como necesario para dar cuenta de los objetivos de la investigación.

RESULTADOS

Se contactó a los médicos a través del Departamento de Psicología del hospital, y se les invitó a responder una entrevista para indagar aspectos referentes a su formación y ejercicio profesional que particularmente les provocara estrés. Ante dicha petición únicamente 20 de 50 médicos a quienes se les solicitó acceder a la entrevista, consintieron en participar.

A continuación, se presentan los resultados citando los argumentos textuales de los médicos, a quienes se identifica como médico o médica, señalando su especialidad y antigüedad laboral para construir una imagen más clara de su discurso. Todos reciben supervisión de sus jefes inmediatos y también la realizan a sus subalternos (incluyendo médicos en formación). A continuación, se muestran los datos de los entrevistados (Tabla 1).

⁸Se define como maltrato médico “cualquier incidente en el cual un profesional de salud sea abusado, amenazado o atacado, ya sea por el paciente, sus familiares u otro profesional” (Bernardi et al., 2013:11).

⁹Poder cultural referente al gremio vivido (Partida, 1996).

¹⁰El término significado, según Osgood (1976; citado en Díaz & Salas, 1975), presupone una delimitación exacta frente a otros tipos de contenidos lingüísticos; por ello, se ha generalizado la opinión de considerar la significación como un semema ligado a un significante (Díaz & Salas, 1975). Sin embargo, el significado a que nos referimos en el presente estudio refiere al proceso psicológico de carácter asociativo e interno al sujeto, a través del cual el signo utilizado por éste se relaciona con el objeto significado (Jiménez, 1991).

¹¹La realización del estudio garantiza el anonimato de los informantes, incluyendo los datos referentes a la institución de adscripción.

¹²Quienes firmaron un consentimiento informado para ser entrevistados, en el que nos comprometimos a resguardar sus datos, al anonimato y a emplear la información únicamente con fines de investigación académica.

Tabla 1.

Datos de los médicos entrevistados

| EDAD | SEXO | ESPECIALIDAD | ANTIGÜEDAD (AÑOS) |
|------|------|---------------------|-------------------|
| 60 | M | Dermatología | 31 |
| 51 | M | Ginecología | 27 |
| 62 | M | Ginecología | 32 |
| 56 | M | Ginecología | 30 |
| 36 | F | Ginecología | 10 |
| 32 | F | Oftalmología | 4 |
| 61 | M | Oftalmología | 26 |
| 33 | F | Ortopedia | 4 |
| 45 | M | Ortopedia | 16 |
| 34 | M | Ortopedia | 4 |
| 36 | F | Ortopedia | 7 |
| 37 | M | Ortopedia | 6 |
| 55 | M | Ortopedia | 22 |
| 41 | F | Patología | 10 |
| 57 | M | Pediatría | 33 |
| 33 | F | Médico General | 7 |
| 47 | F | Médico General | 29 |
| 43 | F | Medicina Preventiva | 16 |
| 29 | F | Terapia Física | 3 |
| 57 | M | Terapia Intensiva | 30 |

Fuente: Elaboración propia con los datos de las entrevistas, 2017.

Se presenta también el trabajo de etnografía de la vida hospitalaria que se realizó para contextualizar los resultados:

Se trata de un hospital de segundo nivel, es decir, que cuenta con servicios de especialidad, ubicado en una colonia popular de la Ciudad de México, que al momento de realizar el trabajo de campo atendía aproximadamente a 5,800 pacientes al año. Se organiza en 13 servicios pediátricos y 8 servicios dirigidos a la salud de la mujer, de especialidad médica, que atiende en cuatro turnos: matutino, vespertino, nocturno y fin de semana (y días festivos).

La recepción del paciente se da a través de su solicitud de consulta externa, en la que se le valora y atiende por el médico especialista que requiere. Es importante señalar que la atención médica se hace con apoyo de los servicios de laboratorio y exámenes de gabinete, que implican la participación de laboratoristas, personal técnico, de enfermería y administrativo, supervisados por un responsable de área que depende del personal directivo del hospital.

Una segunda forma de ingreso al hospital es a través del servicio de urgencias, que les atiende y solicita la(s) interconsultas que se requieren al personal de la(s) especialidad(es). Es durante dicho proceso que especialistas de los distintos servicios interactúan en la atención de los pacientes.

El personal médico de cada servicio se integra por un jefe (médico especialista con responsabilidad del personal), los adscritos (médicos especialistas contratados por el hospital) y los residentes (médicos generales cuyo propósito de permanencia en la institución es para su formación como especialistas, a

quienes se les designan responsabilidades a partir del tiempo de estancia en la especialidad y que obtienen, además, una beca).

Analizar la supervisión requiere de la descripción de los eventos que refieren los participantes, debido a que ellos mismos no logran identificar actos de violencia.

Los resultados muestran que los médicos que reciben supervisión describen situaciones en las que se identifica violencia, verbal, psicológica y física, tal como se muestra a continuación:

Inicialmente, debemos referir la *violencia verbal*, que incluye amenazas durante la supervisión del personal respecto de la atención que se da a los pacientes. Las autoridades incluyen amenazas verbales en las que responsabilizan al médico, deslindando a la institución, lo cual no sólo es muestra de la falta de respaldo hacia el ejercicio de la práctica médica institucional, sino expresión de violencia laboral, tal como se muestra en la siguiente cita:

...y aquí, la institución también se desliga, una vez una directora.

Me dijo:

-aquí el paciente no es de la institución, aquí es suyo.

Yo dije:

-no, pues yo no lo traje, el paciente no pidió verme, yo no pedí verlo a él, únicamente me lo asignaron y con lo que se puede aquí, se arregló el problema.

Pero la subdirectora estaba aferrada:

-que es tú paciente, es tú problema y ahora que venga la demanda, es tu demanda y te estresas (médico de terapia intensiva 57 años, 30 años de antigüedad).

Como se puede observar en la cita anterior, las mismas autoridades se expresan de forma violenta hacia el personal médico, es claro en la manera en que le señalan su responsabilidad: "... es tú problema... es tú demanda..." Sin admitir que el médico presta sus servicios en una institución, por ende, no son los responsables de forma personal de la atención que se ofrece; ésta y el resultado en la salud de un paciente se encuentran determinadas por múltiples factores que escapan al control del médico, por lo que no puede atribuírsele absoluta responsabilidad de los resultados, éstos, se encuentran determinados por la forma como todos y cada uno de los servicios del hospital responden ante la evaluación, diagnóstico, ingreso, hospitalización y, desde luego, la calidad de la atención médica.

El personal directivo responsabiliza al médico también de la satisfacción o insatisfacción de los usuarios, sin advertir los determinantes de la salud, algunos factores son ajenos a la atención que ofrece el hospital, tales como las expectativas de quienes acuden, el tiempo de evolución del padecimiento y las probables complicaciones. No obstante, desde la perspectiva de los directivos, el personal médico es quién debe "resolver" cualquier problema, lo que implica agregarles presión, es decir, se trata de violencia psicológica, como se observa en la siguiente cita:

... queja de un paciente... de un familiar, lo primero que hacen es llamar al médico, por lo que sea... es que se está quejando, porque ¿No lo ven? Pero ya se quejó. ¿Entonces atiéndelo? ¿No?... Con tal de no tener problemas serios con ellos... si tiene hambre dale un dulce y ya, aunque el médico sea el que se estrese... (médico ortopedista, 55 años con 22 años de antigüedad).

Evidentemente, las instituciones de salud en su intento por evitar que los pacientes se “quejen” por insatisfacción en la atención que reciben, presionan al personal médico para que “resuelva” o “satisfaga” sus demandas, sin evaluar cada situación y determinar si es el personal médico es el que puede atenderla o resolver el problema, como ya se dijo, esto les implica presión adicional.

Se identifica violencia psicológica principalmente cuando la supervisión consiste en inspeccionar y evaluar al personal, no su práctica médica en actividades específicas relacionadas con el trabajo, que permitan retroalimentar al personal y mejorar los procesos y condiciones laborales, dicha forma de supervisión la realizan principalmente los directivos del hospital, ello se muestra en la siguiente cita:

... llegan y sólo buscan a algunos, que ya sabemos traen en la mira, parece como si buscaran el mínimo error; equivocación o algo con que valorar lo que no conocen... (médico dermatólogo, 60 años, 31 de antigüedad).

La supervisión de los directivos del hospital se significa como “fastidio”, probablemente porque no se hace sobre actividades concretas relacionadas con el trabajo. Incluso se cuestiona a quien supervisa, señalando que principalmente el director del hospital no se involucra en observar y mejorar los procesos administrativos, sino que lo hace como un acto de verificación del personal:

... vemos mucho al subdirector, que viene a fastidiar constantemente, pero no al director, no, él no se encuentra involucrado en lo que se hace dentro del hospital... debería de estarlo... debería de haber un recorrido por parte de los directivos para ver cómo estás, qué te hace falta, cómo te puedo ayudar... y aquí no sucede... (médico de terapia intensiva, 57 años, 30 años de antigüedad).

La cita anterior describe cómo es que la supervisión que hace el personal directivo se percibe carente de propósito, debido, tal vez, a que no reciben retroalimentación después de una visita, ni apoyo en los problemas que enfrentan, por ello, se señala que el personal directivo “no se involucra” con ellos en el trabajo.

Quienes supervisan las tareas de otros médicos describen formas de supervisión en las que se observa violencia psicológica, según narran, la “supervisión” es una forma necesaria de asegurar que el personal que se encuentra a su cargo cumpla con su trabajo y de prever tener que responder por los errores que cometen, lo anterior resulta relevante porque implica que

en la supervisión se ha normalizado la violencia psicológica, tal como se relata a continuación:

... porque, te digo, soy medio obsesivo con el trabajo y, pues, cuando eres R2 sí te regañan por las cosas que hace tu R1, mal hechas, o eres R3 y te regañan por las cosas que hacen tu R2 y tu R1, pues si tienes problemas con ellos y si tu R menor tiene 40 años y es un flojo, pues seguro vas a tener problemas, a él no le va a gustar que un chamaco le esté diciendo lo que tenga que hacer y a ti no te va a gustar que te estén regañando por tonterías que hace tu residente inferior; y bueno, tienes que hacer lo que tienes que hacer, tus obligaciones y tus trabajos... y tu trabajo como residente superior es disciplinar a tus residentes inferiores y si no les gusta, bueno, hay otras carreras en las que puedes estar (médico oftalmólogo, 32 años, 4 de antigüedad).

El residente de mayor jerarquía tiene a su cargo la supervisión de los de menor, se le atribuye responsabilidad y “poder” no sólo para supervisar las tareas, sino para “disciplinarlos”, por lo que se legitiman formas maltratadoras de proceder con “sus” subordinados. Fue común la referencia de violencia psicológica de los médicos encargados de su formación o de los compañeros o jefes del servicio, a partir del uso del poder para “desquitarse” de problemas personales, una muestra se cita a continuación:

... alguna vez, cuando llevé el curso de colposcopia en el hospital... por mi porte, por mi presencia y por mis actitudes le daba mucho coraje al maestro, como todo, entonces, hacía comentarios inadecuados. ¿Verdad? Que si yo tenía tanto dinero, que porque sacaba copias ahí cuando podía comprar el libro. Pero ese era un trabajo de grupo, no era específicamente mío, entonces, si hay gente que se le pasa la mano, cuando tiene una cierta presencia, les molesta. ¿Verdad? Pero esto fue muy raro, único... (médico de terapia intensiva, 57 años con 30 años de antigüedad).

Lo anterior evidencia rivalidad entre los médicos por distintas causas, evidentemente, la competencia en una relación laboral con asimetría de poder es una oportunidad para ejercer violencia.

Se observó también violencia física, la que se significa como forma de enseñar o corregir los errores, incluso, la consideran necesaria para el aprendizaje, probablemente porque se ha normalizado como parte de las experiencias propias de la formación. Una razón para aceptar esas formas de “supervisión” puede ser que se vea como el “costo” para lograr ser médico o porque justificarla y referirla como parte de la corrección de errores les permite afrontarla sin “sufrirla”. De otra manera, saber que se vive violencia y no hacer algo por frenarla, denunciarla o combatirla tendría efectos importantes en su autoconcepto, al respecto se muestran las siguientes citas:

... un día, en el quirófano, el maestro tomó las pinzas y me dio un pellizco con ellas en el pecho, así aprendí a ser oportuno al momento de intervenir (médico ortopedista, 45 años 16 de antigüedad).

... para suturar, te picaban como las abuelas, para que aprendieras a hacerlo bien (médica ginecóloga, 36 años, 10 años de antigüedad).

Finalmente, con respecto al acoso laboral, los participantes afirmaron que no lo han experimentado. Sin embargo, cuando se les preguntó: ¿Qué es para usted el acoso laboral? Se refirieron a exigencias de trabajo no acordes a sus capacidades, lo que corresponde a una forma de acoso señalada por Leymann (1996):

... pues, el acoso, para mí, sería que te exijan más de lo que te toca, realmente, pero una verdadera sobrecarga de trabajo que difícilmente aquí la hay, no pueden, por el sindicato, que te exijan más de lo que tu capacidad intelectual te lo permitan (médica general, 33 años, 7 años de antigüedad).

Es necesario advertir que de los conocimientos y las habilidades del médico muchas veces depende la vida de sus pacientes, por ende, es un trabajo estresante en sí mismo, en el que no se les permiten fallas. Es importante precisar que los médicos significan su profesión en función del esfuerzo por cumplir con la sobrecarga de trabajo que lleva implícita y conciben que si tal la exigencia es excesiva (lo que dependerá de cada persona, resultando difícil de determinar) o que les asignan responsabilidades que no corresponden con sus capacidades, sí es acoso. Tiene significado particular que los participantes asumen el acoso como exigencias de cumplimiento del trabajo que rebasan sus capacidades, ya que la valoración de las capacidades es alta.

Otros conciben que el acoso laboral tiene como fin conseguir un beneficio, que es ejercicio de poder, incluyendo el soborno:

... es que estén queriendo obtener algo laboral, personal, sexual, sobornándote u obligándote de alguna manera, por ser de mayor jerarquía... (médica, especialista en medicina preventiva, 43 años, con 16 años de experiencia).

El acoso laboral se significa aquí en función del uso de “poder” para sobornar, no obstante, para los médicos, los eventos de violencia a través de burlas, humillación y agresiones físicas, no son acoso laboral.

DISCUSIÓN

Los médicos entrevistados identifican claramente eventos de violencia psicológica, verbal y física a lo largo de su trayecto formativo y laboral en las instituciones de salud en las que han estado, no única, ni necesariamente, en la institución en la que laboran actualmente. A pesar de identificar que han vivido eventos de violencia, no la relacionan con el acoso laboral, que, para ellos, significa únicamente el uso del “poder” para conseguir un beneficio. El significado que los médicos atribuyen a la supervisión es el empleo de castigo, incluyendo el físico, para corrección de errores, por lo que no la significan como violencia y la justifican como un medio para lograr el aprendizaje.

Los datos obtenidos en el presente estudio permiten comprender que durante la formación y el ejercicio de la práctica médica la “supervisión” que los médicos reciben se encuentra tal como se esperaba en la atención de todas las personas. Así, para los médicos la “supervisión” que admite y justifica formas de violencia psicológica, verbal y física se ha normalizado. Los médicos describieron diversos eventos de violencia en sus relaciones con otros médicos, no obstante, afirmaron que no han vivido acoso o violencia laboral, normalizándola en las relaciones humanas complejas (Peña & Sánchez, 2007).

La construcción del significado del ser médico ocurre a partir de las experiencias durante su proceso de formación profesional, momento en que aprenden a obedecer y a subordinarse a las órdenes de quien ocupa una mayor jerarquía, sin cuestionar las formas utilizadas en su enseñanza, aunque algunas afecten su propia dignidad porque muchas veces incluyen maltratos verbales, ridiculizaciones públicas y hasta castigos físicos. Así, aprenden también a cómo relacionarse con los otros en el gremio, van retomando este mismo estilo de supervisión, contribuyendo a la normalización de la violencia como parte de la formación profesional.

Los médicos del estudio reconocen que la supervisión es molesta, fastidiosa y que es causa de estrés, pero no la advierten como práctica de violencia, tal como lo señalan Bronfman y colaboradores (1997). Los participantes reconocieron que cuando existe rivalidad, competencia o un problema personal entre los médicos, los de mayor jerarquía se comportan agresivamente con insultos y humillaciones durante el proceso de supervisión hacia un subalterno.

Consideramos que esta violencia es institucional, debido a que la violencia psicológica descrita proviene de autoridades del hospital, quienes traducen las políticas y valores institucionales en amenazas y exigencias al médico en lo individual, haciéndolo responsable de los resultados institucionales sin asignarles los recursos necesarios para realizar su trabajo (insumos, materiales, aparatos, espacios, etc.). El análisis de los datos permitió identificar falta de respaldo institucional, no sólo al no proporcionar condiciones para ejercer la práctica médica, sino también responsabilizando exclusivamente al médico de la atención del paciente, exigiéndole que solucione las “quejas”, soslayando, incluso, un principio fundamental en el sistema hospitalario: que el médico debe atender lo realmente prioritario.

Concebir la violencia identificada como institucional obedece también a observar que la organización jerárquica de los médicos genera competencia y conflicto, que aumentan la probabilidad de eventos de violencia laboral, tal como lo señalan Luna, Yela, y Antón (2003), en lugar de institucionalmente facilitar el trabajo. También afirman que actualmente la intensificación del trabajo para conseguir mayor productividad, conllevan al aumento de las exigencias impuestas a los trabajadores, que sobrepasa sus capacidades. Según Leymann (1996) este contexto es una forma de acoso laboral, pero institucionalizado. Los médicos lo saben, sin embargo, la justifican por considerar que es parte de la pro-

fesión. Parece, entonces, que el médico asume que su profesión requiere de grandes esfuerzos para cumplir y que únicamente la exigencia más allá de sus capacidades es acoso. Así, se crea el contexto que le permite anteponer las exigencias laborales a su propio bienestar, a su salud, incluso, a su propia vida. Ser médico implica, al parecer, un acto heroico y de sacrificio. ¿Sacrificio por la vida de otros, a costa de la estabilidad de la propia? ¿Cómo diferenciar cuándo se trata de un gran esfuerzo por y para el trabajo, de uno que se realiza como respuesta al acoso laboral disfrazado de exigencias superiores?

Las transformaciones en la organización del trabajo que implican altas exigencias fácilmente pueden constituirse en una forma de acoso laboral (Luna et al., 2003), que afectan negativamente a los trabajadores y representan nuevos riesgos, que no por ser intangibles son menos peligrosos.

Acorde a lo señalado por Scialpi (2001), el acoso laboral afecta la salud física y psicológica de los servidores públicos. El autor explica que una mala organización del trabajo influye no sólo en dicha salud, sino también en el ejercicio profesional, lo que da lugar a los ahora denominados riesgos psicosociales¹³, entre los que se encuentran los relacionados con la violencia y, más concretamente, con el acoso psicológico.

Los médicos reconocen que experimentan estrés, con los datos recabados es posible asociarlo al acoso laboral detectado (Boada, De Diego, & Vigil, 2003). Además, Leymann (1996) señaló que el Síndrome de Estrés Postraumático es probablemente el diagnóstico psicológico asumido para el 95% de los sujetos sometidos a formas de acoso laboral, incluyendo el mobbing.

Por lo anterior, es necesario analizar el acoso laboral desde una perspectiva institucional, entendiendo que los discursos presentes en la cultura organizacional reflejan las políticas institucionales que crean condiciones específicas de trabajo. Dicho nivel de análisis sugiere que existen formas de “violencia institucional” en los hospitales, propiciada por dinámicas relacionadas con el contexto social, económico, político y cultural en que se refleja en la supervisión de la práctica médica y que se percibe por los afectados como estrés laboral.

CONCLUSIÓN

Los datos muestran que sí existe violencia institucional hacia el médico, encarnada en la organización del trabajo y en la formación profesional de este gremio en los hospitales. Pero, apoyada en diversas jerarquías de cargos y especialización, son encubiertas como supervisión, lo que se constituye en una fuente de lo que ellos perciben como estrés (señalando el síntoma, pero invisibilizando la causa), así, los datos sugieren la normalización de la violencia en el ejercicio de la supervisión en la práctica médica.

Sería importante analizar a mayor profundidad las experiencias de los médicos durante su formación, recuperando la

construcción de su identidad como integrante del gremio médico, como colectivo, para indagar los mecanismos a través de los cuales se podría incidir para erradicar la violencia laboral.

Finalmente, si ser médico es un objetivo importante en la vida de quienes así se lo proponen, para lograrlo se ve como necesario no sólo realizar un gran esfuerzo personal, sino también pasar por una supervisión estricta en la que fácilmente se castigan los errores con violencia con el pretexto de lo importante que es para la vida de los pacientes no cometerlos. Así, se justifica la violencia institucional laboral incrustada en la organización del trabajo en los hospitales, que se expresa a través de las altas exigencias que los de mayor jerarquía ejercen sobre sus subordinados, pero, al éstos naturalizarla, no están sino sentando las bases para que se repita el ciclo.

Referencias

- Álvarez, S. (2001). *La cultura y el clima organizacional como factores relevantes en la eficacia del Instituto de Oftalmología* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, Lima.
- Arciniega, R. (2012). Factores organizacionales causantes del estrés en el trabajo y estrategias para afrontarlo. *Revista Venezolana de Gerencia*, 17(60), 611- 634.
- Bernardi, J. C., Algieri, R. D., Furlong, H., Di Mónica, F., Netel, J., Tugender, E., ... & Bentolila, S. (2013). Agresión y maltrato como problemática laboral del ámbito médico sanitario. *Revista del Hospital Aeronáutico Central*, 8(1), 11-8.
- Boada, J., De Diego, R., & Vigil, A. (2003). Mobbing: análisis de las propiedades psicométricas y estructura factorial de cuatro escalas (MOBB-90, MOBBCF-21, MOBBG-15 y MOBBCS-28). *Revista Encuentros en Psicología Social*, 1(5), 26-31.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C., & Oviedo, J. (1997). “Hacemos lo que podemos”: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México*, 39(6), 546-553. doi: 10.1590/S0036-36341997000600008
- Díaz, R., & Salas, M. (1975). *El diferencial semántico del idioma español*. México: Trillas.
- Dijkhuizen, N. (1988). Toward a sequential model of organizational stress. En Ch. Spielberger & I. Sarason (Eds.), *Stress and Anxiety* (pp. 19-48). Washington, United States of America: Hemisphere Publishing Corporation.
- Domínguez, S. I., Rodríguez, D. B. B., & Navarro, D. J. A. (2009). La cultura organizacional para los sistemas organizacionales de salud. *Revista Médica Electrónica*, 31(6). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242009000600012&lng=es&tlng=pt.
- Esplugues, J. S. (2007). ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (42), 9-21.
- Guevara, C. A., Henao, D. P., & Herrera, J. A. (2004). Síndrome de

¹³“Los factores psicosociales son condiciones presentes en situaciones laborales relacionadas con la organización del trabajo, el tipo de puesto, la realización de la tarea, e incluso con el entorno; que afectan al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras” (Gil-Monte, 2012: 238).

- Desgaste Profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica*, 35(4), 173-78.
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 237-241.
- Hernández, A. J. (1991). *Acción comunicativa e intervención social*. Madrid: Popular.
- Hernández, A., Ortega, P., & Turnbull, P. (2015). Estrés laboral en anestesiólogos reflejo del ambiente hospitalario del sector público. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 5(2), 65-71.
- Jiménez, B. F. (2012). To know the violence in order to understand it: Origin, causes and reality. *Convergencia*, 19(58), 13-52. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352012000100001&lng=es&tlng=en.
- Jiménez, R. J. L. (1991). Hacia un modelo teórico que describa la estructura semántica de los significados denotativos. *E. L. U. A.*, 7, 61-97.
- Letelier, G., Navarrete, E., & Farfán, C. (2014). Síndromes organizacionales: mobbing y burnout. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 1(1), 29-40. Recuperado de <http://www.reibci.org/publicados/2014/mayo/4568333.pdf>
- Leymann, H. (1996). *Mobbing*. Paris: Seuil.
- Lovell, B., Lee, R., & Frank, E. (2009). May I long experience the joy of healing: Professional and personal wellbeing among physicians from a Canadian province. *Bio Med Central Family Practice*, 10(18), 453-457. doi: 10.1186/1471-2296-10-18
- Luna, A., Yela, C., & Antón, A. (2003). *Acoso psicológico en el trabajo (mobbing)*. Madrid, España: Ediciones GPS.
- Martín, M., & De Guzmán, S. P. (2002). El acoso moral en el trabajo: la construcción social de un fenómeno. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 20(2), 271-302.
- Morales-Carmona, F., Meléndez, J. C., Luke, M. L., & Sanchez, B. C. (2010). La supervisión como detonador de estrés en la práctica médica: Recomendaciones para su manejo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(3), 187-93. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip103f.pdf>
- Partida, R. (1996). La tecnópolis del mundo: la formación de los complejos industriales del siglo XXI. *Espiral Estudios sobre Estado y Sociedad*, 2(6), 213 - 216.
- Peña, F., & Sánchez, S. (2007). El mobbing y su impacto en la salud. *Estudios de Antropología Biológica*, 13(2), 823-845.
- Posada, E. (2011). La relación trabajo-estrés laboral en los colombianos. *Revista CES Salud Pública*, 2(1), 66-73.
- Quiceno, M., Báez, C., & Vinaccia, S. (2008). "Incivismo" en el lugar de trabajo: un nuevo factor de estrés laboral. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(02), 37-46.
- Informe Randstad (2003). *Calidad del trabajo en la Europa de los quince*. Madrid: ESADE.
- Reynoso L., & Selligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 18(52), 39-49. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/351/35124304004/>
- Scialpi, D. (2001). La violencia en la gestión de personal de la función pública como condición necesaria para la corrupción en el Estado. *Revista Probidad*, 14.
- Teixidó, M. (1997). *Supervisión del Sistema Educativo*. Barcelona, España: Ariel.