

El acoso psicológico en el Centro de Salud

M. Pérez Fernández

Médico general, Equipo CESCA. Madrid.

Las modas tienen alguna ventaja. Así, por ejemplo, el poner de moda el acoso sexual laboral ha tenido como efecto colateral despertar el interés por todo tipo de acoso en el trabajo. Y con ello se ha hecho evidente la frecuencia y consecuencias de una epidemia laboral silenciosa, el acoso psicológico en el trabajo. Para los médicos generales eso significa el acoso psicológico en el centro de salud.

Dicen que en España hay dos millones y medio de trabajadores que sufren acoso psicológico. ¿Cuántos son médicos generales? Muchos, pues al acoso de los jefes y compañeros se suma, en el caso de los médicos clínicos, el acoso de los pacientes, con el deseo de ver cumplidas las expectativas que despiertan los políticos y otros sectores interesados (especialistas, periodistas, y los industriales de la tecnología sanitaria y de los medicamentos). Además, la reforma sanitaria, con la creación de los centros de salud y de los equipos, ha colectivizado el quehacer médico para beneficio de vagos y maleantes y perjuicio de los comprometidos con la tarea clínica que se ven acosados por compañeros impunes prestos a recibir incentivos pero no a compartir cargas de trabajo. La indefinición de los límites profesionales es otro elemento más del acoso psicológico, pues un sector profesional, el de enfermería, ha logrado condiciones ventajosísimas e incomprensibles de trabajo, que sólo salvan las consabidas excepciones. ¿Qué decir acerca de la indefinición de la forma de pago, que siendo de salario carga con la capitación sin que ni las nuevas tecnologías hayan sido capaces de ayudar a determinar el cupo?

Hay muchos médicos con experiencia en acoso psicológico, entre los que me cuento. Me incluyo en el grupo de los "reconvertidos", de aquellos que cometimos el error de obtener plaza antes de que existieran los centros de salud, y que nos incorporamos a ellos generalmente en minoría, con colegas que nos veían, como mucho, como "practicones".

Correspondencia:
Dra. M. Pérez Fernández.
Médico General.
Equipo CESCA.
Travesía de la Playa, 3.
28730 Buitrago de Lozoya. Madrid.

La reforma de la Atención Primaria se hizo como si los médicos con plaza en propiedad fuéramos los culpables del desaguisado previo, necesitados de una "reeducación" que nos imbuyera del espíritu de Alma Ata. ¡Veinte años han bastado para comprobar que aquella cizaña envenenó el ambiente hasta convertirlo en la actualidad en irrespirable para todos! Por toda evaluación, la reforma se comparó, y hasta se sigue comparando, con el sector no reformado, dejado de la mano de Dios, con poblaciones envejecidas, de pacientes y de médicos, sin medios ni renovación. Es cierto que la Atención Primaria necesitaba inversiones en los ochenta, una vez agotado el modelo tras casi 40 años de evolución y con el gasto centrado en el desarrollo de la red hospitalaria. Otra cosa es el acoso psicológico contra los médicos que pasaron de los consultorios a los centros de salud. Un acoso innecesario y obsceno, provocado a propósito por los ideólogos de las primeras hornadas (al servicio del socialismo que luego nos llevó a la OTAN, a Filesa y a los GAL), como seña de identidad de los nuevos especialistas en Medicina de Familia. Faltó generosidad e inteligencia, y ahora lo pagamos todos.

El Equipo de Atención Primaria (EAP) se convirtió en el ente jurídico, como si los médicos dejáramos la responsabilidad penal en manos del dichoso equipo. Naturalmente, ningún juez ha considerado nunca la posibilidad de considerar culpable a ningún EAP, ni la existencia de los equipos ha relevado a los médicos de sus responsabilidades penales personales. Lo que sí han facilitado los EAP es la formación de un *pool* de pacientes, para descargar de trabajo a los que hacen del escaqueo una profesión. Por ejemplo, los que llegan tarde y se van pronto, pues los compañeros del equipo les atienden las urgencias de sus pacientes. O los que rechazan los avisos a domicilio, que así pueden turnarse para hacerlos deprisa y corriendo el día que les toca. O los que obtienen incentivos a costa de que se repartan democráticamente, aunque no hayan contribuido en absoluto a su consecución (en los equipos se confunde democracia con tontería, como sucede frecuentemente en la sociedad española). También se confunde el funcionamiento asambleario demagógico con el cumplimiento de las obligaciones que

impone el recibir un salario mensual. Las reuniones de equipo degeneran de forma que se pierden y anulan las jerarquías, como si todos fuéramos iguales (se reivindica la igualdad respecto a beneficios, no respecto a obligaciones). Las cosas pueden degenerar de tal manera que se dan equipos en los que sus miembros no se hablan. El médico que sigue empeñado en trabajar como buen clínico puede llegar a molestar y a ser víctima del acoso psicológico de los escaqueadores que, siendo pocos, siempre logran una posición ventajosa, a cualquier precio, pues es necesaria para conservar sus ventajas.

¿Qué decir de los médicos suplentes, o de refuerzo? Los médicos con plaza en propiedad, o sencillamente interinos, se creen divinos frente a los que obtienen las migajas que ellos dejan por vacaciones o enfermedad (las bajas son un escándalo en los equipos, por frecuencia y duración, como buen indicador de la insatisfacción generalizada en el trabajo). El suplente que viene por unos días se encuentra frecuentemente con que le “tocan” las guardias, los avisos y hacer la consulta de otro compañero que también falta. ¡Qué casualidad! Somos como los que pegan a sus hijos, a los que generalmente han pegado en su infancia. Puesto que nos acosan psicológicamente, acosamos a los que no se pueden defender. Es como un sistema de castas, salvo excepciones, con el especialista en Medicina de Familia “vía MIR” y tutor de residentes en la cúspide sagrada, y el suplente entre los parias. Lo peor es que lo aceptamos como natural, como debido, y así desaparece el compañerismo y hasta la piedad.

Los políticos y gerentes ponen su grano de arena, a veces toneladas, en el acoso psicológico. Por ejemplo, con el bombardeo continuo de órdenes y contra-órdenes que obligan a cosas imposibles y absurdas. Estoy hablando, entre otras cosas, de la Cartera de Servicios y del sistema de incentivos que la promociona, una buena idea genérica pero destructiva en la práctica. Lo que importa no es oír al paciente y resolver sus problemas, sino el cumplimiento de los protocolos y el registro que lo acredite. El uso de la historia clínica degenera para convertirse en un puro rellenar lo que se sabe se evaluará como forma de valorar el cumplimiento de los protocolos de la Cartera de Servicios. Mientras tanto se dejan sin resolver cuestiones básicas, como el modelo de receta oficial o el de las bajas laborales, lo que sobrecarga de burocracia el trabajo diario. Por supuesto, tampoco se potencia el trabajo del personal auxiliar de forma que descargue al médico de labores rutinarias; el médico, claro, echa de menos enfermeras eficaces o, al menos, auxiliares de clínica. De la falta de definición de los cupos ya he hablado, pero es una carga que no se reparte ni se reconoce ni se pa-

ga; por ejemplo, los inmigrantes se añaden a los cupos sin que se sumen a la capitación, de forma que la “generosidad” de los políticos la pagan los médicos de a pie.

Para terminar, los pacientes ponen su nota de acoso psicológico a través de su deseo de que se cumplan las expectativas creadas por tantos sectores interesados en que la consulta sea un bien de consumo de lujo, no de primera necesidad. El acoso psicológico puede pasar a ser agresión física, cosa inhabitual pero que empieza a verse con frecuencia en, por ejemplo, Andalucía (y no será casualidad, con un parlamento autonómico que decidió financiar medicamentos de probada ineeficacia, para satisfacer a la población). En los medios de comunicación se transmite una imagen falsa de, por ejemplo, “todo dolor es inaceptable”, “la gordura se debe a un gen”, “llegaremos a vivir eternamente”, “hay un trasplante en tu vida”, “existe la resucitación cardiopulmonar” y demás. Algunos pacientes ya no aguantan una noche de lloro de un niño, ni una gripe que dure más de dos días, ni ninguna cifra de colesterol en sangre. Los gerentes, los políticos y los interesados en crear falsas expectativas están lejos de la consulta, y el médico se ve en solitario frente a la frustración que provocan en el paciente las mentiras y las falsas promesas. El paciente es la víctima que a veces descarga su malestar con el único cercano, su médico de cabecera.

El acoso psicológico puede ser activo, de presión para hacer perder la autoestima (“eres una nulidad”, “es un práctico”, “está anticuado”, y demás), o de omisión, el típico e hispánico ninguneo (“ignoro tu existencia”, “no existes, eres menos que una babosa”, “no te entiendo”, “no sé qué quieres decir”, “no te comprendo”, y demás). La consecuencia final es que el médico clínico bien intencionado pierde la confianza en sí mismo, pierde su fortaleza anímica y acaba sin autoestima, creyendo que es cierta la crítica y merecido el desprecio. La respuesta final al acoso psicológico es “la cultura de la queja”, que cierra el círculo y convierte a excelentes personas y profesionales en coristas siempre quejoso de lo que sucede, incapaces de enfrentarse con creatividad al entorno cambiante.

¿Qué hacer? Convencer al acosado de la existencia del acoso; rechazar la pérdida de la autoestima; contribuir a crear un ambiente positivo en el que todo médico tenga cabida, todo profesional puede enseñar algo, y todos puedan aprender mucho; identificar los componentes del acoso para no repetir con otros lo que tanto daño nos hizo a nosotros; aliarse con los gerentes inteligentes (los hay); creer que hay solución, por más avanzado que esté el daño o peor sea la situación; leer, fotocopiar y distribuir este editorial.