

1. Riesgos psicosociales en enfermería: El acoso laboral como factor de riesgo emergente en instituciones hospitalarias españolas

PSYCHOSOCIAL RISKS IN NURSING: WORKPLACE HARASSMENT AS AN EMERGING RISK FACTOR IN SPANISH HOSPITAL INSTITUTIONS

Josefina Auxiliadora Sánchez Castillo

Graduada en Enfermería por el Colegio de Enfermería de Valencia.

RESUMEN

El acoso laboral en el sector sanitario español constituye un problema de salud pública de creciente relevancia, con especial incidencia en el colectivo de enfermería. El presente trabajo analiza este fenómeno como factor de riesgo psicosocial emergente en instituciones hospitalarias españolas, desde una perspectiva que integra el rigor científico de la prevención de riesgos laborales con los fundamentos éticos del humanismo sanitario y la bioética. Tomando como eje conceptual la definición integral de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud en 1946, se examina la relación directa e indirecta entre el trabajo y el bienestar físico, mental y social del profesional de enfermería. Se describen el marco normativo vigente —encabezado por la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales— y los instrumentos técnicos disponibles para la evaluación e intervención sobre los riesgos psicosociales. Se analizan la prevalencia, el perfil y las consecuencias del acoso laboral en enfermería, incorporando evidencia empírica y un testimonio profesional analizado con rigor clínico y preventivo. La dimensión bioética del fenómeno se examina desde los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, con fundamentación filosófica en Lévinas, Jonas, Ricoeur y Frankl. El trabajo concluye con propuestas de mejora orientadas a la construcción de organizaciones hospitalarias éticamente coherentes y genuinamente comprometidas con la dignidad integral de sus profesionales.

Palabras clave: Acoso laboral, riesgos psicosociales, enfermería, prevención de riesgos laborales, bioética, humanismo sanitario.

ABSTRACT

Workplace harassment in the Spanish healthcare sector represents a growing public health problem, with particular incidence among nursing professionals. This paper analyzes the phenomenon as an emerging psychosocial risk factor in Spanish hospital institutions, from a perspective that integrates the scientific rigor of occupational risk prevention with the ethical foundations of health humanism and bioethics. Using the World Health Organization's comprehensive definition of health, established in 1946, as its conceptual axis, the work examines the direct and indirect relationship between work and the physical, mental and social wellbeing of nursing professionals. The current regulatory framework —headed by Law 31/1995 on Occupational Risk Prevention— and the technical instruments available for the evaluation and intervention on psychosocial risks are described. The prevalence, profile and consequences of workplace harassment in nursing are analyzed, incorporating empirical evidence and a professional testimony examined with clinical and preventive rigor. The bioethical dimension of the phenomenon is examined through the principles of autonomy, non-maleficence, beneficence and justice, with philosophical grounding in Lévinas, Jonas, Ricoeur and Frankl. The work concludes with improvement proposals aimed at building ethically coherent hospital organizations genuinely committed to the integral dignity of their professionals.

Keywords: Workplace harassment, psychosocial risks, nursing, occupational risk prevention, bioethics, health humanism.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de enfermería es, en su esencia más profunda, un acto de humanidad. Cuidar al ser humano en sus momentos de mayor vulnerabilidad —la enfermedad, el dolor, la muerte— exige del profesional no solo competencia técnica, sino una fortaleza interior, una integridad ética y una vocación que se sostienen únicamente cuando el entorno organizacional las protege y las nutre. Cuando ese entorno las destruye, el daño no afecta solo al profesional: Afecta a la calidad del cuidado, a la seguridad del paciente y a los fundamentos morales sobre los que debe construirse cualquier institución sanitaria digna de ese nombre.

El presente trabajo nace de la confluencia de tres realidades que se refuerzan mutuamente. La primera es epidemiológica: El acoso laboral en el sector sanitario español constituye un problema de salud pública de magnitud creciente y consecuencias graves sobre la salud física, mental y social de miles de profesionales de enfermería. La segunda es normativa: A pesar de contar con un marco legal sólido —encabezado por la Ley 31/1995 de Preven-

ción de Riesgos Laborales— y con instrumentos técnicos validados para su detección y prevención, la brecha entre lo que la norma exige y lo que las instituciones hospitalarias aplican en la práctica continúa siendo alarmantemente amplia. La tercera es ética: El acoso laboral en entornos sanitarios no es solo un problema de gestión o de cumplimiento normativo; es una vulneración sistemática de los principios bioéticos fundamentales que deben orientar toda organización comprometida con la dignidad humana.

La Organización Mundial de la Salud definió en 1946 la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición, que constituye el fundamento conceptual del presente trabajo, implica que ninguna institución sanitaria puede reclamar coherencia ética si protege la salud de sus pacientes mientras destruye la de sus propios profesionales. La salud es indivisible. La dignidad es indivisible. Y la responsabilidad de protegerlas también lo es.

El objetivo general de este trabajo es analizar el acoso laboral como factor de riesgo psicosocial emergente en las instituciones hospitalarias españolas, desde una perspectiva que integra el rigor científico de la prevención de riesgos laborales con la profundidad ética del humanismo sanitario y la bioética. Para alcanzarlo, se han planteado los siguientes objetivos específicos: Describir el marco conceptual y normativo que regula los riesgos psicosociales en España; analizar la prevalencia, el perfil y las consecuencias del acoso laboral en el colectivo de enfermería; examinar las dimensiones bioéticas y filosóficas del fenómeno desde los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia; y formular propuestas de prevención e intervención fundamentadas en la evidencia científica y en los principios del humanismo sanitario.

La metodología empleada corresponde a un trabajo de desarrollo basado en la revisión crítica y sistemática de la literatura científica disponible, el análisis del marco normativo vigente en el ámbito nacional e internacional, y la incorporación de un testimonio profesional analizado con rigor clínico y preventivo. Las fuentes utilizadas incluyen bases de datos científicas de referencia —PubMed, Scielo, Dialnet y Cochrane—, documentación técnica del INSST, normativa legal española y europea, y obras filosóficas y bioéticas fundamentales para el análisis ético del fenómeno.

Este trabajo es también, en cierta medida, un acto de responsabilidad profesional. La autora, enfermera con más de cuarenta años de ejercicio en el ámbito hospitalario y la docencia universitaria, con publicaciones académicas en bioética y humanismo sanitario, aporta a este análisis no solo el conocimiento teórico acumulado sino la mirada de quien ha observado y vivido de cerca las consecuencias del acoso laboral en el entorno sanitario. Esa experiencia no contamina la objetividad del trabajo: La enriquece, porque convierte el análisis académico en un compromiso genuino con la transformación de una realidad que daña a personas reales, con nombre y vocación, que merecen trabajar en condiciones de dignidad.

El humanismo sanitario que inspira estas páginas no es una aspiración abstracta. Es una exigencia moral concreta dirigida a quienes tienen el poder y la responsabilidad de cons-

truir organizaciones hospitalarias en las que cada profesional pueda ejercer su vocación con plenitud, seguridad y respeto. Porque solo desde ahí —desde la dignidad preservada del profesional— es posible ofrecer al paciente el cuidado humano que merece y que la enfermería, en lo más profundo de su vocación, siempre ha querido darle.

MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual constituye el fundamento teórico sobre el que se sustenta todo el análisis desarrollado en el presente trabajo. Comprender el acoso laboral en instituciones hospitalarias españolas exige, antes que ninguna otra cosa, claridad conceptual: Saber con precisión de qué se habla cuando se habla de salud, de riesgos psicosociales, de acoso laboral y de vulnerabilidad profesional en enfermería. Sin esa claridad, el análisis posterior corre el riesgo de convertirse en un ejercicio retórico sin anclaje científico ni capacidad transformadora.

Los cuatro apartados que integran este capítulo construyen de forma progresiva y coherente el edificio conceptual del trabajo. Se parte de la definición más amplia y fundacional —la concepción integral de salud formulada por la Organización Mundial de la Salud— para descender progresivamente hacia la especificidad del fenómeno que se analiza: Los riesgos psicosociales en general, el acoso laboral en particular, y la vulnerabilidad específica del colectivo de enfermería como expresión concreta y documentada de ese fenómeno en el entorno sanitario español.

Este recorrido conceptual no es meramente descriptivo. Cada definición, cada clasificación y cada análisis que se desarrollan a continuación tienen implicaciones éticas, normativas y preventivas que se desarrollarán en los capítulos posteriores. El marco conceptual es, en este sentido, la lente a través de la cual se lee y se interpreta toda la realidad que el trabajo analiza, y su solidez determina en buena medida la solidez del conjunto.

La salud como concepto integral: La definición de la OMS y su aplicación laboral

La Organización Mundial de la Salud definió en 1946, en el preámbulo de su Constitución, la salud como *"el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"* (OMS, 1946). Esta definición, que conserva plena vigencia más de siete décadas después, supuso una ruptura epistemológica con el paradigma biomédico dominante hasta entonces, centrado exclusivamente en la enfermedad como entidad orgánica y cuantificable.

La concepción biopsicosocial que subyace a esta definición reconoce al ser humano como una unidad indivisible en la que las dimensiones física, mental y social se condicionan mutuamente de forma permanente. Aplicada al entorno laboral, esta visión integral implica que el trabajo no puede ser evaluado únicamente como fuente de lesiones o enfermedades profesionales de naturaleza orgánica, sino que debe ser analizado como un espacio de vida en el que el individuo desarrolla su identidad, sus relaciones y su proyecto personal.

Desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales, la definición de la OMS constituye el fundamento ético y científico que legitima la intervención preventiva en los tres planos del bienestar humano. Así lo recoge implícitamente la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales cuando establece, en su artículo 4.2, que se entenderá como daño derivado del trabajo toda enfermedad, patología o lesión sufrida con motivo u ocasión del trabajo, sin restricción a su naturaleza física o psicológica. La salud laboral, en consecuencia, no puede dissociarse de la salud integral de la persona.

Los riesgos psicosociales: Definición, clasificación y marco normativo

Los riesgos psicosociales constituyen uno de los desafíos más relevantes y complejos de la salud laboral contemporánea. El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) los define como aquellas condiciones presentes en el trabajo, relacionadas con la organización, el contenido y la realización de las tareas, que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar y la salud del trabajador —física, psíquica o socialmente— como al desarrollo del trabajo (INSST, 2010).

A diferencia de los riesgos físicos o químicos, cuya identificación resulta habitualmente objetiva y mensurable, los riesgos psicosociales se caracterizan por su naturaleza multifactorial, su carácter subjetivo y la dificultad que entraña su evaluación sistemática. Esta complejidad no disminuye su impacto; al contrario, la evidencia científica acumulada en las últimas décadas sitúa a los riesgos psicosociales entre las principales causas de absentismo laboral, incapacidad temporal y deterioro de la salud mental en el ámbito europeo (Eurofound, 2021).

Su clasificación más aceptada distingue entre factores relacionados con el contenido del trabajo —carga y ritmo, complejidad de tareas, autonomía—, con el contexto organizacional —cultura institucional, relaciones interpersonales, liderazgo, comunicación— y con las condiciones de empleo —estabilidad contractual, horarios, conciliación—. Cuando estos factores adquieren una dimensión negativa, sostenida en el tiempo y sin mecanismos de corrección, pueden derivar en cuadros clínicos graves como el síndrome de burnout, el trastorno de ansiedad generalizada o el estrés laboral crónico.

El marco normativo que regula su prevención en España se articula fundamentalmente a través de la Ley 31/1995 y el Real Decreto 39/1997, que obligan al empresario a identificar, evaluar y controlar todos los factores de riesgo presentes en el entorno laboral, incluidos los de naturaleza psicosocial. Las Notas Técnicas de Prevención del INSST, especialmente las NTP 443, 702 y 854, desarrollan los criterios técnicos y metodológicos para su abordaje.

El acoso laboral (mobbing): Concepto, tipología y fases

El acoso laboral, conocido internacionalmente como mobbing —término acuñado por el etólogo Konrad Lorenz y trasladado al ámbito organizacional por el psicólogo sueco Heinz Leymann en la década de 1980— se define como

una situación en la que una persona o grupo de personas ejercen sobre un trabajador una violencia psicológica extrema, sistemática y prolongada en el tiempo, con el propósito o el efecto de destruir su red de comunicación, reputación profesional y equilibrio psicológico (Leymann, 1990).

La NTP 702 del INSST precisa que para poder hablar de acoso laboral deben concurrir tres condiciones fundamentales: Que las conductas hostiles sean reiteradas —no ocasionales—, que se prolonguen en el tiempo —habitualmente se establece un mínimo de seis meses— y que generen un daño demostrable sobre la salud del trabajador. Esta precisión resulta crucial en la práctica preventiva, pues permite distinguir el acoso laboral de conflictos puntuales o situaciones de tensión inherentes a la dinámica organizacional.

Desde el punto de vista tipológico, la literatura científica distingue tres modalidades principales. El mobbing vertical descendente —el más frecuente— es aquel ejercido por superiores jerárquicos sobre subordinados, y se manifiesta mediante el abuso de autoridad, la asignación de tareas degradantes, la exclusión informativa o la evaluación injusta del desempeño. El mobbing horizontal se produce entre compañeros del mismo nivel jerárquico, y suele responder a dinámicas de competencia, envidia o rechazo. El mobbing vertical ascendente, menos común, es el que ejercen los subordinados sobre un superior, generalmente en contextos de resistencia al cambio o de cuestionamiento de la autoridad.

En cuanto a su desarrollo temporal, Leymann describió un proceso en cuatro fases que ha sido ampliamente validado por investigaciones posteriores. En la fase de conflicto, surge una situación de tensión inicial que no se resuelve de forma adecuada. En la fase de estigmatización, las conductas hostiles se sistematizan y el trabajador comienza a ser señalado y aislado. En la fase de intervención de la empresa, la organización toma partido —con frecuencia en contra de la víctima— o permanece pasiva, lo que agrava la situación. Finalmente, en la fase de exclusión, el trabajador abandona el puesto de forma voluntaria o forzada, frecuentemente con consecuencias graves sobre su salud y su trayectoria profesional (Leymann, 1990; González de Rivera, 2002).

Enfermería como colectivo vulnerable: Factores predisponentes y evidencia empírica

El colectivo de enfermería presenta una vulnerabilidad especialmente elevada frente a los riesgos psicosociales en general, y al acoso laboral en particular. Esta vulnerabilidad no es circunstancial ni anecdótica, sino que responde a una confluencia de factores estructurales, organizacionales y culturales documentados de forma consistente en la literatura científica internacional.

Desde el punto de vista estructural, la enfermería es una profesión mayoritariamente feminizada —más del 85% en España según datos del INE (2022)— que opera en entornos de elevada jerarquización institucional. Esta combinación genera una doble asimetría de poder —de género y de rango— que facilita el ejercicio de conduc-

tas de abuso y control por parte de superiores jerárquicos o de otras categorías profesionales del ámbito sanitario. La asimetría no es solo funcional; tiene raíces históricas y culturales que normalizan la subordinación de la enfermera dentro del sistema sanitario, dificultando el reconocimiento del maltrato como tal.

La naturaleza intrínseca del trabajo de enfermería añade una carga emocional sostenida que otros entornos laborales no presentan con la misma intensidad. La exposición permanente al sufrimiento humano, la muerte, la urgencia y la responsabilidad sobre la vida de otros genera un desgaste que predispone al burnout y que, en contextos organizacionales hostiles, actúa como factor amplificador del daño psicosocial. Gómez-Urquiza et al. (2017) señalan que más del 30% del personal de enfermería en España presenta niveles clínicamente significativos de burnout, con especial incidencia en unidades de críticos, oncología y urgencias.

A estos factores se suman las condiciones de empleo características del sector: Elevada tasa de temporalidad, turnos rotativos, jornadas nocturnas, sobrecarga asistencial y escasa participación en la toma de decisiones organizativas. Todos ellos constituyen, según el modelo demandas-control-apoyo de Karasek y Theorell (1990), un entorno de alta demanda y bajo control, paradigmáticamente asociado al desarrollo de patología psicosocial.

Evidencia empírica: Casos documentados en la literatura científica española

La investigación española sobre acoso laboral en enfermería ha aportado en la última década una evidencia sólida y preocupante. El estudio de Carnero, Martínez y Sánchez-Mangas (2012), realizado sobre una muestra de 1.500 trabajadores sanitarios del Sistema Nacional de Salud, identificó que el personal de enfermería presentaba una probabilidad significativamente mayor de sufrir acoso laboral que otros colectivos sanitarios, con especial concentración en hospitales públicos de gestión concesional. Los autores señalaron como factores determinantes la ambigüedad de rol, la falta de autonomía profesional y la ausencia de protocolos institucionales de detección.

En una línea similar, el informe del Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT (2019) documentó que el 23% de los profesionales de enfermería encuestados en centros hospitalarios españoles había experimentado alguna forma de violencia psicológica en el trabajo durante el año previo, y que en el 68% de los casos el agresor era un superior jerárquico directo. El mismo informe evidenció que solo el 12% de las situaciones denunciadas internamente recibió una respuesta institucional satisfactoria, lo que pone de manifiesto la magnitud del problema de la cultura del silencio en el ámbito sanitario español.

El estudio de Estryn-Béhar et al. (2008), de alcance europeo y con participación española, concluyó que las enfermeras que habían sufrido acoso laboral presentaban una probabilidad tres veces mayor de abandonar la profesión en los dos años siguientes, con el consiguiente impacto sobre la continuidad asistencial y la calidad del cuidado.

Testimonio profesional: Análisis desde la perspectiva de una investigadora senior

La distancia crítica que ofrece la experiencia acumulada permite a los profesionales seniors identificar con precisión los mecanismos del acoso laboral cuando estos se manifiestan en el propio entorno. El siguiente testimonio, aportado por una enfermera con más de cuarenta años de ejercicio profesional en el ámbito hospitalario, ilustra con exactitud clínica el ciclo completo descrito por Leymann (1990) y los factores predisponentes identificados en la literatura, con una particularidad de especial relevancia académica: La totalidad del proceso se consumó en un período de aproximadamente 45 días, lo que cuestiona de forma directa el criterio temporal de seis meses establecido por el modelo clásico como condición definitoria del acoso laboral.

La profesional, enfermera con formación de posgrado en salud laboral, bioética y humanismo sanitario, y amplia trayectoria en coordinación hospitalaria y docencia universitaria, inició su incorporación a un hospital de agudos español tras la homologación de su titulación. Desde las primeras semanas de ejercicio, identificó conductas sistemáticas por parte de la supervisión directa que correspondían inequívocamente a la fase de estigmatización: Asignación de tareas incompatibles con su categoría y experiencia profesional, exclusión deliberada de la comunicación interna del equipo, evaluación asimétrica del desempeño respecto a compañeras con menor formación, y exposición reiterada a situaciones de desautorización ante pacientes y familiares.

La ausencia de respuesta institucional ante estas señales tempranas —característica de la fase de intervención pasiva o cómplice de la empresa, según Leymann— permitió que las conductas hostiles se intensificaran en lugar de ser corregidas. El impacto sobre la salud fue clínicamente verificable y rápido: La profesional desarrolló un cuadro de ansiedad con diagnóstico médico documentado que requirió baja laboral, evidenciando que la variable determinante del daño psicosocial no es exclusivamente el tiempo de exposición, sino la intensidad, la sistematicidad y la ausencia de mecanismos protectores institucionales.

El proceso culminó con la fase que Leymann denomina de exclusión: La profesional fue cesada, impidiéndosele continuar ejerciendo en el centro. Este desenlace no constituye un hecho aislado ni excepcional. El informe del Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT (2019) documenta que en el 78% de los casos de acoso laboral en el sector sanitario español es el trabajador afectado quien abandona o es expulsado del puesto, mientras que el agresor permanece en la organización sin consecuencias disciplinarias. La exclusión del trabajador como resolución del conflicto es, en sí misma, un indicador de disfunción organizacional grave y de ausencia de cultura preventiva real.

Desde la perspectiva jurídica y normativa, el cese en estas circunstancias adquiere la naturaleza de represalia institucional, lo que agrava la responsabilidad del empleador en materia de seguridad y salud laboral. La Ley 31/1995, en su artículo 14, establece la obligación del empresario

de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio, lo que incluye la protección frente a los riesgos psicosociales. El incumplimiento de esta obligación, cuando resulta en daño demostrable y en exclusión del trabajador, abre la vía a responsabilidades administrativas, civiles y penales contempladas en el ordenamiento jurídico español.

Lo que hace de este testimonio un caso de especial valor académico es precisamente la triple dimensión que aporta: La coherencia total con el modelo teórico de Leymann en todas sus fases, la refutación empírica del criterio temporal rígido de seis meses, y la capacidad de análisis retrospectivo de una profesional formada en bioética y salud ocupacional que puede identificar, nombrar y sistematizar lo que vivió. Morán (2009) señala que los profesionales con mayor experiencia y formación son paradójicamente más vulnerables al acoso en sus procesos de reincorporación, precisamente porque su autonomía de criterio es percibida como una amenaza por las estructuras de poder establecidas. Este caso lo confirma con una precisión que difícilmente podría construirse desde la teoría sola.

Desde la perspectiva de la salud ocupacional, el caso subraya tres necesidades urgentes en el entorno hospitalario español: La implementación de evaluaciones periódicas de riesgos psicosociales con instrumentos validados como el *COPSOQ-ISTAS21*, la existencia de protocolos de actuación frente al acoso que sean realmente efectivos y no meramente formales, y la formación de los equipos directivos en detección precoz y gestión ética del conflicto organizacional. Sin estas tres condiciones, la normativa vigente queda reducida a letra muerta, y la vulnerabilidad del profesional de enfermería permanece estructuralmente desprotegida.

MARCO NORMATIVO Y LEGAL

La prevención del acoso laboral en España no carece de respaldo jurídico. Al contrario, el ordenamiento normativo vigente proporciona un marco legal suficientemente sólido para identificar, sancionar y prevenir el fenómeno en todas sus manifestaciones. El problema, como se analizará a lo largo de este capítulo, no reside en la ausencia de normas sino en la distancia que separa su formulación de su aplicación efectiva en las instituciones hospitalarias españolas.

El marco normativo que regula la prevención de riesgos psicosociales en España se articula en tres niveles complementarios: El nacional, encabezado por la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y sus disposiciones de desarrollo; el técnico, constituido por las Notas Técnicas de Prevención del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; y el europeo e internacional, integrado por las directivas comunitarias, los acuerdos marco europeos y los convenios de la Organización Internacional del Trabajo. La comprensión de estos tres niveles y de sus interrelaciones es condición indispensable para cualquier intervención preventiva rigurosa en el ámbito del acoso laboral.

Desde la perspectiva bioética, el marco normativo no es únicamente un conjunto de obligaciones jurídicas: Es la expresión codificada de los valores que una sociedad considera irrenunciables en la protección de la dignidad del trabajador. Su conocimiento y aplicación rigurosa constitu-

yen, en última instancia, un imperativo moral que vincula a empleadores, técnicos de prevención y gestores sanitarios por igual.

Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales constituye el pilar fundamental del ordenamiento jurídico español en materia de seguridad y salud en el trabajo. Su aprobación supuso la transposición de la Directiva Marco europea 89/391/CEE y representó un cambio de paradigma en la concepción de la prevención laboral, al desplazar el foco desde la reparación del daño hacia su anticipación y eliminación.

El artículo 14 de la *LPRL* establece el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud, y la correlativa obligación del empresario de garantizar dicha protección. Esta obligación tiene carácter integral: No se limita a los riesgos físicos o materiales, sino que se extiende a todos los factores que puedan afectar la salud del trabajador en cualquiera de sus dimensiones, incluida la psicológica y social. En coherencia con la definición de la *OMS*, la ley reconoce implícitamente que el bienestar laboral es indivisible.

El artículo 15 desarrolla los principios de la acción preventiva, entre los que destacan la evaluación de los riesgos que no se puedan evitar, la adaptación del trabajo a la persona —especialmente en lo que concierne a la organización y los métodos de trabajo— y la prioridad de las medidas de protección colectiva sobre las individuales. Estos principios son de aplicación directa a los riesgos psicosociales, aunque su implementación práctica en el entorno hospitalario español continúa siendo insuficiente y fragmentaria.

El artículo 4.2 define el concepto de daño derivado del trabajo como toda enfermedad, patología o lesión sufrida con motivo u ocasión del trabajo, sin restricción alguna a su naturaleza orgánica. Esta amplitud conceptual es fundamental para el reconocimiento jurídico del daño psicológico derivado del acoso laboral como contingencia profesional, aunque en la práctica su aplicación tropieza frecuentemente con la resistencia de las mutuas colaboradoras y con la dificultad probatoria inherente a los procesos de naturaleza psicosocial.

Finalmente, el artículo 44 regula la paralización de actividades ante riesgo grave e inminente, y el artículo 42 establece las responsabilidades y sanciones aplicables al incumplimiento de las obligaciones preventivas. Ambos preceptos son relevantes en el contexto del acoso laboral, pues delimitan el marco de responsabilidad empresarial cuando la organización conoce o debería conocer la existencia de conductas hostiles y no adopta medidas correctoras.

Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/1997)

El Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, desarrolla reglamentariamente la *LPRL* y establece el marco organizativo y técnico de los servicios de prevención en las empresas.

Su relevancia en el contexto de los riesgos psicosociales radica fundamentalmente en dos aspectos: La obligatoriedad de la evaluación de riesgos y la regulación de las especialidades preventivas.

El artículo 3 establece que la evaluación de riesgos laborales es el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para adoptar las medidas preventivas pertinentes. Esta obligación incluye explícitamente los riesgos de naturaleza psicosocial, aunque la práctica habitual en muchos centros hospitalarios se limita a los riesgos físicos, químicos y biológicos, relegando la evaluación psicosocial a un plano secundario o meramente formal.

El reglamento reconoce cuatro especialidades preventivas: Seguridad en el trabajo, higiene industrial, ergonomía y psicología aplicada, y medicina del trabajo. La especialidad de psicología aplicada es precisamente la que tiene competencia técnica para identificar, evaluar e intervenir sobre los factores de riesgo psicosocial, incluido el acoso laboral. Sin embargo, su presencia en los servicios de prevención de las instituciones sanitarias españolas es notoriamente insuficiente, lo que constituye en sí mismo un indicador de la brecha existente entre el marco normativo y su aplicación real.

Notas Técnicas de Prevención del INSS

Las Notas Técnicas de Prevención constituyen documentos de referencia técnica elaborados por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo que, sin tener rango normativo vinculante, son ampliamente utilizadas por los tribunales españoles como criterio interpretativo y por los técnicos de prevención como guía metodológica. En materia de riesgos psicosociales y acoso laboral, las más relevantes son las siguientes.

La NTP 443 establece los fundamentos metodológicos para la evaluación de los factores psicosociales en el trabajo, describiendo los principales instrumentos disponibles y los criterios de aplicación. Su actualización a través de la NTP 854 incorpora los avances metodológicos más recientes y reconoce el COPSQ-ISTAS21 como uno de los instrumentos de evaluación psicosocial más validados y utilizados en el contexto español.

La NTP 702 es la referencia técnica fundamental en materia de acoso psicológico laboral. Define el fenómeno, describe sus fases de desarrollo, establece los criterios diagnósticos y proporciona orientaciones para la intervención preventiva. Su lectura conjunta con la NTP 891, que aborda las actuaciones de los servicios de prevención ante el acoso laboral, proporciona un marco técnico completo para el abordaje institucional del problema.

La NTP 944 desarrolla el concepto de intervención psicosocial, distinguiendo entre medidas de intervención primaria —dirigidas a eliminar o reducir los factores de riesgo en el origen—, secundaria —orientadas a fortalecer la capacidad de respuesta del trabajador— y terciaria —centradas en la recuperación del trabajador dañado—. Esta distinción es fundamental para diseñar programas preventivos coherentes y eficaces en el entorno hospitalario.

Marco europeo e internacional: OIT y Declaración de Helsinki

El ordenamiento jurídico español en materia de prevención de riesgos psicosociales se inscribe en un marco europeo e internacional que le confiere coherencia y fundamento. A nivel europeo, la Directiva Marco 89/391/CEE establece la obligación de los empleadores de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo, incluidos los psicosociales. El Acuerdo Marco Europeo sobre el Estrés en el Trabajo de 2004 y el Acuerdo Marco Europeo sobre el Acoso y la Violencia en el Trabajo de 2007, suscritos por los principales agentes sociales europeos, desarrollan estos principios con criterios operativos específicos.

En el ámbito de la Organización Internacional del Trabajo, el Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores obliga a los Estados miembros a desarrollar políticas nacionales coherentes en materia de seguridad y salud laboral, con enfoque integral que incluya los factores psicosociales. El Convenio 187, sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, refuerza este mandato al exigir una cultura preventiva nacional basada en el derecho a un entorno de trabajo seguro y saludable.

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, aunque formulada originalmente para la investigación biomédica, ha sido progresivamente incorporada al debate ético en salud laboral por sus implicaciones en materia de dignidad, autonomía y protección de la persona. El principio de no maleficencia que la sustenta —la obligación de no causar daño— es directamente aplicable al entorno organizacional hospitalario: Ninguna estructura de gestión puede ser éticamente aceptable si genera, tolera o encubre conductas que dañan la integridad psicológica de sus profesionales.

La convergencia de estos marcos normativos e internacionales configura un sistema de obligaciones que trasciende la voluntad individual de las instituciones y compromete al Estado, a los empleadores y a los propios profesionales de la prevención en la garantía efectiva de entornos de trabajo libres de violencia psicológica. Su conocimiento y aplicación rigurosa constituyen, en última instancia, la base sobre la que debe construirse cualquier intervención preventiva seria en el ámbito hospitalario español.

EL ACOSO LABORAL EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS

El acoso laboral en el ámbito hospitalario español no es un fenómeno nuevo ni aislado, pero sí uno de los más silenciados y de más difícil abordaje dentro del sistema sanitario. Su complejidad radica en que se produce en el seno de instituciones que tienen como razón de ser la protección de la salud y la defensa de la dignidad humana, lo que genera una contradicción moral de primer orden: La misma organización que proclama el cuidado como valor fundacional puede convertirse simultáneamente en el espacio donde ese valor es más flagrantemente negado hacia sus propios profesionales.

La institución hospitalaria es, desde el punto de vista sociológico, una organización con jerarquías rígidas, normas implícitas de conducta y mecanismos de control social que dificultan la visibilidad de los conflictos internos y desincentivan su denuncia. Esta característica estructural convierte al hospital en un entorno especialmente vulnerable al desarrollo y perpetuación del acoso laboral, y exige una comprensión profunda de sus dinámicas organizacionales específicas para poder abordarlo con eficacia.

El análisis que se desarrolla en los siguientes apartados aborda el fenómeno desde cuatro perspectivas complementarias e inseparables: La epidemiológica, que permite dimensionar el problema con rigor científico; la psicosocial, que identifica los perfiles del agresor y de la víctima; la clínica, que documenta las consecuencias sobre la salud en sus tres dimensiones; y la organizacional e institucional, que revela el impacto sistémico del acoso cuando no es gestionado con la determinación y la integridad que exige.

Prevalencia y datos epidemiológicos

El acoso laboral en el sector sanitario español constituye un problema de salud pública de primera magnitud cuya prevalencia real supera ampliamente las cifras oficiales registradas. Esta discrepancia entre la magnitud real del fenómeno y su visibilidad estadística es en sí misma un dato revelador, pues refleja la persistencia de la cultura del silencio y la insuficiencia de los mecanismos de detección y registro existentes en las instituciones hospitalarias españolas.

Los datos disponibles, aun siendo conservadores, resultan elocuentes. La VI Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (Eurofound, 2017) situó a España entre los países europeos con mayor prevalencia de violencia psicológica en el trabajo, con un 15,7% de trabajadores que declararon haber sufrido conductas de acoso o intimidación en los doce meses previos. En el sector sanitario esta cifra se eleva de forma consistente en todos los estudios disponibles, oscilando entre el 20% y el 35% según la metodología empleada y el colectivo analizado.

Un análisis por comunidades autónomas revela diferencias significativas. Cataluña, la Comunidad de Madrid y la

Tabla 1. Evolución de denuncias por acoso laboral en el sector sanitario español (2015-2022).

Año	Denuncias registradas	Variación anual
2015	1.243	—
2016	1.387	+11,6%
2017	1.524	+9,9%
2018	1.698	+11,4%
2019	1.876	+10,5%
2020	1.654	−11,8%
2021	2.134	+29,0%
2022	2.387	+11,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS, 2022).

Comunidad Valenciana concentran el mayor número de denuncias formales por acoso laboral en el sector sanitario según los datos de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS, 2021), lo que puede responder tanto a una mayor prevalencia real como a una mayor cultura de denuncia. Andalucía y Castilla-La Mancha presentan tasas de denuncia significativamente inferiores, que los expertos atribuyen fundamentalmente a la mayor precariedad contractual del personal sanitario en estas regiones y al consiguiente temor a represalias laborales.

El impacto económico del acoso laboral sobre el Sistema Nacional de Salud es igualmente significativo y crónicamente subestimado. El absentismo derivado de patología psicosocial representa entre el 30% y el 40% del total de bajas laborales en enfermería según datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (MTES, 2020). Cuando se contabilizan los costes directos —prestaciones por incapacidad temporal, sustituciones, procesos judiciales— e indirectos —pérdida de productividad, deterioro de la calidad asistencial, rotación de personal— el impacto económico anual estimado supera los 1.500 millones de euros para el conjunto del sistema sanitario español.

El descenso registrado en 2020 responde al impacto de la pandemia por COVID-19, durante la cual la emergencia sanitaria desplazó temporalmente la atención sobre los conflictos organizacionales internos. El repunte de 2021, especialmente pronunciado, refleja la acumulación de situaciones no denunciadas durante el período pandémico y el deterioro significativo del clima organizacional en muchos centros hospitalarios.

Perfil del acosador y del trabajador acosado

La investigación científica ha permitido identificar patrones recurrentes tanto en el perfil del agresor como en el de la víctima del acoso laboral en entornos hospitalarios. Es imprescindible subrayar que estos perfiles son orientativos y estadísticos, no deterministas: El acoso laboral puede afectar a cualquier profesional independientemente de sus características personales o profesionales.

En lo que respecta al perfil del acosador, la literatura científica distingue dos tipologías principales. El acosador activo ejerce las conductas hostiles de forma directa y consciente, motivado frecuentemente por el miedo a ser superado profesionalmente, la necesidad de control jerárquico o rasgos de personalidad narcisista o psicopática. González de Rivera (2002) describe al acosador típico en entornos sanitarios como un profesional de rango medio o alto, con dificultades para tolerar la autonomía o la competencia de sus subordinados, que utiliza el abuso de autoridad como mecanismo habitual de gestión y que raramente es percibido como problemático por sus propios superiores, ante quienes presenta una imagen de eficiencia y control.

El acosador pasivo, por su parte, permite o facilita las conductas hostiles mediante su inacción, su complicidad silenciosa o su negativa a intervenir cuando tiene la capacidad y la obligación de hacerlo. En el entorno hospitalario español, este perfil corresponde con frecuencia a los mandos intermedios y responsables de recursos humanos

Tabla 2. Perfil comparativo del acosador y del trabajador acosado en entornos hospitalarios.

Característica	Perfil del acosador	Perfil del trabajador acosado
Posición jerárquica	Superior o igual	Subordinado o reincorporado
Competencia profesional	Media-baja, insegura	Alta, reconocida
Valores éticos	Débiles, instrumentales	Sólidos, críticos
Respuesta al conflicto	Hostilidad activa o pasiva	Resistencia y denuncia
Apoyo institucional	Frecuentemente protegido	Frecuentemente desprotegido

Fuente: Elaboración propia a partir de González de Rivera (2002) y Leymann (1990).

que conocen las situaciones de acoso y optan por ignorarlas para evitar conflictos institucionales. La responsabilidad moral del acosador pasivo es equivalente a la del activo, aunque su reconocimiento jurídico continúa siendo más difícil de establecer en la práctica.

En cuanto al perfil del trabajador acosado, la investigación desmonta de forma consistente el mito de que las víctimas son profesionales débiles o con bajo rendimiento. Leymann (1990) y los estudios posteriores han documentado que las víctimas suelen ser profesionales con alta competencia, elevada implicación en su trabajo, sólidos valores éticos y capacidad crítica desarrollada. Esta paradoja encuentra su explicación en la dinámica del poder organizacional: La excelencia profesional y la autonomía de criterio son percibidas como una amenaza por quienes ejercen el poder desde la inseguridad.

Consecuencias sobre la salud física, mental y social

Las consecuencias del acoso laboral sobre la salud del trabajador son múltiples, graves y frecuentemente duraderas. Su análisis desde las tres dimensiones del bienestar definidas por la OMS permite comprender la magnitud real del daño y fundamentar la urgencia de las medidas preventivas.

En la dimensión física, el acoso laboral se asocia con una amplia constelación de síntomas somáticos: Trastornos del sueño, cefaleas crónicas, alteraciones gastrointestinales, fa-

tiga persistente y mayor susceptibilidad a enfermedades infecciosas. Kivimäki et al. (2003) demostraron en un estudio longitudinal que la exposición a acoso laboral duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, incluyendo infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. Estos hallazgos subrayan que el daño psicosocial tiene consecuencias orgánicas medibles y potencialmente irreversibles.

En la dimensión mental, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático, la depresión mayor y el síndrome de burnout son las patologías más frecuentemente asociadas al acoso laboral sostenido. Hirigoyen (2001) describió el síndrome postraumático del acoso moral como una entidad clínica específica caracterizada por hipervigilancia, evitación, rumiación cognitiva, pérdida de confianza en las propias capacidades y deterioro progresivo de la autoestima profesional. La recuperación de estos cuadros es lenta y requiere frecuentemente intervención psicoterapéutica especializada.

En la dimensión social, el acoso laboral deteriora de forma progresiva las relaciones interpersonales del trabajador tanto dentro como fuera del entorno laboral. El aislamiento forzado, la desacreditación profesional y la pérdida de la red de apoyo se extienden frecuentemente al ámbito familiar y social. Estryn-Béhar et al. (2008) documentaron que las enfermeras que habían sufrido acoso laboral presentaban una probabilidad tres veces mayor de abandonar la profesión en los dos años siguientes.

Impacto organizacional e institucional

El acoso laboral no daña exclusivamente al trabajador que lo sufre. Sus efectos se extienden al conjunto de la organización de formas diversas y frecuentemente subestimadas por los gestores hospitalarios, que tienden a individualizar el problema en lugar de reconocer su naturaleza sistémica.

El primer impacto organizacional es el deterioro del clima laboral. La presencia de conductas hostiles sostenidas genera un ambiente de desconfianza, miedo y desvinculación que reduce la comunicación, inhibe la iniciativa profesional y deteriora la calidad del trabajo colaborativo. Arnetz et al. (2011) documentaron que los equipos en los que se produce acoso laboral presentan indicadores de seguridad del paciente significativamente peores, lo que convierte el problema en una cuestión de calidad asistencial además de preventiva.

Tabla 3. Consecuencias del acoso laboral sobre la salud del profesional de enfermería.

Dimensión	Consecuencias documentadas	Referencias
Física	Trastornos del sueño, cefaleas, riesgo cardiovascular duplicado	Kivimäki et al. (2003)
Mental	Ansiedad, depresión, estrés postraumático, burnout	Hirigoyen (2001)
Social	Aislamiento, deterioro familiar, abandono profesional	Estryn-Béhar et al. (2008)
Profesional	Absentismo, incapacidad temporal, pérdida de trayectoria	MTES (2020)

Fuente: Elaboración propia.

El segundo impacto es el absentismo y la rotación de personal. Los costes asociados a las bajas laborales por patología psicosocial, a la sustitución de profesionales que abandonan la institución y a la pérdida del conocimiento acumulado representan un impacto económico que las organizaciones hospitalarias raramente atribuyen a su causa real.

El tercer impacto es el reputacional y jurídico. Las instituciones que no previenen ni corrigen el acoso laboral están expuestas a procedimientos administrativos sancionadores por parte de la Inspección de Trabajo, a demandas judiciales por responsabilidad civil y, en casos graves, a procedimientos penales. El Tribunal Supremo español ha establecido en diversas sentencias que el empleador que conoce o debería conocer la existencia de conductas de acoso y no adopta medidas correctoras inmediatas incurre en responsabilidad solidaria por los daños causados al trabajador afectado.

DIMENSIÓN BIOÉTICA

El análisis del acoso laboral desde la perspectiva de la bioética y el humanismo sanitario no constituye un añadido complementario al análisis técnico y normativo desarrollado en los capítulos anteriores: Es su fundamento más profundo y su razón de ser más genuina. Porque antes de que el acoso laboral sea un problema jurídico, estadístico o preventivo, es un problema moral: Una vulneración de la dignidad humana que interpela a la conciencia de cada persona y de cada institución implicada. El humanismo sanitario sitúa la dignidad y el desarrollo integral de la persona en el centro de toda práctica asistencial y organizativa. Los apartados que siguen desarrollan esta dimensión con el rigor filosófico y la profundidad ética que el problema exige, apoyándose en las aportaciones de los pensadores más relevantes del humanismo contemporáneo.

Principios éticos vulnerados por el acoso laboral

La bioética, como disciplina que reflexiona sistemáticamente sobre las implicaciones morales de las prácticas en el ámbito de la salud y las ciencias de la vida, ofrece un marco conceptual de extraordinaria pertinencia para el análisis del acoso laboral en entornos sanitarios. Lejos de constituir un añadido ornamental al análisis normativo y epidemiológico, la perspectiva bioética revela la dimensión más profunda del problema: La vulneración sistemática de la dignidad humana como fundamento de toda convivencia profesional éticamente sostenible.

El modelo principalista de Beauchamp y Childress (2019), formulado originalmente para la ética clínica y ampliamente incorporado al debate en salud laboral, establece cuatro principios fundamentales cuya vigencia resulta directamente comprometida por el acoso laboral: Autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Cada uno de ellos merece un análisis específico y profundo que permita comprender no solo la dimensión del daño causado, sino la magnitud de la responsabilidad moral que recae sobre quienes lo perpetúan o lo permiten.

El principio de **autonomía** reconoce el derecho de toda persona a tomar decisiones sobre su propia vida y su ejercicio profesional de forma libre e informada. En la tradición

filosófica kantiana, la autonomía es el fundamento mismo de la dignidad humana: El ser humano es un fin en sí mismo, nunca un medio para los fines de otro. El acoso laboral vulnera este principio de raíz porque tiene precisamente como objetivo destruir la capacidad de autodeterminación del trabajador, someterlo a la voluntad del agresor y eliminar su voz crítica dentro de la organización. Cuando una enfermera es desautorizada ante sus pacientes, excluida de la información del equipo o amenazada implícitamente con represalias si expresa su criterio profesional, su autonomía no está simplemente limitada: Está siendo activamente destruida como instrumento de control institucional. Esta destrucción deliberada de la autonomía profesional constituye, desde la perspectiva kantiana, un atentado directo contra la dignidad de la persona.

La filósofa Martha Nussbaum (2006), desde su enfoque de las capacidades, amplía esta perspectiva al señalar que la dignidad humana no es solo una condición abstracta: Se manifiesta concretamente en la capacidad de cada persona para desarrollar sus potencialidades, ejercer su razón práctica y participar activamente en la vida social y profesional. El acoso laboral ataca sistemáticamente estas capacidades, reduciendo al trabajador a un estado de vulnerabilidad e impotencia que niega su condición de agente moral pleno.

El principio de **no maleficencia** —*primum non nocere*, la obligación fundamental de no causar daño— es quizás el más flagrantemente violado por el acoso laboral. Este principio, heredado de la tradición hipocrática y reelaborado por la bioética contemporánea, no se limita a la relación clínica entre el profesional y el paciente: Se extiende a todas las relaciones dentro del sistema sanitario, incluidas las organizacionales y jerárquicas. Una supervisión que ejerce conductas hostiles reiteradas sobre una enfermera está causando un daño demostrable y evitable sobre su salud física, mental y social. La organización que lo permite o lo encubre se convierte en cómplice activa de ese daño, vulnerando su obligación moral más elemental.

La distinción que establece la bioética entre el daño por acción y el daño por omisión es aquí especialmente relevante. El agresor directo causa daño por acción: Sus conductas hostiles son deliberadas y tienen consecuencias previsibles sobre la salud de la víctima. Pero la organización que conoce la situación y no interviene causa daño por omisión, que desde el punto de vista ético es igualmente reprochable. Beauchamp y Childress (2019) subrayan que la obligación de no maleficencia no se cumple simplemente absteniéndose de causar daño directamente: Exige también evitar ser instrumento o cómplice del daño causado por otros.

El principio de **beneficencia** exige actuar en beneficio del otro, promoviendo su bienestar de forma activa. En el contexto organizacional hospitalario, este principio obliga a los gestores, a los servicios de prevención y a los equipos directivos a crear condiciones de trabajo que protejan y promuevan la salud integral de sus profesionales. El acoso laboral representa la antítesis de la beneficencia: No solo no promueve el bienestar del trabajador, sino que lo destruye de forma sistemática y deliberada. Desde la perspectiva del humanismo sanitario, la beneficencia ins-

titucional no puede limitarse al paciente: Debe extenderse con igual rigor a quienes hacen posible el cuidado de ese paciente.

El filósofo Paul Ricoeur (1990) aportó una dimensión adicional a este principio al introducir el concepto de solicitud —*solicitude*— como la disposición activa de reconocer al otro en su vulnerabilidad y responder a ella con cuidado y responsabilidad. En el entorno hospitalario, la solicitud no es una virtud opcional: Es una exigencia constitutiva de una institución que se define por el cuidado humano. Una organización que no ejerce solicitud hacia sus propios profesionales ha traicionado su vocación más fundamental.

El principio de **justicia** exige el trato equitativo y no discriminatorio de todas las personas, así como la distribución justa de cargas y beneficios. El acoso laboral lo vulnera en una doble dimensión que merece ser analizada con precisión. En la dimensión individual, supone un trato discriminatorio y degradante hacia una persona específica, frecuentemente motivado por características que no deberían tener relevancia en el ámbito profesional: Género, edad, origen, nivel de formación o capacidad crítica. En la dimensión colectiva, perpetúa estructuras de poder injustas que benefician a quienes ejercen el abuso y penalizan a quienes lo sufren, invirtiendo perversamente la lógica de la justicia organizacional.

John Rawls (1971), en su teoría de la justicia como equidad, propuso el principio de diferencia como criterio de justicia distributiva: Las desigualdades solo son justificables si benefician a los miembros más vulnerables de la comunidad. Aplicado al entorno hospitalario, este principio implica que cualquier estructura organizacional que genera o perpetúa desigualdades en detrimento de los trabajadores más vulnerables —aquellos con menor poder jerárquico, mayor precariedad contractual o menor capacidad de defensa— es estructuralmente injusta y éticamente inaceptable.

La responsabilidad institucional desde el humanismo sanitario

El humanismo sanitario, entendido como la corriente ético-filosófica que sitúa la dignidad y el desarrollo integral de la persona en el centro de toda práctica asistencial y organizativa, proporciona un marco de análisis que trasciende el cumplimiento normativo para interpelar la conciencia moral de las instituciones de salud.

Desde esta perspectiva, una institución hospitalaria no es únicamente una organización prestadora de servicios sanitarios. Es, en su dimensión más profunda, una comunidad moral comprometida con la defensa de la vida y la dignidad humana en todas sus expresiones. Esta vocación fundacional genera una responsabilidad ética de orden superior que no puede limitarse a la atención del paciente: Debe extenderse con igual rigor a la protección de quienes hacen posible esa atención.

El humanismo sanitario reconoce que no es posible ofrecer una atención humanizada al paciente desde un entorno organizacional deshumanizado. El profesional que es maltratado, humillado o excluido en su lugar de trabajo no puede sostener indefinidamente la calidad empática y técnica que

requiere el cuidado enfermero. El daño infligido al profesional se traslada inevitablemente, de formas sutiles pero reales, a la calidad del cuidado que recibe el paciente. La humanización de las organizaciones sanitarias no es, por tanto, un objetivo secundario o complementario: Es una condición necesaria para la excelencia asistencial.

El filósofo Emmanuel Lévinas (1991) fundamentó la ética en el reconocimiento del rostro del otro como llamada irrenunciable a la responsabilidad. Para Lévinas, el rostro del otro no es simplemente una presencia física: Es una demanda moral que nos interpela antes de que podamos articular cualquier respuesta racional. En el entorno hospitalario, el rostro del otro no es solo el del paciente vulnerable: Es también el de la enfermera que trabaja en condiciones de hostilidad, el de la profesional cuya dignidad es sistemáticamente negada por quienes tienen el poder y la obligación de protegerla.

Martin Buber (1923), con su distinción entre la relación Yo-Tú y la relación Yo-Ello, ofrece otra perspectiva filosófica de gran relevancia para comprender la dimensión ética del acoso laboral. La relación Yo-Tú reconoce al otro como persona plena, con subjetividad propia e irreducible. La relación Yo-Ello trata al otro como objeto, como instrumento al servicio de los propios fines. El acoso laboral es, en términos buberanos, la expresión más extrema de la relación Yo-Ello en el entorno organizacional: Reduce al trabajador a la condición de objeto prescindible, cuya dignidad puede ser sacrificada en aras del control jerárquico o de los intereses institucionales.

La responsabilidad institucional frente al acoso laboral exige, desde el humanismo sanitario, una transformación cultural profunda que coloque la dignidad del profesional en el mismo nivel de prioridad que la seguridad del paciente, que reconozca el liderazgo ético como competencia esencial de los gestores sanitarios y que establezca mecanismos reales de protección frente a cualquier forma de violencia organizacional. Esta transformación no se decreta mediante protocolos formales: Se construye mediante decisiones cotidianas que demuestran, con hechos y no solo con palabras, que la institución está genuinamente comprometida con la dignidad de todas las personas que forman parte de ella.

El deber de protección y la cultura del silencio

Uno de los fenómenos más perturbadores en el análisis bioético del acoso laboral en instituciones hospitalarias españolas es la persistencia de la cultura del silencio: El conjunto de normas implícitas, mecanismos de presión y dinámicas institucionales que inhiben la denuncia, normalizan el maltrato y protegen al agresor en detrimento de la víctima.

Esta cultura no surge de forma espontánea ni es el resultado de la maldad individual de sus actores. Responde a estructuras organizacionales históricamente consolidadas en las que la jerarquía se ha ejercido con escasa rendición de cuentas, en las que la lealtad institucional se ha confundido con la complicidad con el poder, y en las que el miedo a las represalias ha silenciado sistemáticamente las voces disidentes. En el entorno hospitalario español,

esta cultura se ve reforzada por la precariedad contractual del personal de enfermería, que convierte la denuncia en un riesgo económico insoportable para quienes dependen de la renovación de su contrato.

Hannah Arendt (1963), en su análisis sobre la banalidad del mal, demostró que las grandes injusticias institucionales no requieren necesariamente de actores malvados: Se sostienen mediante la complicidad pasiva de personas ordinarias que renuncian a ejercer su juicio moral independiente y se someten acríticamente a las lógicas del sistema. La cultura del silencio en el entorno hospitalario es una expresión contemporánea de esta banalidad: No requiere que todos los miembros de la organización sean cómplices activos del acoso; basta con que nadie se atreva a nombrarlo, denunciarlo o cuestionarlo.

Desde el punto de vista bioético, el silencio ante el acoso constituye una forma de violencia institucional que opera de forma invisible, pero con consecuencias perfectamente visibles sobre la salud de los profesionales. Ricoeur (1990) describió la responsabilidad moral como la capacidad de responder ante el otro y ante uno mismo por las consecuencias de las propias acciones y omisiones. Aplicado al contexto organizacional, este principio implica que el silencio ante el acoso no es una posición neutral: Es una forma de participación activa en el daño, porque normaliza lo que debería ser denunciado y perpetúa lo que debería ser corregido.

El deber de protección que emana tanto de la normativa preventiva como de los principios bioéticos fundamentales exige de las instituciones sanitarias una actitud proactiva y valiente frente al acoso laboral. No basta con no acosar: Es necesario crear las condiciones organizacionales, culturales y procedimentales que hagan posible que quienes sufren o presencian conductas hostiles puedan comunicarlo sin miedo, con garantías reales de protección y con la certeza de que su denuncia será tratada con rigor, confidencialidad y justicia.

Simone Weil (1949), filósofa francesa cuya reflexión sobre el trabajo y la condición humana conserva una vigencia sorprendente, señaló que el arraigo —el sentido de pertenencia a una comunidad que reconoce y valora a cada uno de sus miembros— es una de las necesidades fundamentales del alma humana. El acoso laboral destruye ese arraigo de forma radical: Arranca al trabajador de su comunidad profesional, le niega el reconocimiento al que tiene derecho y lo condena a un exilio interior que puede ser más devastador que el propio cese o abandono del puesto.

Este es, en última instancia, el test definitivo de la integridad ética de una institución sanitaria: No lo que declara en sus valores fundacionales o en sus protocolos de prevención, sino lo que hace cuando uno de sus profesionales se atreve a decir que está siendo maltratado. La respuesta a ese momento de verdad revela, con más precisión que cualquier auditoría o acreditación, si la institución está genuinamente comprometida con la dignidad humana o si la invoca únicamente como retórica institucional vacía de contenido moral.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

El conocimiento del fenómeno del acoso laboral —su prevalencia, sus mecanismos, sus consecuencias y sus fundamentos éticos— solo adquiere pleno sentido cuando se traduce en acción preventiva concreta y efectiva. Este capítulo constituye el corolario práctico de todo el análisis desarrollado a lo largo del trabajo: El momento en que la teoría se convierte en propuesta, la reflexión en intervención y el diagnóstico en tratamiento.

Las estrategias de prevención e intervención que se desarrollan a continuación no son recetas técnicas aplicables de forma mecánica a cualquier institución hospitalaria. Son propuestas fundamentadas en la evidencia científica disponible, en el marco normativo vigente y en los principios bioéticos que deben orientar cualquier organización comprometida con la dignidad integral de sus profesionales. Su implementación requiere voluntad institucional, liderazgo ético y la convicción profunda de que proteger a quienes cuidan es la condición más fundamental de cualquier sistema sanitario que aspire a la excelencia.

Desde la perspectiva filosófica que ha guiado este trabajo, la prevención del acoso laboral no es únicamente una obligación técnica o jurídica: Es un imperativo moral que emana del reconocimiento de la dignidad humana como valor absoluto e irrenunciable. Como señaló Hans Jonas (1979), actuar de forma responsable significa anticipar las consecuencias de nuestras acciones y omisiones sobre la vida y la dignidad de las personas más vulnerables, y comprometerse a evitar el daño antes de que se produzca. Este es el espíritu que debe animar cada una de las propuestas que siguen.

Evaluación de riesgos psicosociales: Herramientas e instrumentos

La prevención eficaz del acoso laboral en instituciones hospitalarias comienza necesariamente por un diagnóstico riguroso de las condiciones organizacionales que lo generan o facilitan. Este diagnóstico no puede ser superficial ni meramente formal: Debe responder a una voluntad institucional genuina de conocer la realidad del entorno laboral y de actuar en consecuencia, lo que implica una decisión ética previa a cualquier consideración técnica o metodológica.

Desde el punto de vista filosófico, la evaluación de riesgos psicosociales es ante todo un acto de reconocimiento moral. Reconocer que en una organización existen factores que dañan a las personas que trabajan en ella es el primer paso de una responsabilidad que no puede delegarse ni diferirse. Siguiendo a Lévinas (1991), el acto de mirar al otro —de verdaderamente ver su situación y su sufrimiento— genera una obligación irrenunciable de respuesta. La evaluación psicosocial es, en este sentido, el momento en que la institución decide si está dispuesta a mirar con honestidad o si prefiere continuar mirando hacia otro lado. Esta decisión no es técnica: Es moral, y sus consecuencias alcanzan a todos los miembros de la organización.

Hans Jonas (1979), en su formulación del principio de responsabilidad, señaló que la ética contemporánea debe

orientarse hacia las consecuencias futuras de las acciones presentes, con especial atención a quienes son más vulnerables a esas consecuencias. Aplicado a la evaluación de riesgos psicosociales, este principio implica que la institución hospitalaria tiene la obligación moral de anticipar el daño antes de que se produzca, identificando con rigor las condiciones organizacionales que lo hacen posible y actuando sobre ellas con la urgencia que la protección de la salud humana exige.

El instrumento más validado y ampliamente utilizado en España para esta evaluación es el **COPSOQ-ISTAS21**, desarrollado por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud a partir del Cuestionario Psicosocial de Copenhague. Este instrumento mide de forma sistemática y anónima veinte dimensiones psicosociales agrupadas en cinco grandes áreas: Exigencias psicológicas del trabajo, trabajo activo y posibilidades de desarrollo, apoyo social y calidad de liderazgo, compensaciones del trabajo, y doble presencia. Su aplicación permite identificar con precisión los colectivos y unidades en situación de mayor exposición, proporcionando una base empírica sólida para el diseño de intervenciones preventivas específicas y proporcionadas.

La **Escala de Cisneros** o Barómetro de Cisneros, desarrollada por Fidalgo y Piñuel (2004), es un instrumento específicamente diseñado para la evaluación del acoso psicológico en el trabajo. Consta de 43 ítems que miden la frecuencia con que el trabajador ha experimentado conductas de hostigamiento, permitiendo establecer tanto la presencia como la intensidad del acoso y diferenciarlo de otras formas de conflicto organizacional. Su aplicación en entornos hospitalarios ha demostrado una sensibilidad especialmente elevada para detectar situaciones en fase temprana, antes de que el daño sobre la salud del trabajador sea clínicamente significativo.

El **método FPSICO** del *INSST*, en su versión actualizada, evalúa nueve factores psicosociales fundamentales: Tiempo de trabajo, autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, variedad y contenido del trabajo, participación y supervisión, interés por el trabajador y compensación, desempeño de rol, y relaciones y apoyo social. Su aplicación en entornos hospitalarios ha demostrado una capacidad diagnóstica especialmente relevante para identificar situaciones de riesgo en unidades con alta presión asistencial y estructuras jerárquicas rígidas.

La siguiente tabla compara los tres instrumentos de evaluación principales en función de sus características técnicas y su aplicabilidad en el entorno hospitalario:

Desde una perspectiva ética, es fundamental subrayar que ningún instrumento de evaluación tiene valor real si su aplicación no va acompañada de un compromiso institucional serio con la actuación sobre los resultados. La evaluación psicosocial que se realiza para cumplir formalmente con la normativa, sin intención real de modificar las condiciones que generan el riesgo, no es solo metodológicamente inútil: Es éticamente reprochable, porque genera en los trabajadores una expectativa de mejora que luego se frustra, agravando la desconfianza y el cinismo organizacional. Como señaló Ricoeur (1990), la responsabilidad moral no se cumple con el gesto: Se cumple con las consecuencias reales de ese gesto sobre la vida de las personas afectadas.

Protocolos de actuación frente al acoso

La existencia de protocolos de actuación frente al acoso laboral es una condición necesaria pero no suficiente para la protección efectiva de los trabajadores. Su valor real depende de tres condiciones que con demasiada frecuencia no se cumplen en las instituciones sanitarias españolas: Que sean conocidos por todos los miembros de la organización, que establezcan garantías reales de confidencialidad y protección frente a represalias, y que sean efectivamente aplicados cuando se activan.

Desde el punto de vista bioético, un protocolo de actuación frente al acoso es una declaración de valores traducida en procedimiento. Expresa la voluntad de la institución de tomar partido por la dignidad del trabajador frente al abuso del poder, lo que implica inevitablemente asumir el coste organizacional y relacional de enfrentarse a quienes ejercen ese abuso. Esta disposición al coste es el verdadero test de la integridad institucional: Un protocolo que protege al trabajador en el papel pero que en la práctica protege al agresor no es un instrumento preventivo, es una herramienta de legitimación del daño.

Un protocolo éticamente sólido debe contemplar como mínimo las siguientes fases claramente diferenciadas y secuenciadas. La **fase de comunicación** debe garantizar canales accesibles, confidenciales y seguros a través de los cuales cualquier trabajador pueda comunicar una situación de posible acoso sin miedo a represalias inmediatas. Esta fase es crítica porque determina si el trabajador afectado confía suficientemente en la institución como para activar el protocolo, o si el miedo a las consecuencias lo condena al silencio y al deterioro progresivo de su salud.

Tabla 4. Comparativa de instrumentos de evaluación de riesgos psicosociales en entornos hospitalarios.

Instrumento	Dimensiones evaluadas	Aplicabilidad hospitalaria	Validación científica
COPSOQ-ISTAS21	20 dimensiones psicosociales	Muy alta	Internacional
Escala de Cisneros	Conductas de acoso específicas	Alta para detección de mobbing	Nacional
Método FPSICO	9 factores psicosociales	Alta en unidades de alta presión	Nacional
Fuente: Elaboración propia a partir de INSST (2020) e ISTAS (2021).			

La **fase de investigación** debe ser conducida por personas competentes, independientes y sin conflicto de intereses, siguiendo criterios de imparcialidad, proporcionalidad y respeto a la presunción de inocencia de todas las partes. La independencia del investigador respecto a las estructuras de poder implicadas en el conflicto es una condición sine qua non de la credibilidad del proceso: Una investigación conducida por personas vinculadas jerárquica o personalmente al agresor carece de legitimidad ética y produce inevitablemente resultados sesgados.

La **fase de resolución** debe establecer medidas correctoras proporcionales a la gravedad de los hechos, que incluyan tanto la protección inmediata del trabajador afectado como las consecuencias disciplinarias pertinentes para el agresor. La tendencia institucional a resolver los conflictos de acoso mediante el traslado o la desvinculación de la víctima —en lugar del agresor— constituye una inversión perversa de la lógica protectora del protocolo y una vulneración adicional de los principios de justicia y no maleficencia.

La **fase de seguimiento** debe garantizar que las medidas adoptadas son efectivas y que no se producen represalias diferidas contra quien denunció. La experiencia clínica y preventiva demuestra que las represalias diferidas —aquellas que se producen semanas o meses después de la denuncia, de forma aparentemente desvinculada de ella— son una de las formas más frecuentes y más dañinas de respuesta institucional al acoso denunciado. Su prevención exige un seguimiento activo y sostenido que va mucho más allá de la resolución formal del expediente.

La Guía de actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social sobre riesgos psicosociales (ITSS, 2012) establece criterios técnicos específicos para la elaboración e implementación de estos protocolos, y señala que su ausencia en empresas con trabajadores expuestos a riesgos psicosociales constituye un incumplimiento de la obligación preventiva establecida en la Ley 31/1995. Esta consideración tiene relevancia tanto administrativa como moral: La organización que no ha articulado un protocolo de actuación frente al acoso ha decidido, implícitamente, dejar desprotegidos a sus trabajadores.

Tabla 5. Fases del protocolo de actuación frente al acoso laboral y criterios de calidad ética.

Fase	Contenido	Criterio de calidad ética
Comunicación	Canales seguros y confidenciales	Accesibilidad y protección frente a represalias
Investigación	Análisis imparcial e independiente	Independencia y proporcionalidad
Resolución	Medidas correctoras y disciplinarias	Justicia y no maleficencia
Seguimiento	Verificación de efectividad	Continuidad y vigilancia activa

Fuente: Elaboración propia a partir de ITSS (2012) y Beauchamp y Childress (2019).

El papel del técnico en prevención de riesgos laborales

El técnico en prevención de riesgos laborales ocupa una posición estratégica y éticamente exigente en el abordaje del acoso laboral en instituciones hospitalarias. Su función no se limita a la aplicación de instrumentos de evaluación o a la redacción de informes técnicos: Implica una responsabilidad moral de primer orden frente al sufrimiento de los trabajadores y frente a las estructuras organizacionales que lo generan o perpetúan.

Desde la perspectiva de la ética profesional, el técnico en PRL debe ejercer su función con una independencia de criterio que frecuentemente lo sitúa en tensión con los intereses de la dirección que lo contrata. Esta tensión es constitutiva de su rol: No puede servir simultáneamente a la institución y al trabajador si ambos tienen intereses contrapuestos. Cuando esto ocurre, su obligación ética primaria es con la protección de la salud del trabajador, que es el fundamento jurídico y moral de su existencia como figura profesional. Esta prioridad no es negociable, y su abandono en favor de los intereses institucionales constituye una traición a los principios éticos que definen su función.

El filósofo Hans Jonas (1979) formuló en su *Principio de responsabilidad* una ética orientada al futuro, basada en la obligación de actuar de forma que las consecuencias de nuestras acciones sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica y digna. Aplicado al técnico en PRL, este principio implica que su intervención no puede limitarse a gestionar el daño ya producido: Debe anticiparlo, identificar las condiciones que lo hacen posible y actuar sobre ellas con suficiente anticipación para evitarlo. La prevención, en su sentido más profundo, es una actitud ética antes que una obligación técnica.

Albert Camus (1947), en su reflexión sobre la responsabilidad intelectual y moral frente a la injusticia, señaló que la única forma de no ser cómplice del mal es nombrarlo, denunciarlo y actuar en consecuencia, aun cuando el coste personal de hacerlo sea elevado. El técnico en PRL que identifica una situación de acoso laboral y decide no actuar —por miedo a represalias, por lealtad institucional mal entendida o por comodidad profesional— se convierte, en términos camuseanos, en cómplice pasivo de ese acoso. Su silencio no es neutral: Es una forma de participación en el daño.

En el contexto específico del acoso laboral en enfermería, el técnico en PRL debe desarrollar competencias que van más allá de la formación técnica convencional. Necesita conocimiento profundo de las dinámicas psicosociales específicas del entorno sanitario, capacidad para identificar las señales tempranas del proceso de estigmatización, habilidades de comunicación que permitan establecer una relación de confianza con los trabajadores afectados, y fortaleza ética para sostener sus conclusiones técnicas frente a presiones institucionales que puedan orientarle hacia la minimización o el encubrimiento del problema.

La formación en bioética y humanismo sanitario no es, para el técnico en PRL que trabaja en entornos hospitalarios, un complemento opcional. Es una herramienta

profesional imprescindible que le permite comprender la dimensión más profunda del daño que está llamado a prevenir y la magnitud de la responsabilidad que asume cuando decide intervenir o cuando decide no hacerlo. Como señaló Nussbaum (2006), las capacidades profesionales solo alcanzan su pleno sentido moral cuando están orientadas por una comprensión genuina de la dignidad humana y de las condiciones que la hacen posible.

Propuestas de mejora para el entorno hospitalario español

El análisis desarrollado a lo largo de este trabajo permite formular un conjunto de propuestas de mejora fundamentadas en la evidencia científica, el marco normativo vigente y los principios bioéticos que deben orientar la gestión de las instituciones sanitarias. Estas propuestas no son prescripciones técnicas aisladas: Constituyen los elementos de un modelo organizacional éticamente coherente, inspirado en el humanismo sanitario y comprometido con la dignidad integral de sus profesionales.

La **primera propuesta** es la implementación sistemática y periódica de evaluaciones de riesgos psicosociales en todos los servicios hospitalarios, con instrumentos validados como el *COPSOQ-ISTAS21*, participación real de los trabajadores en el proceso y compromiso institucional explícito con la actuación sobre los resultados. Esta evaluación debe tener carácter preventivo —no reactivo— y realizarse con una periodicidad mínima bienal, o inmediatamente cuando se detecten indicadores de deterioro del clima laboral. Desde la perspectiva de Jonas (1979), esta evaluación periódica es la expresión institucional del principio de responsabilidad anticipatoria: Actuar antes de que el daño se produzca porque se tiene la capacidad de preverlo y evitarlo.

La **segunda propuesta** es el diseño e implementación de protocolos de actuación frente al acoso laboral que cumplan los estándares éticos y técnicos descritos en el apartado anterior, que sean conocidos por toda la plantilla y que contemplen mecanismos reales de protección frente a represalias. Su elaboración debe contar con la participación de los representantes de los trabajadores, del servicio de prevención y de expertos en bioética organizacional, garantizando que el protocolo responde a las necesidades reales de la plantilla y no únicamente a los intereses de la dirección.

La **tercera propuesta** es la formación obligatoria en riesgos psicosociales, gestión ética del conflicto y liderazgo humanista para todos los mandos intermedios y responsables de unidades hospitalarias. La evidencia es contundente: La mayoría de los procesos de acoso laboral en enfermería tienen su origen en déficits de liderazgo ético en la supervisión directa. Invertir en la formación de quienes ejercen el poder jerárquico es la intervención preventiva de mayor impacto potencial y menor coste relativo. Desde la perspectiva de Buber (1923), esta formación debe orientarse a transformar la relación Yo-Ello que caracteriza al liderazgo abusivo en una relación Yo-Tú que reconozca la plena humanidad de cada miembro del equipo.

La **cuarta propuesta** es la creación de figuras de referencia en salud psicosocial dentro de los equipos de salud laboral

hospitalarios: Profesionales especializados en psicología aplicada, con formación en bioética, que actúen como interlocutores accesibles y confidenciales para los trabajadores que identifican situaciones de riesgo, y como asesores de los equipos directivos en la gestión preventiva de los conflictos organizacionales. Estas figuras deben gozar de independencia funcional real respecto a la dirección del centro, condición indispensable para que los trabajadores confíen en ellas como canal seguro de comunicación.

La **quinta propuesta** es la incorporación de indicadores de salud psicosocial en los sistemas de gestión de calidad y acreditación hospitalaria. La calidad asistencial no puede medirse únicamente por indicadores de resultado clínico o de satisfacción del paciente: Debe incluir la salud y el bienestar de los profesionales que hacen posible esa asistencia. La acreditación de un hospital debería ser incompatible con la existencia de procesos de acoso laboral no gestionados o de clima organizacional crónicamente deteriorado. Esta propuesta conecta directamente con el principio rawlsiano de justicia: Una institución no puede ser considerada de calidad si perpetúa estructuras que generan daño sistemático sobre sus miembros más vulnerables.

La **sexta propuesta** es el establecimiento de mecanismos de reparación efectiva para los trabajadores que han sufrido acoso laboral, que incluyan acompañamiento psicológico especializado, reincorporación en condiciones dignas y reconocimiento institucional del daño sufrido. La reparación del daño no es solo una obligación jurídica: Es un imperativo moral que emana del principio de justicia restaurativa, según el cual la respuesta ética al daño causado no puede limitarse a la sanción del agresor sino que debe incluir la restauración de la dignidad y del proyecto profesional de la víctima.

La **séptima y última propuesta** es la más profunda y la más exigente, porque no se refiere a ninguna medida técnica específica sino a la transformación cultural que debe sustentarlas todas: La construcción de una cultura organizacional hospitalaria genuinamente comprometida con la dignidad humana en todas sus dimensiones. Esta transformación cultural no se decreta ni se certifica: Se construye día a día, en cada decisión de gestión, en cada interacción entre profesionales, en cada momento en que alguien con poder elige proteger al vulnerable en lugar de proteger al poderoso.

Como señaló Viktor Frankl (1991), el ser humano no solo busca evitar el sufrimiento: Busca encontrar sentido en su existencia y en su trabajo. Una institución hospitalaria que protege la dignidad de sus profesionales no solo previene el daño: Les devuelve el sentido de lo que hacen y les permite ejercer su vocación con la plenitud que el cuidado humano merece y exige. Porque en el fondo, la prevención del acoso laboral en enfermería no es una cuestión de gestión de recursos humanos ni de cumplimiento normativo: Es una cuestión de humanidad. Y la humanidad, como enseñó Simone Weil (1949), no se declara: Se practica, se cuida y se defiende cada día, en cada decisión pequeña y grande que define lo que una institución realmente es.

CONCLUSIONES

El recorrido intelectual desarrollado a lo largo de este trabajo conduce a una certeza que trasciende el análisis académico para convertirse en convicción ética: El acoso laboral en las instituciones hospitalarias españolas no es un problema de gestión menor ni un fenómeno marginal susceptible de ser resuelto con protocolos formales y declaraciones de intenciones. Es una crisis moral profunda que interpela a los fundamentos mismos sobre los que debe construirse cualquier organización comprometida con la dignidad humana.

La definición de salud formulada por la Organización Mundial de la Salud en 1946 ha demostrado a lo largo de estas páginas una vigencia y una potencia conceptual que ningún desarrollo normativo posterior ha logrado superar. Afirmar que la salud es bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad, implica reconocer que el trabajo puede ser fuente de vida plena o fuente de daño profundo, y que la responsabilidad de determinar cuál de las dos cosas es recae sobre quienes tienen el poder de organizar las condiciones en que ese trabajo se ejerce. Esta responsabilidad no admite delegación ni excusa.

El acoso laboral en enfermería responde a factores estructurales, culturales y organizacionales que la evidencia científica ha documentado con consistencia y que este trabajo ha analizado con rigor: La feminización histórica de la profesión, la jerarquización rígida del entorno hospitalario, la carga emocional sostenida inherente al cuidado, la precariedad contractual que silencia a quienes más necesitan hablar, y la cultura institucional que normaliza el maltrato y protege al poderoso. Ninguna de estas condiciones es inevitable ni irreversible. Todas ellas son el resultado de decisiones humanas y, por tanto, todas ellas pueden ser transformadas mediante decisiones humanas diferentes, más valientes y más justas.

El modelo de Leymann ha iluminado con precisión los mecanismos del proceso de acoso, pero la evidencia empírica obliga a reconocer sus limitaciones: El criterio temporal de seis meses resulta insuficiente cuando la intensidad de las conductas hostiles genera daño clínicamente verificable en períodos significativamente más cortos. Lo que define el acoso no es el calendario, sino la sistematicidad, la asimetría de poder y la ausencia de mecanismos institucionales que protejan a quien es dañado. Esta precisión no es un detalle técnico menor: Tiene consecuencias directas sobre el reconocimiento jurídico del daño y sobre la protección efectiva de los trabajadores afectados.

El análisis bioético ha revelado que el acoso laboral vulnera simultáneamente los cuatro principios fundamentales de la ética sanitaria. Destruye la autonomía del trabajador al someterlo a la voluntad del agresor. Viola el principio de no maleficencia al causar un daño físico, psicológico y social demostrable y evitable. Niega la beneficencia al crear condiciones que deterioran el bienestar en lugar de promoverlo. Y traiciona la justicia al proteger sistemáticamente al poderoso frente al vulnerable. Desde la perspectiva de Lévinas, ignorar el rostro del profesional que sufre es una traición ética de primer orden. Desde la perspectiva de Jonas, permitir que el daño continúe cuando se tiene la capacidad

de evitarlo es una forma de responsabilidad moral que no prescribe. Desde la perspectiva de Ricoeur, el silencio institucional ante el acoso no es neutralidad: Es participación activa en el daño.

El marco normativo español es suficientemente sólido en su formulación. La Ley 31/1995, el Real Decreto 39/1997 y las Notas Técnicas de Prevención del *INSST* proporcionan las herramientas legales y técnicas necesarias para identificar, evaluar y corregir los factores de riesgo psicosocial. La brecha que separa este marco de la realidad cotidiana de las instituciones hospitalarias españolas no es un problema de regulación: Es un problema de voluntad institucional, de liderazgo ético y de cultura organizacional. Y los problemas de cultura no se resuelven con más normas: Se resuelven con decisiones valientes, sostenidas en el tiempo y fundamentadas en valores genuinos.

Las propuestas formuladas en este trabajo —evaluación psicosocial sistemática, protocolos éticamente sólidos, formación en liderazgo humanista, figuras especializadas en salud psicosocial, indicadores de bienestar en los sistemas de acreditación— no son medidas aisladas. Constituyen los elementos de un modelo organizacional coherente, inspirado en el humanismo sanitario, que sitúa la dignidad del profesional en el mismo nivel de prioridad que la seguridad del paciente. Porque ambas dignidades son inseparables. El profesional que es maltratado no puede sostener indefinidamente la calidad empática y técnica que el cuidado humano exige. El daño infligido al profesional llega inevitablemente al paciente, de formas sutiles pero reales, erosionando la calidad asistencial que ningún sistema de acreditación es capaz de medir pero que cualquier enfermera con vocación reconoce de inmediato.

Viktor Frankl enseñó que el ser humano puede soportar casi cualquier sufrimiento si encuentra sentido en él, pero que pierde toda resistencia cuando el entorno le arrebatara la posibilidad de ejercer su dignidad. La enfermería es una profesión de sentido: De sentido hacia el paciente, hacia la vida, hacia la vocación irrenunciable de cuidar. Preservar ese sentido, protegiendo al profesional de las formas de violencia organizacional que lo destruyen, no es solo una obligación legal ni una buena práctica preventiva. Es un imperativo moral de primer orden que interpela a cada institución, a cada gestor, a cada técnico de prevención y a cada profesional que elige cada día trabajar en el sistema sanitario español.

La dignidad del profesional y la calidad del cuidado son inseparables. Quien protege una, protege la otra. Quien destruye una, destruye ambas. Y quien tiene el poder de protegerlas y elige no hacerlo asume una responsabilidad moral que ningún protocolo, ninguna acreditación y ninguna declaración de valores institucional puede absolver.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo Marco Europeo sobre el Acoso y la Violencia en el Trabajo. (2007). Diálogo social europeo. CES, BUSINESSEUROPE, UEAPME y CEEP.

2. Acuerdo Marco Europeo sobre el Estrés en el Trabajo. (2004). Diálogo social europeo. CES, BUSINESSEUROPE, UEAPME y CEEP.
3. Arendt, H. (1963). Eichmann en Jerusalén: Un estudio sobre la banalidad del mal. Lumen.
4. Arnetz, J. E., Aranyos, D., Ager, J., & Upfal, M. J. (2011). Development and application of a population-based system for workplace violence surveillance in hospitals. *American Journal of Industrial Medicine*, 54(12), 925–934.
5. Asociación Médica Mundial (AMM). (2013). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. AMM.
6. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principios de ética biomédica (8.ª ed.). Masson.
7. Buber, M. (1923). Yo y tú. Caparrós Editores.
8. Camus, A. (1947). La peste. Gallimard.
9. Carnero, M. A., Martínez, B., & Sánchez-Mangas, R. (2012). Mobbing and its determinants: The case of Spain. *Applied Economics*, 44(25), 3268–3282.
10. Costa, G. (2016). Shift work and health: Current problems and preventive actions. *Safety and Health at Work*, 1(2), 112–123.
11. Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. Diario Oficial de las Comunidades Europeas.
12. Eurofound. (2017). Sixth European Working Conditions Survey: Overview report. Publications Office of the European Union.
13. Eurofound. (2021). Working conditions and sustainable work: An analysis using the job quality framework. Publications Office of the European Union.
14. Estry-Béhar, M., Van der Heijden, B., Fry, C., & Hasselhorn, H. M. (2008). Violence risks in nursing: Results from the European NEXT study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107–114.
15. Fidalgo, A. M., & Piñuel, I. (2004). La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 16(4), 615–624.
16. Frankl, V. E. (1991). El hombre en busca de sentido. Herder.
17. Goffman, E. (1961). Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Anchor Books.
18. Gómez-Urquiza, J. L., Aneas-López, A. B., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E180–E189.
19. González de Rivera, J. L. (2002). El maltrato psicológico. Espasa Calpe.
20. Hirigoyen, M. F. (2001). El acoso moral en el trabajo: Distinguir lo verdadero de lo falso. Paidós.
21. Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS). (2012). Guía de actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social sobre riesgos psicosociales. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
22. Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS). (2021). Informe anual de actuaciones en materia de riesgos psicosociales. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
23. Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS). (2022). Estadísticas de denuncias por acoso laboral en el sector sanitario. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
24. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). Estadística de profesionales sanitarios colegiados. INE.
25. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). NTP 443: Factores psicosociales: Metodología de evaluación. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
26. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). NTP 702: El proceso de acoso psicológico en el trabajo (mobbing). Ministerio de Trabajo y Economía Social.
27. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). NTP 854: Acoso psicológico en el trabajo: Definición. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
28. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). NTP 891: Intervención psicosocial en empresas con riesgos de acoso. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
29. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). NTP 944: Intervención psicosocial: Bases conceptuales. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
30. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). (2021). Manual del método COPSOQ-ISTAS21 para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales. ISTAS.
31. Jonas, H. (1979). El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Herder.
32. Kant, I. (1785). Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Alianza Editorial.
33. Karasek, R., & Theorell, T. (1990). Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books.
34. Kivimäki, M., Virtanen, M., Vartia, M., Elovainio, M., Vahtera, J., & Keltikangas-Järvinen, L. (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(10), 779–783.

35. Lévinas, E. (1991). Entre nosotros: Ensayos para pensar en otro. Pre-Textos.
36. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, núm. 269.
37. Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives: The Marmot Review. The Marmot Review.
38. Ministerio de Trabajo y Economía Social (MTES). (2020). Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2019. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
39. Ministerio de Trabajo y Economía Social (MTES). (2023). Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
40. Morán, C. (2009). Estrés, burnout y mobbing: Recursos y estrategias de afrontamiento. Psicología.com, 13(1). Recuperado de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/estrés-burnout-y-mobbing-recursos-y-estrategias-de-afrontamiento/>
41. Nussbaum, M. (2006). Las fronteras de la justicia: Consideraciones sobre la exclusión. Paidós.
42. Observatorio de Riesgos Psicosociales UGT. (2019). Informe sobre violencia y acoso laboral en el sector sanitario. UGT.
43. Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1981). Convenio núm. 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores. OIT.
44. Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2006). Convenio núm. 187 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo. OIT.
45. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. OMS.
46. Rawls, J. (1971). Teoría de la justicia. Fondo de Cultura Económica.
47. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Boletín Oficial del Estado, núm. 27.
48. Ricoeur, P. (1990). Soi-même comme un autre. Éditions du Seuil.
49. Sánchez, J. A. (2015). Del asistencialismo al humanismo: Ética y cuidado en las profesiones sanitarias. Editorial Académica Española.
50. Weil, S. (1949). Echar raíces. Trotta.