

CONDUCTAS DISRUPTIVAS

Cómo afectan la seguridad de los pacientes

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

El término disruptivo/a es un adjetivo que proviene del inglés “disruptive”. El Diccionario de la Real Academia lo define como aquello que produce una ruptura brusca. Aplicado al ámbito de la salud, las conductas disruptivas son un conglomerado de conductas inapropiadas por parte de los médicos y otros profesionales de la salud que obstaculizan la marcha normal de la atención: falta de cooperación y adherencia a las normas, mala educación, provocación, agresividad, boicot permanente a los intentos de mejora, etc. (1) -Ver Cuadro 1-

Tal vez, una de las principales causas de la falta de progresos evidentes en la prevención de daños evitables no sea la falta de conocimientos o de recursos, sino una cultura disfuncional que se resiste al cambio. Una cultura marcada por las prerrogativas individuales de los médicos, la autorregulación y la autonomía, valores muy arraigados desde la misma formación médica y que pueden llevar a conductas irrespetuosas. En la opinión de Lucian Leape, uno de los padres fundadores del movimiento por la seguridad de los pacientes, las conductas disruptivas son la “causa raíz” de esta cultura disfuncional. Las mismas impregnan el sistema de salud e impiden el progreso en seguridad de los pacientes, siendo esta falta de avance también un subproducto de esta cultura. (2)

El comportamiento irrespetuoso amenaza la cultura organizacional y la seguridad del paciente de muchas formas.(2) A veces, la sensación de superioridad de algunos médicos puede llevar a tratar al personal de enfermería irrespetuosamente, creando una barrera para la comunicación abierta y el feedback, que son esenciales para una atención segura. Otras, es el sentimiento de autonomía lo que determina la

resistencia a seguir prácticas seguras, resultando en daño al paciente. Las faltas de respeto imposibilitan la creación y el mantenimiento de vínculos sociales saludables y socavan el trabajo en equipo necesario para mejorar la práctica. El tratamiento displicente a los pacientes o sus familias perjudican la comunicación y la participación de estos últimos como “socios” de una atención segura.

Además de su impacto tóxico sobre la seguridad del paciente, las conductas disruptivas afectan muchos otros aspectos de la atención. La calidad sufre cuando los prestadores no trabajan en equipo. Este tipo de actitudes influye sobre la satisfacción del trabajo diario y es una de las principales causas de burnout y renuncias en establecimientos de salud. (3)

Las faltas de respeto envenenan la salud de la colegialidad y la cooperación, disminuyen la moral e inhiben la transparencia y el intercambio. Son una de las principales barreras para que las instituciones de salud se transformen en centros integrados, colaborativos y centrados en el paciente. Si bien estas actitudes son nocivas por muchas razones, son sus efectos sobre el bienestar y la seguridad de los pacientes los que determinan la necesidad de su abordaje urgente. En términos sencillos, una organización que estimula y tolera conductas irrespetuosas es insegura para su pacientes y hostil para sus trabajadores. Y, si bien estas conductas no son privativas de los profesionales médicos, son éstos quienes dominan la cultura y establecen el tono. (2) Por ello, este artículo hace foco en las actitudes de los médicos, sin desconocer que otros profesionales de la salud pueden tener actitudes similares.

Cuadro 1. Ejemplos de Conductas Disruptivas

Palabras inapropiadas

- Lenguaje ofensivo, irrespetuoso, insultante, peyorativo o abusivo.
- Culpar a otros por evoluciones desfavorables.
- Comentarios degradantes o intimidación.
- Discusiones inapropiadas con pacientes, miembros de la familia, personal o colegas.
- Falta de cortesía. Groserías.
- Violación de límites con los pacientes, miembros de su familia o personal de la salud.
- Comentarios negativos y gratuitos sobre la atención de un colega.
- Criticar severamente o censurar a los colegas o personal en frente de los pacientes, visitantes o staff.
- Ataques de ira.
- Conductas que otros describirían como “bullying” (acoso)
- Comentarios desconsiderados e insensibles acerca de la condición médica, aspecto o situación de un paciente.
- Bromas o comentarios no clínicos sobre el status racial, religioso, orientación sexual, edad, aspecto físico, educación o nivel socioeconómico de los pacientes.

Acciones/Inacciones inapropiadas

- Lanzar o romper objetos.
- Negativa a cumplir con estándares de práctica conocidos y universalmente aceptados, cuando dicha negativa imposibilita que el personal o colegas brinden una atención de calidad.
- Utilización de amenazas o de fuerza física injustificada con pacientes, miembros de su familia, personal de salud o colegas.
- Repetidas falta de respuesta a los llamados o pedidos de información o bien retrasos constantes para responder a pedidos de ayuda (cuando se encuentra de guardia o se espera que esté disponible)
- Quejas repetidas e injustificadas acerca de un colega.
- Falta de colaboración con el resto del equipo de salud.
- Creación de barreras rígidas o inflexibles ante pedidos de asistencia/cooperación.

Fuente: College of Physicians and Surgeons of Ontario. Ontario Hospital Association. Guidebook for Managing Disruptive Physician Behavior. Toronto, Ontario, Canada: College of Physicians and Surgeons of Ontario; 2008

Conductas disruptivas. Definición y reconocimiento

Para poder modificar actitudes, los médicos y otros profesionales de la salud deben ser conscientes acerca de qué constituye una conducta disruptiva. Para ello, sirve valernos de definiciones que se han adoptado en

otras latitudes pero que pueden aplicarse perfectamente a nuestro medio. La American Medical Association, en su código de conducta del año 2010 describe a la conducta disruptiva como aquella que se caracteriza por un “patrón de conducta crónico o habitual que crea un ambiente hostil, cuyos efectos tienen serias implicancias en la calidad de atención y seguridad de los pacientes.” (4) La definición incluye las

conductas abusivas, incorporando dentro de estas distintas formas de acoso, incluyendo el sexual, y conductas verbales o no verbales que dañan o intimidan a otros al extremo de comprometer la calidad y seguridad de la atención médica.

El término “conducta disruptiva” ha recibido no pocas críticas, fundamentalmente referidas a su ambigüedad, ya que este tipo de conductas pueden aparecer en el contexto de una relación que ya se encuentra alterada temporariamente por la conducta irrespetuosa de un paciente o de su familia. Respondiendo a estas críticas, la Joint Commission revisó su definición de “conducta disruptiva” en el año 2012, definiéndola como “Conductas o actitudes que socavan la cultura de seguridad”.(5) Vale decir que ya en el año 2009, el mismo organismo había incorporado este tema como un estándar de acreditación, con dos elementos a evaluar en todas las organizaciones: (6)

- Estándar: El hospital/organización tiene un código de conducta escrito que define las conductas aceptables y las conductas disruptivas e inapropiadas.
- Estándar: Los líderes crean e implementan un proceso para manejar conductas disruptivas e inapropiadas.

Se debe también diferenciar entre lo que es un episodio disruptivo aislado, cometido por un profesional probablemente exhausto y que nunca se había comportado de ese modo, de los profesionales disruptivos, con un patrón de conducta aberrante habitual. (7) -Ver Cuadro 2 –

A pesar de estas definiciones y de los numerosos ejemplos, los cirujanos en particular no parecen llegar a un consenso acerca de qué conductas deben considerarse como disruptivas. Cuando 110 cirujanos de un sistema de hospitales fueron encuestados acerca de nueve conductas que habían sido identificadas como disruptivas por varias organizaciones nacionales de los Estados Unidos, sólo cuatro de estas conductas fueron calificadas como disruptivas por la mayoría de los cirujanos.(8) Esto representa un problema, porque es precisamente en el grupo de cirujanos de todas las especialidades donde este patrón de comportamiento es más habitual.

Magnitud del problema

La magnitud de este problema no debe ser subestimada. Si bien la mayoría de los médicos tratan a las personas (colegas, personal de salud y pacientes) con respeto la mayoría del tiempo, algunos pocos no lo hacen. Distintos estudios demuestran que las conductas intimidantes y disruptivas en las organizaciones de salud no son raras. Una reciente encuesta mostró que dos de cada tres médicos norteamericanos reportaron haber sido testigos de conductas disruptivas por parte de colegas, tanto en la atención de los pacientes como en las relaciones colegiadas por lo menos una vez al mes. Uno de cada nueve médicos reportó haber visto conductas disruptivas todos los días.(9) Otra encuesta sobre intimidación llevada a cabo por el Institute for Safe Medication Practices encontró que el 40% del personal clínico se mantiene en una actitud pasiva frente a conductas abusivas e intimidantes de médicos que se comportan de esa forma habitualmente.(10) Otras encuestas, como la realizada en el año 2009 por el American College of Physician Executives a más de 2100 profesionales (médicos y enfermeros) son coincidentes: El 30% respondió que observaban conductas irrespetuosas semanalmente y el 10% todos los días. Los insultos y comentarios denigrantes fueron las conductas disruptivas más frecuentes (85%), seguidas por los gritos (73%) (11).

Las conductas disruptivas parecen ser más frecuentes en especialidades y áreas de alto stress: cirujanos generales, neurocirujanos, cirujanos cardiovasculares, traumatólogos, obstetras y emergentólogos. (12)(13)

Conductas disruptivas manifiestas y encubiertas. Clasificación

Las actitudes disruptivas pueden ser evidentes y manifiestas o insidiosas y sutiles. El rango de conductas va desde ataques de ira y posturas agresivas a patrones mucho más imperceptibles. Las primeras son infrecuentes porcentualmente, pero lamentablemente demasiado familiares para los médicos y enfermeras de cualquier centro de salud. Las segundas, mucho más comunes, se encuentran tan arraigadas en la práctica de todos los días que son generalmente aceptadas como conductas normales y no son reconocidas como disruptivas per se. (14) (15) (16)

Cuadro 2. ¿Episodio disruptivo o Profesional disruptivo?

Las siguientes descripciones son simples y pueden ser útiles para que los líderes médicos y administrativos puedan evaluar si el profesional acusado de una conducta disruptiva es un verdadero profesional disruptivo o es sólo el responsable de un episodio disruptivo.

Profesional Disruptivo

- La conducta es una ocurrencia frecuente
- La conducta es la típica respuesta del profesional
- El profesional no reconoce la naturaleza inaceptable de su conducta

Episodio Disruptivo

- La conducta es una ocurrencia infrecuente
- La conducta no se condice con el carácter habitual del profesional
- El profesional reconoce y asume la responsabilidad por su conducta inaceptable

Fuente: Veltman L. Revisiting the disruptive Physician: a continuing threat TO Healthcare. Presented at New World, New Approaches; 2005 Oct 17-20. American Society for healthcare Risk Management, Orlando (FL)

Basándose en su experiencia colectiva, un grupo de investigadores de la Escuela de Salud Pública de Harvard, liderados por Lucian Leape, propuso en 2012 una clasificación de estas conductas en seis tipos distintos: (2)

1. Conducta disruptiva manifiesta
2. Tratamiento humillante y degradante a enfermeras, residentes y estudiantes
3. Conducta pasiva-agresiva
4. Falta de respeto pasiva
5. Tratamiento displicente a los pacientes
6. Falta de respeto sistémica

La mayoría de estas conductas probablemente sean universales y claramente aplican a muchos centros de salud de nuestro país. Resumiremos a continuación la descripción que realizaron los investigadores de cada categoría.

1. Conducta disruptiva manifiesta

Si bien la mayoría de los observadores concuerdan en que sólo entre el 5% y el 6% de los médicos caen en esta categoría, la influencia negativa de esta pequeña minoría es muy grande y sobrepasa ampliamente lo que

podría esperarse de acuerdo al número de profesionales involucrados.

Las acciones disruptivas manifiestas incluyen ataques de ira, “rabietas”, amenazas verbales, gritos, groserías, y la amenaza - o incluso la utilización- de la fuerza física. Arrojar o romper objetos son otras formas de conductas disruptivas, como también lo es cualquier contacto físico o de naturaleza sexual no deseado. La conducta disruptiva puede estar dirigida a cualquiera: enfermeras, colegas, residentes, estudiantes, personal de guardia, administradores hospitalarios e incluso pacientes y familiares.

Se incluyen en esta categoría la utilización de un lenguaje vulgar, irrespetuoso, insultante o abusivo; discusiones a los gritos e inapropiadas; comentarios degradantes o intimidación y el culpar a otros por evoluciones desfavorables.

La violación de los límites físicos y el acoso sexual también se incluyen en este grupo, junto a los comentarios negativos innecesarios sobre la atención de un colega o la censura del mismo frente a pacientes, visitantes o el resto del personal. También entran en esta categoría otras formas de acoso (“bullying”),

comentarios insensibles sobre la condición médica, el aspecto o la situación de un paciente y las bromas o comentarios no clínicos sobre su status racial, religioso, sexual o socioeconómico.

2. Tratamiento humillante y degradante a enfermeras, residentes y estudiantes

Los patrones de tratamiento degradante o humillante a subordinados, particularmente a enfermeras, residentes y estudiantes son mucho más comunes que las conductas disruptivas manifiestas.

El abuso a las enfermeras por parte de los médicos tiene, al menos en los Estados Unidos, una larga historia. Veinte años atrás, Cox reportó acerca del alto índice de abuso verbal con el personal de enfermería y sus efectos negativos.(17) (18) Una revisión reciente de la literatura producida desde el año 2000 sobre el trato abusivo a enfermeras arrojó 10 estudios científicos en los EE.UU.(19) Un gran porcentaje de enfermeras/os reportaron haber experimentado conductas abusivas o disruptivas, y en cuatro de estos trabajos, más del 90% de las enfermeras indicaron que habían sido víctimas de este tipo de abuso. En un estudio de gran escala, el 31% de las enfermeras manifestaron conocer a una enfermera que había renunciado al hospital a consecuencia de conductas disruptivas por parte de los médicos. (19)

En los hospitales y centros universitarios, son los estudiantes de medicina quienes se encuentran en el escalón jerárquico más bajo, siendo muy vulnerables a los malos tratos por parte del personal de salud de planta. Dentro de estos se describen el abuso verbal o físico, el menosprecio, la humillación, el acoso, la intimidación, la explotación o simplemente el ignorar su presencia. El personal médico, de enfermería o los residentes pueden hacerlos sentir insignificantes o “de paso”. Las encuestas anuales de la Association of American Medical Colleges muestran que entre el 14% y el 17% de los estudiantes que se gradúan han sido sometidos o han presenciado alguna forma de maltrato. (20) Sin embargo, otros estudios y discusiones informales con estudiantes sugieren que la prevalencia de maltrato a estudiantes es aún mayor. Reportes recientes, que muestran que el 53% de los estudiantes norteamericanos experimentan “burnout” y que el 14% sufre depresión clínica significativa,(21) parecen indicar

que el ambiente de muchos de los centros académicos y escuelas de medicina norteamericanos es muchas veces hostil y bastante tóxico. La mayoría de las faltas de respeto a estudiantes no son reportadas por éstos por temor a represalias. Sin embargo, cuando este tipo de conductas sí son reportadas, los estudiantes observan que la institución no toma ninguna medida correctiva, enviando el mensaje de que se tolera, cuando no se celebra, este tipo de conductas.

3. Conducta pasiva-agresiva

La conducta pasiva-agresiva se define por un patrón de actitudes negativas y una resistencia pasiva a las normas que velan por un desempeño adecuado.(22) Incapaces de expresar su insatisfacción o enojo de una manera positiva y saludable, los individuos pasivos-agresivos dañan a otros mediante acciones que pueden parecer normales en la superficie. Tienden a ser irrazonablemente críticos de la autoridad y suelen culpar a otros por sus errores. Frecuentemente se quejan de que no son comprendidos o de que son tratados de manera injusta.

La conducta pasiva-agresiva incluye la negativa a realizar tareas o bien su realización de manera tal que busca molestar o incomodar a otros. Bajo un pretendido halo de inocencia, estas personas no escatiman esfuerzos para que los colegas o el personal subordinado queden mal parados. No cumplen con lo acordado y deliberadamente retrasan su respuesta a los llamados o pedidos de interconsulta, cubriendo estas demoras con excusas. Suelen hacer comentarios negativos sobre el lugar donde trabajan y sobre sus colegas. Las características definitorias de la agresión pasiva son la ira oculta, el negativismo y los intentos para causar daño psicológico. Los investigadores de Harvard no encontraron estudios que cuantifiquen este tipo de actitudes, pero en sus entrevistas encontraron un gran consenso entre los profesionales acerca de que este tipo de conductas no son raras.

4. Falta de respeto pasiva

La falta de respeto pasiva es común; consiste en una variedad de conductas no cooperativas que, a diferencia de la categoría anterior, no son malintencionadas ni encuentran su origen en enconos reprimidos. Ya sea por

apatía, burnout, frustración situacional u otras razones, los profesionales que incurren en esta falta de respeto pasiva llegan crónicamente tarde a las reuniones, responden perezosamente a los llamados, no escriben en las historias y no colaboran con el resto del equipo. Suelen resistirse a cumplir con prácticas seguras, como el lavado de manos, los checklists y las pausas para verificar seguridad, pese a que la racionalidad de estos procedimientos ha sido suficientemente descripta. Declinan de participar de iniciativas de mejoras de calidad y, si lo hacen, son indiferentes y pobres jugadores de equipo. Todas estas actitudes son una manifestación del poco respeto que le merecen los otros, la institución donde trabaja y la opinión de expertos.

Esta conducta no suele ser percibida como disruptiva por los colegas, quienes tienden a aceptar como un hecho de la vida que algunas personas son “difíciles”.

5. Tratamiento displicente a los pacientes

De manera similar a lo que ocurre con las otras categorías, se carece de datos sobre la incidencia de este problema, pero abunda la evidencia anecdótica en la forma de relatos de pacientes acerca del tratamiento irrespetuoso, degradante o displicente por parte de algunos médicos. Los pacientes pueden describir la forma en la que son tratados de distintas maneras: “Me trata como si fuera un idiota”; “Me hace sentir que le estoy haciendo perder el tiempo”; “No responde a mis llamados”; “Me ignora en las recorridas”; “Habla sobre mí pero no a mí”; “Está claro que no le gustan las personas que hacen preguntas.”

Esta conducta no sólo viola una obligación fundamental de los médicos como lo es el brindar apoyo y consuelo, sino que puede ser devastadora para pacientes ya de por sí aprehensivos. Raramente estos últimos presentan una queja formal acerca de estas actitudes pero, a medida que se expanden las encuestas de satisfacción y de calidad, estos sentimientos comienzan a ser capturados de una manera más sistemática. (23)

El tratamiento displicente y el ninguneo no se limita a los pacientes. Algunos médicos tratan a todos con desdén, haciendo imposible la comunicación y la colaboración. Sin embargo, como los pacientes son muy

dependientes de sus médicos para su bienestar, ellos son especialmente vulnerables al trato displicente.

6. Falta de respeto sistémica

Muchas características del sistema de salud se encuentran tan profundamente arraigadas que son dadas por hecho y no son reconocidas como una falta de respeto. Un ejemplo clásico es el tiempo de espera. Todos – pacientes, médicos, enfermeras, empleados y administrativos- parecen aceptar el hecho de que los pacientes deben esperar por los servicios. ¡No en vano las áreas de recepción se denominan “Salas de Espera”! Hacer que una persona espere demasiado, sin embargo, es una clara señal de que el médico considera que su tiempo es más valioso que el de sus pacientes.

Los médicos son también víctimas de un sistema de turnos que no respeta su tiempo. Las demandas de productividad y el acortamiento del tiempo de la consulta ambulatoria, características de nuestros días, determinan que para tener el tiempo adicional necesario con un paciente, el próximo paciente (y los subsecuentes) deban esperar. Este tipo de asignación de turnos demuestra una falta de respeto institucional por el médico y por el paciente, ignorando que el primero necesita tener el tiempo necesario que le permita hacer un trabajo profesional. La naturaleza innecesaria de la espera resulta evidente a partir del éxito que han tenido muchas instituciones (policonsultorios, hospitales, centros quirúrgicos y aún guardias de emergencias) que decidieron abordar activamente el tema reestructurando y racionalizando el flujo de pacientes con marcada reducción e incluso eliminación de la espera. (24)(25) Aún cuando los sistemas fracasan y las emergencias generan demoras, la disculpa por el inconveniente demuestra respeto.

Un ejemplo más grave de la falta de respeto sistémica son las condiciones de trabajo hostiles, las cuales están tan universalmente arraigadas que son tomadas como “normales”. Excesivas horas de trabajo, falta de sueño y sobrecarga de pacientes son causas conocidas de errores y de daño a los pacientes.(26)(27)(28) Requerir que los médicos, sobre todo los residentes, médicos de guardia y enfermeras trabajen bajo estas condiciones no sólo significa una falta de respeto y consideración por su bienestar y seguridad -hay mayor tasa de

accidentes de tránsito en estos grupos, al regresar del trabajo- (29), sino que viola su derecho a trabajar bajo condiciones que no aumenten la posibilidad de que dañen a sus pacientes. Y, por supuesto, no se respeta a los pacientes cuando deliberadamente se los expone a un mayor riesgo de sufrir eventos adversos.

Las instituciones de salud tampoco demuestran respeto por sus enfermeras y trabajadores cuando no garantizan su seguridad física tomando las medidas necesarias para evitar, por ejemplo, accidentes punzocortantes y lesiones lumbares. El hecho de que estos eventos sean generalmente aceptados como riesgos habituales del trabajo ilustra hasta qué grado la falta de respeto se encuentra institucionalizada en muchos hospitales.

A nivel de los pacientes, una de las formas más graves de la falta de respeto sistémica y encubierta es la falta de interés en que el paciente participe y esté informado sobre su atención. El no brindar las razones para los estudios, no explicar qué significan los resultados, no aclarar las opciones para el diagnóstico y tratamiento y, más importante aún, los riesgos y beneficios de cada opción, son una violación a su derecho a estar informado y una falta de respeto a su capacidad de comprender y de decidir. La toma de decisiones compartidas no es sólo una buena idea; es una señal de respeto.

Abundan también otras formas menores de faltas de respeto sistémicas, desde hacerle llenar fichas y formularios a los pacientes con pedidos de información que ya se encuentra en el sistema, pasando por la falta de un adecuado saludo por parte de los profesionales, presentándose y diciendo “por favor” y “gracias” cuando corresponda. El trato a los pacientes de manera confianzuda sin su autorización, apelando a términos como “abuela”, “mami” o “dulce” puede también ser interpretado como una falta de respeto. Estos términos infantilizan al paciente y son una muestra innecesaria del poder diferencial del médico en la relación.

Tal vez la forma más seria de falta de respeto sistémica sea no admitir los errores y explicar claramente qué es lo que pasó y eventualmente disculparse ante daños que pudieron ser evitados. Se debe respetar el derecho del paciente a saber todo lo relativo a su atención. Mentirle es probablemente la falta de respeto más grave que se pueda cometer.

Los efectos de las conductas disruptivas; ¿Por qué son un problema?

No caben dudas de que las conductas disruptivas representan una amenaza seria para la seguridad de los pacientes. Estas actitudes inhiben la colegialidad y cooperación necesarias para trabajar en equipo, cortan la comunicación, disminuyen la moral y dificultan la implementación y el cumplimiento de nuevas y mejores prácticas. (2)

Las conductas humillantes, degradantes o difamatorias tienen efectos muy negativos sobre el destinatario de la agresión, tanto inmediatos como de largo plazo. Apenas ocurrida la humillación, el destinatario suele experimentar una mezcla de sentimientos muy intensos: temor, ira, vergüenza, confusión, incertidumbre, aislamiento, inseguridad, frustración y depresión. Estos sentimientos afectan significativamente su capacidad de pensar con claridad, haciendo mucho más probable la ocurrencia de un error en la toma de decisiones o en su desempeño. Además, la intimidación puede llevar a esta persona acometer un acto inseguro. (30)

Las consecuencias a largo plazo de estas conductas intimidantes surgen de la respuesta del destinatario de la agresión, la cual no deja de ser muy racional: evitar a la persona que lo maltrata. Para un residente o una enfermera, esto puede traducirse en la renuencia a consultar a ese médico para clarificar una indicación, o por distintas preocupaciones clínicas que no son de vida o muerte. En estos casos, pueden llegar a desviar su atención del paciente como una forma de autoprotección. Cuando la comunicación en el equipo de salud se encuentra limitada a lo que estrictamente necesario, el que sale perdiendo es el paciente, que puede ser sufrir retrasos o errores en su diagnóstico y tratamiento.

Otra de las víctimas de las conductas disruptivas es el trabajo en equipo. El mismo requiere la confianza mutua y el respeto entre todos sus miembros. Aún las desconsideraciones más leves, como no aprenderse los nombres de las personas, llegar tarde a las reuniones o pretender un tratamiento diferencial, son perjudiciales para el trabajo en equipo.(31) El mismo resulta esencial para el manejo de pacientes con enfermedades

múltiples o complicadas. Es también la piedra angular de una asistencia segura. Las prácticas de seguridad más efectivas, como la aplicación de un paquete de medidas en la inserción de vías centrales o la utilización de un listado de verificación de seguridad en la cirugía, requieren, para tener éxito, del trabajo fluido y aceitado de muchas personas. Si el médico no es un jugador de equipo constructivo, los esfuerzos del equipo fracasan y los pacientes sufren las consecuencias. Por estas razones, las habilidades interpersonales y el trabajo en equipo son una de las competencias básicas que deben adquirir los médicos en formación según los nuevos programas de las residencias norteamericanas y canadienses.

Como se mencionó, es la falta de respeto lo que subyace en la falta de cumplimiento de algunos médicos de prácticas seguras. La falta de respeto a la organización en la que trabajan y a la opinión experta de otros llevan a muchos médicos a desobedecer normas y procedimientos con los cuales no concuerdan, como el requisito de lavarse las manos antes de tocar a un paciente o de realizar una “pausa” para verificar que todo esté bien antes de iniciar una cirugía.

Las conductas disruptivas son también una barrera para mejorar la seguridad de los pacientes. La mayoría de los esfuerzos en esta área se han focalizado en la implementación de nuevas prácticas de seguridad con evidencia científica. Tanto esta implementación como el desarrollo de nuevas prácticas requiere de la colaboración entre todos los miembros del equipo. Si los médicos no participan constructivamente de dichos esfuerzos, el progreso es virtualmente imposible.

El trato de los pacientes y sus familiares también pueden ser muy peligrosos para su seguridad. Los comentarios inapropiados, la displicencia o las actitudes intimidantes de algunos médicos pueden hacer que los pacientes o sus familias sean poco comunicativos y reacios a brindar información, impidiéndoles el acceso a datos que sólo ellos pueden brindar acerca de sus síntomas, complicaciones, tratamiento o fallas del sistema. Aún ante problemas menores, virtualmente todos los pacientes tienen algo de temor y ansiedad cuando interactúan con el sistema de salud. Los médicos, enfermeras y demás profesionales tienen el poder para reducir esta angustia de manera sustancial siendo empáticos y comprensivos. Por el contrario, también tienen el poder para aumentarla

significativamente, ignorando las preocupaciones del paciente o de su familia o tratándolos con indiferencia y desdén. Estos temores se magnifican luego de una complicación médica, sea o no causada por un error. Los pacientes pueden sentirse devastados si sus médicos no son abiertos, honestos y comprensivos de su situación.

Posibles causas de las conductas disruptivas

Las conductas disruptivas resultan de múltiples factores, relacionados tanto con el individuo (endógenos) como con el ambiente en donde trabaja (exógenos)

Factores endógenos

Ciertas características de personalidad se encuentran más asociadas con este tipo de actitudes. Muchas de ellas se asocian con amenazas a la autoestima. La autoestima es especialmente importante para los médicos. Está íntimamente relacionada con la percepción que tienen de su propia competencia y reputación. Como invierten mucho tiempo y energía para ser competentes y alcanzar el éxito profesional, los médicos suelen ser muy sensibles a cualquier situación que pueda amenazar su autoestima. Cuando la misma se encuentra amenazada, pueden reaccionar con conductas interpersonales destructivas como una forma de restablecer su dominio profesional. Estas reacciones pueden manifestarse de diferentes maneras: (2)

Narcisismo:

El tiempo y la energía necesarios para triunfar profesionalmente en medicina requieren de un alto grado de compromiso individual, lo que en algunas personas puede acentuar rasgos de carácter narcisista. Los individuos narcisistas suelen creer que se encuentran por encima de las reglas, regulaciones, estándares de conducta y etiqueta social, actuando como una clase privilegiada. Suelen creer que sus ideas son especiales y tienen poca tolerancia hacia las personas que consideran “comunes”. Sienten el trato privilegiado como un derecho adquirido y suelen ser insensibles a los sentimientos y necesidades de otras personas. Banja (32) ha acuñado el término “narcisismo médico” para reflejar su observación de que algunos aspectos del narcisismo, como la autoestima elevada y

los sentimientos de superioridad, autoridad, perfeccionismo y egocentrismo son muy comunes entre los médicos. Para algunos, sobre todo para los especialistas de alta complejidad, estas características pueden incluso ser necesarias para poder sobrellevar la alta presión a la que se encuentran sometidos, permitiéndoles preservarse en un ambiente demandante y estresante. Probablemente sean estos sentimientos los que hagan tan difícil que los médicos revelen sus errores y se disculpen por ellos.

Inseguridad y ansiedad:

Algunos médicos son particularmente propensos a la inseguridad y ansiedad que produce su preocupación por saber si están a la altura del desafío de la práctica de la medicina. Sobre todo cuando se encuentran sobrecargados o estresados, aquellos médicos que no confían en sus capacidades pueden reaccionar culpando a otros cuando las cosas salen mal o bien realizando comentarios degradantes o hipercríticos.

Depresión y abuso de sustancias:

Los médicos, enfermeras y profesionales de la salud se encuentran expuestos a las mismas enfermedades físicas y mentales que la población general. Se estima que la mitad de las quejas presentadas a los colegios profesionales de los EE.UU por conductas disruptivas se relacionan con abuso de sustancias, trastornos bipolares, depresión, esquizofrenia o trastornos delirantes.(33)

Distintas encuestas demuestran que los médicos tienen mayores niveles de depresión y una tasa de suicidios superior a la de la población general.(34) Esta depresión puede ser el resultado de cuestionamientos (propios y ajenos) sobre su competencia profesional, culpándose a sí mismos por su propia ineptitud, real o imaginaria. Además de ser hipercríticos consigo mismas, las personas deprimidas suelen ser también hipercríticas de los demás, llevándolas a actitudes como las descriptas previamente. Las enfermedades mentales o físicas graves pueden determinar que la conducta disruptiva del profesional sea imposible de manejar. Sin embargo. Las conductas que se relacionan con causas transitorias como cansancio, sobrecarga de trabajo o stress en la vida personal suelen responder bien al apoyo de los colegas, amigos y familia. (35)

Agresividad:

Las personas muy agresivas disfrutan el combate y la confrontación, suelen tener mal genio y se reconfortan cuando pueden acosar a otras personas como una forma de defensa contra la impotencia generada por sus propios fracasos profesionales, la cual gatilla conductas agresivas. Las personas agresivas pueden encontrar que su conducta es mejor tolerada en el ambiente de la salud que en otros lados. Algunos hospitales incluso parecen premiar estas actitudes. (36)

Victimización previa:

Muchos médicos han sufrido en carne propia el modelo autocrático y de patrones de conducta dominantes en la facultad de medicina y durante su residencia. Aquellos que han tenido malas experiencias y han sido acosados, burlados o humillados durante sus años de formación, pueden quedar traumatizados, guardando en el subconsciente conductas imitativas. Su reacción ante el stress puede ser el acoso, reflejando experiencias tempranas.

Factores exógenos

Los factores exógenos son aquellas características del lugar de trabajo que facilitan las conductas disruptivas. La cultura de una institución - "la forma en la que hacemos las cosas acá"- define lo que son conductas aceptables o inaceptables. A su vez, esta cultura recibe las influencias de las costumbres y valores de la sociedad en su conjunto. Una sociedad cada vez más agresiva, en la cual la civilidad y las buenas costumbres son tomadas como debilidad y como una invitación a la explotación. Esta tendencia es obvia en los medios, en la literatura y en las conversaciones diarias; Cierta tono displicente y burlón ha pasado a ser un estilo de comunicación que es bien tolerado. El auge de los medios sociales como twitter y facebook ha aumentado el alcance de comentarios insultantes o degradantes que antes hubieran llegado a pocos oídos. No es de extrañar, entonces, que algo de esta amplia tolerancia de la sociedad por la falta de respeto se haya derramado sobre el ámbito de la salud.

Además de esta aceptación social de la falta de respeto, la cultura de la atención de la salud presenta algunos rasgos que facilitan la aparición de conductas disruptivas. Uno de estos rasgos es su naturaleza

jerárquica. La falta de respeto, que se encuentra íntimamente relacionada al estatus que ocupa el profesional en la pirámide, suele fluir hacia abajo, no hacia arriba. Los residentes raramente le faltan el respeto a los médicos de planta y estos a su vez no lo hacen con sus jefes. Tampoco las enfermeras suelen faltarle el respeto a sus supervisoras. El temor a represalias siempre está presente en estos casos. Esto no quiere decir que lejos del alcance de sus oídos realicen cualquier tipo de comentario despreciativo. Las faltas de respeto pueden de hecho reafirmar el estatus de la persona que las comete, la cual suele ser muy consciente de las consecuencias que tiene sobrepasarse con sus superiores. En un ambiente de jerarquías rígidas, la capacidad de faltarle el respeto a otros con impunidad es una medida de estatus. Por ello, suele tolerárseles a los jefes de servicio y cirujanos “estrella” conductas que no son admitidas en niveles jerárquicos más bajos.

Pero tal vez el mayor factor exógeno que conduce a conductas disruptivas sea el ambiente estresante de los hospitales modernos, particularmente de los más grandes, donde mucha gente trabaja durante una excesiva cantidad de horas, con una sobrecarga de trabajo poco razonable, experimentando múltiples demandas sobre su tiempo y su psiquis. El burnout es común, no sólo en los médicos, sino también en otros profesionales de la salud. El estrés en el trabajo genera ansiedad y depresión, llevando a las personas a ensimismarse, acentuando las conductas egocéntricas y disminuyendo la empatía y el interés por cooperar. En estas situaciones el individuo busca naturalmente alguien a quien culpar por lo que parece ser una situación sin solución.

El ambiente estresante de las organizaciones de salud tiene múltiples causas, pero una de las principales es la excesiva presión de producción. El modelo prestacional actual exige un gran volumen de prestaciones para ser rentable. Los ingresos del médico y de la institución dependen de la cantidad de pacientes atendidos. Las consultas externas cada vez más cortas, el acortamiento de la estadía hospitalaria y los procedimientos cada vez más complicados y peligrosos determinan que el personal se desempeñe en el límite de su posibilidad y competencia. Esta presión se traduce muchas veces en una falta de continuidad en la atención, quedando muy poco tiempo para la cortesía y el respeto, elementos esenciales para una buena atención de los pacientes y

para la creación de un clima de trabajo confortable y humano.

Además de la presión de producción, los médicos se enfrentan a requerimientos de documentación cada vez más complejos y a crecientes demandas para que se involucren en actividades de mejora de calidad y seguridad de los pacientes, sin otorgársele el tiempo ni la compensación necesarios. A esto se suma la frustración que les produce tratar de hacer que un sistema mal diseñado cumpla con las necesidades de los pacientes. Esta situación es una verdadera receta para situaciones de fastidio y exasperación, y no sorprende que desemboquen en ataques de ira y conductas disruptivas.

Muchas otras industrias, sin embargo, han sido muy exitosas en la creación de ambientes de trabajo satisfactorios y de mutuo apoyo, pese a grandes presiones de producción y a complejos requerimientos regulatorios y de documentación. Las empresas de aviación comerciales prestan mucha atención a las horas de trabajo y a la sobrecarga del mismo. Los líderes de estas industrias destacan la importancia de tratar a los empleados con respeto y dignidad, proveyéndoles todos los recursos necesarios para desempeñar bien sus tareas, apreciando cualquier contribución que puedan hacer. Uno de sus principios fundamentales consiste en garantizar la seguridad física y psicológica de sus trabajadores. Este foco y preocupación por la fuerza de trabajo se encuentra ausente a todo nivel en muchas, tal vez en la mayoría, de las organizaciones de salud.

Por ejemplo, los indicadores de seguridad física en el ámbito de los trabajadores de la salud se encuentran bastante por debajo del promedio de la industria. En los Estados Unidos, el número de días perdidos por accidentes de trabajo por trabajador de la salud por año es de 2,8. Para la empresa de aluminio Alcoa, en el mismo país, el número es de 0,15 (2) La seguridad psicológica, que incluye el sentirse seguro cuando se reporta un error y el apoyo cuando las cosas salen mal, también parece ser un déficit del sector salud. Una encuesta reciente de la Agency for Healthcare Research and Quality sobre cultura organizacional, realizada en 1052 hospitales,(37) reveló que más de la mitad (56%) de los trabajadores de la salud no se sienten seguros reportando un error.

Barreras para abordar las conductas disruptivas

La reticencia de las organizaciones de salud para confrontar las prácticas disruptivas de algunos profesionales puede estar dada por alguno de los siguientes factores: (33)

- Inercia cultural
- Historia de tolerancia
- Código de silencio
- Temor a una reacción confrontacional por parte del profesional
- Jerarquía organizacional
- Conflictos de intereses
- Falta de compromiso organizacional
- Estructura o políticas inefectivas
- Falta de habilidad para intervenir.

El problema se acentúa en instituciones de régimen abierto, que dependen de médicos externos para generar sus ingresos. Tanto éstos como los administradores comprenden que las finanzas de la institución dependen en gran medida de sus derivaciones a ese centro. Como hay profesionales disruptivos que a la vez generan ganancias para la institución, no es infrecuente que los mismos tengan un trato diferencial con respecto a otros profesionales “menos importantes”.

Otras autoridades pueden temer litigios por parte de esos profesionales si se toman acciones disciplinarias, basados en presuntas conductas difamatorias.

Importancia de los códigos de conducta

La toma de acciones sobre profesionales que han sido denunciados por conductas disruptivas es problemática. Como un amplio rango de actitudes pueden ser consideradas disruptivas, y dado que las personas pueden tener diferentes niveles de tolerancia hacia conductas poco profesionales, resulta importante el desarrollo de un código de conducta escrito que aplique a todo el personal, definiendo explícitamente las conductas que resultan inaceptables (recordar Cuadro 1 de este artículo). Este código debería definir aquellas

conductas, incluyendo las que se repiten sistemáticamente, que serán pasibles de sanciones disciplinarias. La falta de claridad acerca de esto puede impedir acciones efectivas.

Como vimos, uno de los requisitos de la Joint Commission para acreditar instituciones de salud en los EE.UU es la presentación de un código de conducta escrito. Desafortunadamente, la calidad de estos códigos y su cumplimiento parecen variar considerablemente. Las instituciones que se toman en serio la creación de una cultura del respeto garantizan que sus códigos sean explícitos y los hacen cumplir consistentemente. (38) Un adecuado código refleja la visión y los valores de la organización y es una poderosa declaración de principios que la define. Toda la comunidad de la institución debería participar en el diseño de estos códigos, tanto aquellos que serán afectados por el mismo como aquellos responsables de su implementación. Los códigos de conducta exitosos son generalmente el resultado de un proceso constante y transparente llevado adelante por los distintos líderes de la organización.

Estos códigos tienen un objetivo que va más allá de la prevención de conductas disruptivas. Su propósito final consiste en establecer las expectativas de la institución y de su comunidad en todo el ámbito de las interacciones personales. Son el estándar contra el que se juzgará cualquier conducta, provenga de quien provenga. Por ello, su lenguaje debe ser claro y no ambiguo. El valor institucional que subyace en estos códigos es el derecho de todos a ser tratados con cortesía, honestidad, respeto y dignidad. Algunos códigos definen las expectativas de conducta no sólo de los empleados sino también la que se espera de las propias autoridades, quienes se comprometen a brindar un ambiente que facilite la cortesía y el respeto.

Una vez desarrollado el Código, el mismo debe ser ampliamente difundido a través de programas de capacitación que garanticen la comprensión universal y el compromiso para cumplirlo. Un punto central es que todas las personas son responsables no sólo de su propia conducta respetuosa, sino también de confrontar y eventualmente reportar a aquellos que violan el código. La aceptación de las normas de convivencia establecidas en el código mediante una firma, debería ser parte de todos los procesos de contratación y acreditación de profesionales y empleados.

La definición explícita de las conductas que violan los principios de la institución sirve para clarificar y evitar la ambigüedad. Cuando estas guías se difunden debidamente, los violadores de la norma no podrán defenderse bajo el pretexto de su ignorancia (ej: “nadie me dijo”).)

Manejo de las conductas disruptivas

Distintas organizaciones han publicado guías para el manejo de las conductas disruptivas de los médicos, otros profesionales y empleados. Las mismas sólo pueden ser efectivas si cuentan con el respaldo de los más altos niveles de la organización, quienes no solamente deben apoyarlas, sino que también deben dar el ejemplo y hacerlas cumplir. En el año 2008, la Joint Commission publicó una alerta acerca de este tipo de conductas. La misma urgía a las organizaciones de salud a tomar acciones contra este tipo de actitudes, recomendando 11 pasos que las instituciones deberían implementar para abordar activamente este problema. (6) -Ver Cuadro 3 - Los mismos incluyen la capacitación de toda la fuerza laboral acerca conductas profesionales esperadas, la responsabilidad de todos los miembros del equipo en el cumplimiento de las normas de convivencia y el desarrollo de un proceso institucional para manejar las conductas disruptivas.

No siempre la intolerancia a las conductas disruptivas implica la necesidad de una acción punitiva. Sí obliga a tomar algún tipo de acción.

Los programas de manejo de conductas disruptivas exitosos suelen tener las siguientes características en común: imparcialidad, consistencia, respuesta graduada, proceso reparador y mecanismos de vigilancia. (38)

Imparcialidad

El proceso para responder a violaciones al código de conducta debe ser percibido por todas las partes como justo e imparcial. Un código de conducta del cual algunos se encuentran exentos (los que generan grandes ingresos, los más prestigiosos profesionalmente, etc.) carece de credibilidad. La norma debe dejar claramente establecido que el código de conducta aplica para todos, independientemente del rango o la posición que ocupe en la organización. El

principio de justicia requiere además que todos los que serán afectados por la norma participen de su desarrollo a través de representantes. El proceso para responder a violaciones deberá estar escrito claramente y adecuadamente difundido. La norma puede incluir las consecuencias de la falta de adherencia al protocolo de conducta. Por último, el principio de justicia debe ofrecer al acusado la oportunidad de su defensa, explorando los hechos y los distintos elementos que subyacieron en su conducta. Este proceso abre también la posibilidad de una exoneración, sin la cual una persona inocente puede estar condenada por los rumores que circulan en cualquier organización.

Consistencia

El programa debe ser receptivo a todas las quejas, ya sean grandes o pequeñas. Las quejas más graves deben ser investigadas y el profesional involucrado debe ser notificado. Se requiere el compromiso de los líderes para vencer la tendencia natural a no reportar o tomar acciones contra profesionales con un alto estatus dentro de la organización o cuya partida, en caso de ser necesaria, afectaría la reputación o los ingresos de la institución.

Respuesta graduada

La respuesta a una queja debe ser proporcional a la naturaleza del incidente. Para una infracción única y relativamente menor, puede bastar una conversación informal iniciada por un colega de confianza. Otros episodios más graves o patrones de conductas ofensivas repetidas pueden requerir un abordaje más formal. La norma debe definir claramente este proceso: ¿Quién es responsable de dar una respuesta en cada nivel? ¿Cuándo y bajo qué circunstancias se debe iniciar una investigación? ¿Cuáles son los criterios para llevar la respuesta a un nivel superior?

Proceso reparador

El tipo de respuesta de los profesionales que se enfrentan a reportes sobre su propia conducta puede ser indicativo de su compromiso para evitar ese comportamiento en el futuro. Un médico que no se dio cuenta de la naturaleza disruptiva de su actitud, y que no tuvo la intención de agredir a nadie, puede estar arrepentido de su conducta y comprometerse a tomar los pasos necesarios para auto-corregirse. En otras instancias, la persona puede requerir capacitación y

Cuadro 3 Conductas Disruptivas. Acciones sugeridas por la Joint Commission

1. Educar a todos los miembros del personal (tanto médico como auxiliar y administrativo) acerca de la apropiada conducta profesional que se espera de ellos, definida en el código de conducta de la organización. Tanto el código como la capacitación deberían hacer hincapié en el respeto. Incluir capacitación en modales protocolares básicos (particularmente en respuestas telefónicas) y habilidades interpersonales.
2. Hacer que todos los miembros del equipo de salud asuman la responsabilidad de ser modelos de conductas deseables, haciendo cumplir el código de manera consistente y justa con todos los miembros del personal, sin distinción de jerarquías o de especialidad clínica. Debe hacerse de manera positiva, reforzando el cumplimiento de las conductas adecuadas y castigando cuando sea necesario.
3. Desarrollar e implementar políticas y procedimientos que se adecuen a la organización y que aborden :
 - “Tolerancia cero” a conductas intimidantes o disruptivas, especialmente para las formas más graves y ofensivas como agresiones y actos criminales. Incorporar esta política de tolerancia cero en los contratos de trabajo y en las normas administrativas.
 - Normas para los médicos aclarándoles que rigen para ellos las mismas obligaciones de respeto que se le exige al personal no médico.
 - Reducir el temor a represalias y proteger a aquellos que reportan o cooperan en la investigación de conductas intimidantes, disruptivas o no profesionales. Las normas sobre conductas disruptivas deben incluir cláusulas de no represalias.
 - Respuesta a los pacientes o familias que se han visto involucrados o que han sido testigos de conductas intimidantes o disruptivas. Se los debería escuchar, empatizando con sus preocupaciones, agradeciéndoles por compartir las mismas y disculpándose cuando corresponde.
 - Cómo y cuándo tomar acciones disciplinarias (como suspensión, pérdida de privilegios clínicos, rescisión de contrato, denuncia a cuerpos colegiados profesionales.)
4. Desarrollar un proceso institucional para abordar las conductas intimidantes y disruptivas, solicitando e integrando los aportes de un equipo interdisciplinario en el cual se encuentren representados los médicos, las enfermeras, los administrativos y otros empleados.
5. Entrenar las habilidades necesarias y acompañar a los jefes y líderes de la institución para la generación de un ambiente de colaboración, incluyendo capacitación sobre las técnicas necesarias para brindar feedback de conductas no profesionales y para la resolución de conflictos. Pueden utilizarse además herramientas de evaluación cultural para observar si las actitudes se modifican o no en el tiempo.
6. Desarrollar e implementar un sistema para evaluar las percepciones del personal acerca de la seriedad y la extensión de las conductas poco profesionales y del riesgo de daño a los pacientes.

7. Desarrollar e implementar un sistema de reporte y vigilancia (posiblemente anónimo) para la detección de conductas no profesionales. Incorporar la figura del ombudsmán hospitalario (representantes del paciente), a partir de la cual se pueda acceder a la importante visión del paciente o de su familia, los cuales pueden estar experimentando actitudes intimidantes o disruptivas por parte del personal de salud. Monitorear la efectividad del sistema mediante encuestas periódicas, focus groups, evaluación entre colegas y otros métodos. Disponer de variadas estrategias específicas para aprender cuando las conductas disruptivas se repiten, como por ejemplo a través de entrevistas periódicas con el personal, los supervisores y colegas.
8. Apoyar estrategias de intervención escalonadas y no confrontacionales, comenzando con “charlas de café” informales que aborden directamente el problema, pasando a planes de acción disciplinarios progresivos si la conducta se repite. Estas intervenciones deberían inicialmente ser no adversariales, con el foco puesto en la creación de confianza, en el establecimiento de responsabilidades, en la protección de la seguridad del paciente y en la rehabilitación del profesional disruptivo. Se pueden utilizar mediadores o personas especializadas en la resolución de conflictos cuando el caso lo amerite.
9. Manejar todas las intervenciones dentro del contexto del compromiso organizacional con la salud y el bienestar del personal, disponiendo de los adecuados recursos para brindar apoyo a aquellas personas cuya conducta se origina o se ve influenciada por patologías mentales o físicas.
10. Estimular el diálogo inter-profesional a través de distintos foros como una forma proactiva de abordar conflictos en curso, superarlos y avanzar a través de una mayor colaboración y comunicación.
11. Documentar todos los intentos de abordaje de las conductas intimidantes y disruptivas

entrenamiento. El objetivo del proceso es que dicha persona modifique su conducta y siga perteneciendo a la institución. Los planes de remedio deben ser explícitos, con marcadores, plazos y métodos de monitoreo claros. Las acciones disciplinarias deberían quedar reservadas para aquellos que son refractarios a todo tipo de mejora o cuya conducta es tan escandalosa que constituye una amenaza seria para la seguridad de los pacientes.

Mecanismos de vigilancia y reporte

Sin un mecanismo eficiente para identificar a los individuos con problemas, las normas y procedimientos pierden sentido. Como cualquier otro sistema de notificación de incidentes que afectan la seguridad de los pacientes, el proceso para reportar quejas sobre conductas no profesionales debe ser seguro, simple y productivo. El reporte debe ser fácil para las víctimas, quienes deben estar protegidas de represalias personales o profesionales. El temor a dichas represalias

es una de las principales barreras para el reporte. Por ello, el proceso y las protecciones deben ser ampliamente conocidos y respetados. El proceso para reportar estas actitudes debería ser especificado en detalle, incluyendo las conductas a ser notificadas y a quiénes debe dirigirse el reporte. Los mismos deberían incluir el nombre de quien reporta, el nombre de la persona cuya conducta es cuestionada, la fecha y hora del incidente, una breve descripción del mismo y los nombres de cualquier testigo del hecho. Si los incidentes van a ser adecuadamente seguidos y abordados, y si se contemplan acciones disciplinarias, puede ser imposible mantener el anonimato de quien reporta, porque la persona que está siendo acusada tiene el derecho a conocer los detalles de cualquier acusación, y la persona que conduce la investigación necesita poder consultar a ambas partes. Además de los sistemas seguros de reporte, la vigilancia debe ser proactiva, con evaluaciones integrales de desempeño anuales de todo el personal que incluyan aspectos vinculados no sólo a los conocimientos y habilidades, sino también a las

conductas profesionales. Estas evaluaciones deben estar diseñadas para recibir la opinión no sólo de su superior inmediato, sino también de compañeros de servicios y colegas con los que interactúa (lo que actualmente se conoce como “evaluación de 360 grados”). Esta evaluación, que se realiza a todo el personal y no sólo a las “manzanas podridas” permite identificar problemas de conducta y convivencia de manera temprana.

La responsabilidad de los líderes

La responsabilidad de la creación de una cultura del respeto recae sobre los líderes de la organización, porque sólo ellos pueden establecer el estilo e iniciar el proceso que llevará al cambio. Lucian Leape (38) cree que el CEO (en nuestro medio sería la persona con mayor poder: el Director Ejecutivo, Presidente, Director Médico etc.), tiene cinco tareas mayores:

1) Motivar e inspirar; 2) Establecer las precondiciones para una cultura del respeto; 3) Liderar la creación de normas respecto a conductas irrespetuosas; 4) Facilitar la participación y compromiso de los trabajadores de la primera línea; 5) Crear un ambiente de aprendizaje.

1. Motivar e inspirar

El primer paso para cambiar la cultura consiste en crear conciencia del problema, motivando a otros para que tomen acciones y acentuando el sentido de urgencia para hacerlo. Como puntualizan los teóricos de la conducta, un prerrequisito para cambiar las actitudes es la percepción de que se necesita cambiar. Ya se han expuesto en este artículo suficientes motivos que justifican esta necesidad y que pueden ser utilizados como argumentos para movilizar el cambio. Los datos locales son aún más poderosos: una encuesta institucional a empleados, enfermeras y médicos puede revelar la extensión de las conductas irrespetuosas en servicios o ámbitos específicos, lo cual puede a su vez atraer la atención de todos.

Luego, el Director Ejecutivo debe comunicar la visión de que el respeto mutuo es un valor central de la organización, expresando su compromiso para lograrlo. Todos los líderes, incluyendo los jefes de Departamento, Unidades y Servicios deberán comulgar con esta visión. El compromiso y entusiasmo de los líderes suelen ser

contagiosos y permiten establecer el tono de la institución. El final del proceso motivacional puede incluir la reformulación de la misión y visión de la institución.

2. Establecer las precondiciones para una cultura del respeto

Es más probable que el personal trate a otros con respeto si éste a su vez es tratado con consideración. Los líderes deben demostrar preocupación por la seguridad y el bienestar de su staff. Más temprano que tarde, el Nº1 de la organización debería iniciar un proceso de evaluación y revisión de las políticas y prácticas sobre horas y condiciones de trabajo, descansos, sobrecarga de pacientes y turnos, apoyo ante quejas y situaciones de violencia, etc. La atención también debería estar dirigida a minimizar los peligros físicos, como los accidentes punzocortantes o los problemas de espalda por sobrecarga de peso al movilizar pacientes. Mediante estas acciones, los líderes envían un poderoso mensaje de respeto que aumenta la moral y el compromiso de los empleados.

Durante esta fase, las autoridades institucionales deben enfrascarse en la búsqueda de soluciones para que cada trabajador sienta que es tratado con respeto, que tiene el apoyo necesario para realizar bien su tarea y que su opinión es valorada. Con sólo poner estos temas en la agenda, el líder establece el estilo que pretende para su centro y demuestra su compromiso con la visión que predica.

3. Liderar la creación de normas respecto a conductas irrespetuosas

Además de establecer el respeto como un valor central que sostiene la misión institucional, resulta importante puntualizar las expectativas de conducta. Como vimos, esto generalmente toma la forma de un código de conducta, que debería aplicar a todos los miembros de la comunidad asistencial, no sólo a los profesionales. Intrínseco al código está la toma de responsabilidad individual por las acciones propias y por su interacción con otros. El respeto mutuo, independientemente del rango, posición o estatus debe ser una expectativa explícita.

4. Facilitar la participación y compromiso de los trabajadores de la primera línea

Los códigos de conducta y el diseño de adecuados mecanismos para hacerlos cumplir son pasos esenciales, pero la creación de una cultura de respeto requiere mucho más que una norma escrita. Los líderes de la organización necesitan abordar los problemas estructurales y sistémicos expuestos que causan y promueven actitudes disruptivas (ej: un sistema jerárquico muy rígido de control, inadecuados procesos, insuficiencia de personal, ambiente estresante, etc.). Se necesita prevenir las conductas irrespetuosas eliminando sus causas. Es responsabilidad del Director Ejecutivo o del Director Médico el apoyo de estas actividades, la remoción de barreras para alcanzar estos objetivos y el establecimiento de una sensación de urgencia para cumplirlos.

5. Crear un ambiente de aprendizaje

Por último, es responsabilidad de los líderes la creación de una cultura de aprendizaje a partir de los incidentes disruptivos y errores asistenciales, priorizando la seguridad del paciente, la colaboración y el trabajo en equipo. Como muchos de los médicos más veteranos no han tenido capacitación formal en estos conceptos, los líderes deben desarrollar programas específicos de capacitación en temas básicos de seguridad: pensamiento sistémico, rediseño de procesos, comunicación y actitudes respetuosas. Esto es particularmente importante en instituciones universitarias o con residencias médicas. Como los estudiantes y residentes aprenden emulando a sus maestros, las conductas disruptivas de los médicos de planta no sólo crean sino que perpetúan un ambiente hostil. Esto debe cambiar.

Palabras finales

La creación de una cultura del respeto en el ámbito de la salud es sólo una parte del desafío mayor de crear una cultura de seguridad. Los estudios sobre organizaciones seguras en cualquier ámbito de la industria demuestran algunos patrones en común: valores compartidos de transparencia, responsabilidad y respeto mutuo. En estas organizaciones, la seguridad es una prioridad organizacional compartida por todos. Las organizaciones seguras son “organizaciones que aprenden” que

construyen una visión compartida, que tienen un pensamiento sistémico y que responden a eventos adversos y situaciones desagradables como oportunidades para mejorar y no con negación y encubrimiento. Las organizaciones altamente confiables han alcanzado un alto nivel de confianza mutua, colaboración y responsabilidad, tanto personal como institucional.

El respeto es el denominador común de todas estas conductas. Sin respeto mutuo y un propósito común, la gente no puede y no trabajará efectivamente. Bajo las conductas irrespetuosas de todo tipo subyacen las tensiones e insatisfacciones que disminuyen la alegría y la realización personal en el trabajo de muchos miembros del equipo asistencial. Ha llegado el tiempo para que las organizaciones de salud y sus líderes hagan algo para resolver este problema serio que impide avanzar hacia una verdadera cultura de seguridad.

Bibliografía

1. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Ontario Hospital Association. Guidebook for Managing Disruptive Physician Behavior. Toronto, Ontario, Canada: College of Physicians and Surgeons of Ontario; 2008
2. Leape LL; Shore MF; Dienstag JL. Et al. A culture of respect, Part 1: The nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Academic Medicine*, Vol 87, N° 7. July 2012
3. Rosenstein AH. Original research: Nurse–physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs*. 2002;102:26–34.
4. American Medical Association (AMA). Model medical staff code of conduct [online]. 2010 May 24. www.ama-assn.org
5. Joint Commission. Accreditation Standards (LD.03.01.01, EPs 4 and 5). July 1, 2012
6. Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety [Sentinel Event Alert online]. 2008, July 9 www.jointcommission.org
7. Veltman L. Revisiting the disruptive Physician: a continuing threat to Healthcare. Presented at New World, New Approaches; 2005 Oct 17-20. American Society for Healthcare Risk Management, Orlando (FL)
8. Dull DL, Fox L. Perception of intimidation in a perioperative setting. *Am J Med Qual* 2010 Mar-Apr 25(2):87-94.
9. MacDonald O. Disruptive Physician Behavior. Waltham, Mass: Quantia MD; 2011. http://www.quantiamd.com/q-qcp/QuantiaMD_Whitepaper_ACPE_15May2011.pdf
10. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Results from ISMP survey on workplace intimidation [online]. 2003 <http://www.ismp.org/Survey/surveyresults/Survey0311.asp>.
11. Johnson C. Bad blood: doctor-nurse behavior problems impact patient care. *Physician Exec* 2009 Nov-Dec;35(6):6-11.
12. Rosenstein AH, Russell H, Lauve R. Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage. Study links bad behavior by doctors to nurses leaving the profession. *Physician Exec* 2002 Nov-Dec;28(6):8-11.
13. Rosenstein AH, Naylor B. Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department. *J Emerg Med* 2012 Jul;43(1):139-48.
14. Jayasankar SJ. Bullies, bad attitudes, and misbehaviors [online]. *AAOS Now* 2009 May [cited 2012 Jul 23]. <http://www.aaos.org/news/aaosnow/may09/managing5.asp>.
15. Pfifferling JH. The disruptive physician. A quality of professional life factor. *Physician Exec* 1999 Mar-Apr;25(2):56-61.
16. Weber DO. Poll results: doctors' disruptive behavior disturbs physician leaders. *Physician Exec* 2004 Sep-Oct;30(5):6-14.
17. Cox H. Verbal abuse nationwide, Part I: Oppressed group behavior. *Nurse Manage*. 1991;22:32–35.
18. Cox H. Verbal abuse nationwide, Part II: Impact and modifications. *Nurs Manage*. 1991;22:66–69.
19. Saxton R, Hines T, Enriquez M. The negative impact of nurse-physician disruptive behavior on patient safety: A review of the literature. *J Patient Saf*. 2009;5:180–183.
20. Lucian Leape Institute Roundtable on Reforming Medical Education. *Unmet Needs: Teaching Physicians to Provide Safe Patient Care*. Boston, Mass: National Patient Safety Foundation; 2010.
21. Schwenk T, Davis L, Wimsatt L. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*. 2010;304:1181–1186.

22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition. Arlington, Va: American Psychiatric Association; 2000.
23. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems. HCAHPS Fact Sheet (CAHPS Hospital Survey). <http://www.hcahponline.org/files/HCAHPS%20Fact%20Sheet%202010.pdf>.
24. Litvak E, Bisognano M. More patients, less payment: Increasing hospital efficiency in the aftermath of health reform. *Health Aff (Millwood)*. 2010;30:76–80.
25. Haraden C, Resar R. Patient flow in hospitals: Understanding and controlling it better. *Frontiers Health Serv Manag*. 2009; 20:3–15.
26. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med*. 2004;351:1838–1848.
27. Rothschild JM, Keohane CA, Rogers S, et al. Risks of complications by attending physicians after performing nighttime procedures. *JAMA*. 2009;302:1565–1572.
28. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23:202–212.
29. Barger L, Cade BE, Ayas NT, et al. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Engl J Med*. 2005;352:125–134.
30. Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch Intern Med*. 1987;147:1653–1658.
31. Hackman J. *Leading Teams: Setting the Stage for Great Performances*. Boston, Mass: Harvard Business School Press; 2002.
32. Banja JD. *Medical Errors and Medical Narcissism*. Boston, Mass: Jones and Bartlett; 2005.
33. ECRI. Disruptive practitioners behavior. *Healthcare Risk Control. Medical Staff* 8. Supplement A. November 2012.
34. Schernhammer E. Taking their own lives—The high rate of physician suicide. *N Engl J Med*. 2005;352:2473–2476.
35. Wilhelm K, Lapsley H. . Disruptive doctors: unprofessional interpersonal behavior in doctors. *Med J Aust* 2000 Oct 2;173(7):384-6.
36. Whitemore A. The competent surgeon: Individual accountability in the era of “systems” failure. *Ann Surg*. 2009; 250:357–361.
37. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report. <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/>.
38. Leape LL; Shore MF; Dienstag JL. et al. A culture of respect, Part 2: Creating a culture of respect. *Academic Medicine*, Vol 87, N° 7. July 2012