



EDITORIAL

¿Es el respeto la clave en la seguridad del paciente?

Is respect a key factor in the safety of the patient?



M. Ballester Roca

Directora de Calidad. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

Sra. Directora:

Recientemente, el profesor Lucian Leape recogió en Barcelona el premio «Homenot Internacional» de la Fundación Avedis Donabedian. El profesor Leape está reconocido mundialmente como el líder del movimiento de la seguridad del paciente a partir de la publicación en 1994 del artículo «Error en Medicina» en el *Journal of the American Medical Association*¹. Desde entonces, su trayectoria ha estado permanentemente vinculada a promover la seguridad del paciente, participó en la elaboración de los informes del *Institute of Medicine* de EE. UU. «*To err is human*» (1999)² y «*Crossing the Quality chasm*» (2001)³. Fundó la *National Patient Safety Foundation*, y en 2007 constituyó el *Lucian Leape Institute*, que presidió hasta 2015.

En su discurso de agradecimiento por el premio, el profesor Leape sorprendió a los asistentes con una provocadora afirmación: la principal barrera para el progreso de la seguridad del paciente es la cultura de falta de respeto generalizada que existe en los hospitales. Falta de respeto hacia los otros profesionales, los pacientes y los estudiantes. Y apuntó muy específicamente al colectivo médico.

En 2 artículos publicados en *Academic Medicine* en 2012^{4,5}, el profesor Leape y sus colaboradores afirman que

en los hospitales existe una cultura disfuncional generalizada de falta de respeto que provoca resistencia al cambio.

La falta de respeto es una amenaza para la seguridad del paciente porque amenaza la cooperación esencial para los equipos de trabajo, imposibilita la comunicación, mina la moral e impide la adopción de nuevas prácticas, dificultando el trabajo en equipo que se necesita para mejorar la práctica clínica.

La gran mayoría de médicos tratan a los demás con respeto casi todo el tiempo. Pero en encuestas realizadas, 2 de cada 3 médicos han observado en alguna ocasión a otros colegas faltando al respeto a pacientes u otros profesionales como mínimo una vez al mes. Uno de cada 9 observaba comportamientos disruptivos a diario⁶.

Los autores distinguen diferentes tipos de falta de respeto: en primer lugar la falta de respeto abierta, que incluye conductas disruptivas tales como estallidos de furia, amenazas verbales, gritos, palabras ofensivas, rabieta, lanzamiento de objetos, romper cosas, comentarios degradantes, avergonzar a otros por malos resultados, realizar juicios negativos sobre otros médicos delante de pacientes o sus familias, acoso laboral o sexual, bromas sobre los pacientes respecto a sus enfermedades, raza, sexo, orientación sexual, apariencia, edad o nivel socioeconómico o cultural. Estas conductas son reportadas únicamente en un 5-6% de los médicos, pero tienen un gran impacto en los equipos de trabajo. ¿Quién no las ha observado en los hospitales?

Otras formas abiertas, menos disruptivas, de falta de respeto serían el trato humillante o abusivo hacia las

Correo electrónico: mballesterr.germanstrias@gencat.cat

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.01.006>

2603-6479/© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

enfermeras, los residentes o los estudiantes, que ha sido objetivado a través de numerosos estudios⁷⁻¹¹.

El segundo tipo sería la falta de respeto encubierta: incluiría un rango de comportamientos no cooperativos tales como: rechazo a realizar tareas, llegar sistemáticamente tarde a las reuniones, no trabajar de forma colaborativa o cooperativa con los demás. Son profesionales que se resisten a seguir las prácticas seguras como la higiene de manos o los listados de verificación, incluso cuando conocen perfectamente la evidencia que las apoya. Suelen declinar participar en las acciones de mejora o, si lo hacen, permanecen indiferentes o no se implican. Puede incluir actitudes como hacer comentarios negativos sobre la institución, el equipo o los compañeros, o no reconocer ninguna autoridad.

También incluye el trato desdeñoso, irrespetuoso o degradante hacia los pacientes. Trato que no solo va en contra de la profesionalidad y el deber de proporcionar apoyo y curación, sino que puede ser devastador para las personas enfermas. Está considerado como la principal fuente de reclamaciones y quejas a las unidades de atención al usuario.

El trato desdeñoso hacia los otros profesionales, que siempre se produce de arriba abajo en la jerarquía de las organizaciones, pues está vinculado al estatus, dificulta la comunicación en el seno de los equipos y la colaboración efectiva.

Finalmente, el tercer tipo es la falta de respeto institucional o sistémica: se trata de características de las organizaciones sanitarias totalmente enraizadas en la cultura organizacional hasta tal punto que son consideradas como normales y no se visualiza la falta de respeto que comportan. El ejemplo más claro son las esperas de los pacientes para ser atendidos en las consultas o las urgencias, consideradas por gestores y profesionales como inherentes al funcionamiento de los hospitales. Pero también las condiciones de trabajo hostiles para los trabajadores, y que ponen en riesgo su seguridad y la del paciente: horarios de trabajo prolongados, privación de sueño o cargas de trabajo excesivas. La falta de adopción de medidas preventivas para evitar las lesiones y las enfermedades profesionales serían también una muestra de falta de respeto institucional hacia sus profesionales.

También se consideraría en esta categoría la falta de información a los pacientes sobre la necesidad de las exploraciones o tratamientos, sobre los riesgos y las consecuencias de las diversas opciones, obviando las decisiones compartidas. Y formas menores de falta de respeto como no saludar a los pacientes y presentarse adecuadamente, no mirarlos durante la consulta o la visita, no decir «por favor» y «gracias», o dirigirse a ellos por sus nombres de pila, de manera excesivamente familiar. Tratar a los pacientes de «cariño», «guapo/a» o similar les infantiliza y enfatiza la distancia entre el paciente y el clínico.

Pero quizás la forma más grave de falta de respeto institucional sería no admitir ni explicar los errores cometidos y pedir perdón por ellos.

Desgraciadamente, todos estos comportamientos de falta de respeto tienden a perpetuarse a través de los estudiantes y los residentes, por la conducta adaptativa de adoptar las prácticas usuales en la cultura de las organizaciones y por el poder de los modelos de rol. El ambiente de trabajo estresante de los hospitales es uno de los principales

factores causales de esta cultura de falta de respeto. Parece ser que la presión asistencial deja poco tiempo para la cortesía y el respeto. Los múltiples requerimientos documentales y la lucha contra procesos de trabajo mal diseñados tampoco ayudan.

Los autores proponen finalmente que los hospitales, como primer paso esencial para convertirse en organizaciones seguras y altamente fiables, necesitan crear una cultura de respeto: emprender una transformación cultural que debe empezar en las facultades, donde debe inculcarse el respeto, y los decanos deberían asegurarse de que sus alumnos son tratados con respeto en los ámbitos preclínico y clínico.

Los máximos responsables son los gerentes de los centros sanitarios: en sus manos está crear culturas organizacionales respetuosas, a través de¹ motivar e inspirar, generando conciencia del problema y de la necesidad de cambio², establecer las condiciones previas para una cultura de respeto: revisar los procesos y las cargas de trabajo, y gestionar una efectiva prevención de riesgos laborales³, liderar políticas institucionales ante los comportamientos de falta de respeto, a través de códigos de conducta, identificando el respeto como uno de los valores de la institución⁴, facilitar el compromiso de los profesionales de primera línea, incluyendo el respeto como condición para ocupar puestos de responsabilidad, eliminando barreras como las rígidas jerarquías y⁵ crear un entorno de aprendizaje junto con los responsables docentes y las universidades.

Para mejorar la seguridad de nuestros pacientes, ¿será el respeto la clave de todo?

Bibliografía

1. Leape LL. Error in Medicine. *JAMA*. 1994;272:1851-7.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press (US), 2000.
3. Committee on Quality Health Care in America. En: Institute of Medicine. *Crossing The Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.
4. Leape L, Shore M, Dienstag J, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, et al. Perspective: A culture of respect, part 1: The nature and causes of disrespectful behavior. *Acad Med*. 2012;87:845-52.
5. Leape L, Shore M, Dienstag J, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, et al. Perspective: A culture of respect, part 2: Creating a culture of respect. *Acad Med*. 2012;87:853-8.
6. MacDonald O. Disruptive Physician Behavior. Waltham QuantiaMD. Mass. 2011 [consultado 15/01/2019] Disponible en: <http://www.quantiamd.com/q-qcp/QuantiaMD.Whitepaper.ACPE.pdf>.
7. Cox H. Verbal abuse nationwide, Part I: Oppressed group behavior. *Nurs Manage*. 1991;22:32-5.
8. Cox H. Verbal abuse nationwide, Part II: Impact and modifications. *Nurs Manage*. 1991;22:66-9.
9. 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;5:180-3.
10. Lucian Leape Institute Roundtable on Reforming Medical Education. *Unmet Needs: Teaching Physicians to Provide Safe Patient Care*. Boston, Mass: National Patient Safety Foundation; 2010.
11. Kassebaum D, Culer E. On the culture of student abuse in medical school. *Acad Med*. 1998;73:1149-58.