

Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Equipo de Salud

Dres. Mario Godino*, Marcelo Barbato†, Laura Ramos‡, María Otero§, Leonel Briozzo¶

Resumen

El comportamiento disruptivo (CD) en el equipo de salud pone en riesgo la seguridad del paciente y la seguridad del equipo sanitario. Es responsabilidad del sistema sanitario y de los profesionales diagnosticar y gestionar esta situación que impacta negativamente para trabajar en equipo, la salud del personal y los resultados asistenciales.

Objetivo: realizar la primera encuesta nacional de CD en el equipo de salud. Establecer la prevalencia, sus desencadenantes y consecuencias.

Material y método: el Ministerio de Salud Pública (MSP), mediante la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente, convocó en forma voluntaria a todos los prestadores sanitarios (públicos y privados) a participar de la encuesta con el fin de desarrollar una política pública. La encuesta fue anónima y voluntaria. Demandó un período de cuatro meses (junio de 2013 a setiembre de 2013). Incluyó distribución, realización y devolución.

Resultados: participaron 38 prestadores; 4.782 encuestas fueron respondidas por 1.713 (36%) auxiliares de enfermería, 1.040 (22%) médicos y 662 (14%) licenciados de enfermería. El 80% trabaja más de 30 horas semanales. Presenciaron CD 88,5% (4.231) y 60% (2.815) lo sufrieron. Predominó el comentario despectivo sobre colegas (75%) y en gritos agresivos y arrebatos de ira (45%). Es frecuente en un 20% por lo menos una vez por semana. El 71% piensa que los desencadenantes están en el ambiente laboral, predominando la carga de trabajo (47,5%) sobre la remuneración (33%). El 63% identifica problemas personales; 53% identifica estas conductas en sus pares; 20% los pone en riesgo de cometer errores; 42% pensó en cambiar de trabajo, y 6% cambió.

Discusión y conclusiones: primera encuesta nacional sobre CD a nivel mundial, única impulsada desde la rectoría sanitaria. El problema es de alta incidencia, disminuye la seguridad y deteriora la transferencia de información y capacidad de trabajar en equipo. Existe una baja percepción del riesgo. La remuneración económica no es el principal desencadenante identificado y el CD surge mayormente entre pares. Impacta sobre la retención de los recursos humanos así como en la seguridad laboral.

Palabras clave: VIOLENCIA LABORAL
CONDICIONES DE TRABAJO
PERSONAL DE SALUD
ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD
CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD
ENCUESTAS EPIDEMIOLÓGICAS

Keywords: WORKPLACE VIOLENCE
WORKING CONDITIONS
HEALTH PERSONNEL
ATTITUDE OF HEALTH PERSONNEL
QUALITY OF HEALTH CARE
HEALTH SURVEYS

* Coordinador de Política de comportamientos y factores humanos en equipo de salud del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

† Director del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, Ministerio de Salud Pública. Director de CTI Hospital Maciel. ASSE. Uruguay.

‡ Presidenta de la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica. Uruguay.

§ Secretaria de la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica. Uruguay.

¶ Subsecretario del Ministerio de Salud Pública. Profesor Titular de la Cátedra A de Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Colaboradores: Prof. Dra. Laura Schwartzmann, Prof. Agd. Psic. Berta Varela, Dra. Paola Spósito, Dr. Fausto Porcires, Lic. Gabriela Trujillo.

Correspondencia: Dr. Mario Godino. Departamento de calidad y seguridad del paciente, DIGESA, Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Correo electrónico: godino.mario@gmail.com

Recibido: 5/5/14

Aprobado: 8/9/14

Conflicto de intereses: los autores del presente artículo declaran que no existen conflictos de intereses.

Definiciones

Se entiende por disruptivo aquel comportamiento perturbador o conducta personal, ya sea verbal o física, que afecte negativamente o que potencialmente pueda afectar la atención del paciente, incluyendo, pero no limitada, la conducta que interfiere con la habilidad de uno para trabajar con los demás miembros del equipo de atención médica⁽¹⁾.

Como han destacado diversos autores, este tipo de conducta es una amenaza para la calidad de la atención y la seguridad del paciente, afectan la moral del personal y aumentan los costos de la organización de asistencia sanitaria^(2,3).

Distorsiona la comunicación, por lo que perjudica a los pacientes y disminuye la retención de los recursos humanos, en especial a nivel de enfermería.

Se reconocen varios tipos de comportamiento disruptivo (CD), los cuales no son siempre de tipo agresivo, siendo más comunes las conductas pasivo-agresivas⁽³⁾.

¿Por qué los comportamientos disruptivos afectan la seguridad del paciente y la seguridad del equipo de salud?

Los comportamientos inapropiados o disruptivos son una amenaza para la seguridad del paciente pues inhiben la profesionalidad y la cooperación esencial para el trabajo en equipo, interfieren en la comunicación, socavan la moral e inhiben la implementación y el cumplimiento de buenas prácticas. Están en la base de las tensiones e insatisfacciones que disminuyen la alegría y satisfacción en la labor de todos los trabajadores de la salud, contribuyendo a la rotación de personal altamente calificado⁽³⁻¹⁰⁾.

Antecedentes internacionales y nacionales

A nivel internacional desde el año 1978 algunos autores advierten que el comportamiento inapropiado en el personal médico pone en riesgo la calidad asistencial.

La mayor encuesta multicéntrica hasta el momento, en más de 200 hospitales y con 4.600 encuestados, evidencia que el 77% de los médicos identifican conductas disruptivas en sus colegas y 64% entre las nurses⁽¹⁾.

La Joint Commission, desde el 2008, incorpora políticas para gestionar el CD como uno de los requisitos para la acreditación de las organizaciones sanitarias. Lo hace en el marco de desarrollar la cultura de seguridad, definida por el National Quality Forum como la primera de las prácticas seguras.

Se define cultura de seguridad como las características de una organización, valores, filosofía, tradiciones y costumbres que conducen a una búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir

durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria.

Ningún país aún maneja el tema con una política centralizada, se emiten algunas recomendaciones y sugerencias desde sociedades científicas y algunos organismos acreditadores.

La necesidad de enfrentar los CD tiene la doble misión de disminuir el impacto que determinan sobre la seguridad de los pacientes al dificultar la transferencia de información y responsabilidad en el equipo de salud (*handover*) y el deterioro del ambiente laboral con la consecuencia de no lograr retener recursos humanos, en especial los de enfermería^(5,11-14), y el aumento de los niveles de *burnout* en los profesionales y trabajadores de la salud. Samenow agrega a estos riesgos la pérdida de imagen pública de los hospitales y profesionales, y la necesidad de financiamiento por aumento de litigación judicial⁽⁴⁾.

El trabajo sobre la necesidad de crear mecanismos para reconocer y enfrentar los CD en el ámbito sanitario en nuestro país data de hace más de cuatro años, siendo tratado por primera vez en el congreso de la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica (SUPM) en el año 2009.

A partir de mayo del año 2012, tras el evento centinela de la presunta intencionalidad de daño por parte de dos enfermeros que conmovió al sistema sanitario, surge la Estrategia Nacional de Seguridad de los Pacientes (ENSP). Mantiene las líneas directrices de la comisión creada en el año 2006, pero pone énfasis en el trabajo sobre cultura de seguridad y sobre el factor humano.

El documento preparado por la Comisión Nacional de seguridad de los pacientes, denominado *Crisis como oportunidad*, puso énfasis en tres componentes con el fin de contribuir a minimizar una posible crisis de confianza por los usuarios, judicialización de la medicina y el ejercicio de la medicina defensiva. Los componentes fueron: capacitar en seguridad de los pacientes al equipo de salud; estrategias para la respuesta ante eventos centinela, y desarrollo de una política que enfrente los CD en el ámbito sanitario.

Se desarrolló en el ámbito ministerial, en el marco de la ENSP, junto a la Comisión de Bioética, un acuerdo marco de comportamiento, herramienta destinada a facilitar a los prestadores la internalización en los equipos de salud de la necesidad de enfrentar los comportamientos disruptivos. Se realizaron actividades en varios de los prestadores del país y en los congresos de sociedades científicas con el fin de difundir y enriquecer la propuesta.

Asimismo se desarrollaron videoconferencias para todo el país en actividades de la Federación Médica del Interior (FEMI) y actividades presenciales en la sede

central de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Justificación de la encuesta

Desde hace más de diez años las instituciones sanitarias se han dedicado a diagnosticar y actuar sobre diversos aspectos organizacionales con el fin de mejorar la eficiencia institucional y brindar una asistencia de mejor calidad. Un cuidado sanitario seguro y con un mínimo de errores es prioridad de todos los profesionales de la salud. En este aspecto se han logrado buenos resultados con estrategias tales como: guías de tratamiento, informatización, receta electrónica, listas de verificación, etcétera. Sin embargo, hemos descuidado aspectos sustanciales como el relacionamiento laboral y la gestión de los conflictos.

En el trabajo desarrollado desde la ENSP, en varias instituciones públicas y privadas del país se consolida la percepción de que el tema es sentido por el equipo de salud como un problema, pero no existían hasta el momento datos nacionales que permitieran realizar un diagnóstico certero de la situación y planificar estrategias adaptadas a nuestro país. Frente a la detección de esta carencia se inicia un trabajo de coordinación con la SUPM para la elaboración y realización de una encuesta nacional de CD en el equipo de salud.

Material y método

En Uruguay existe un sistema nacional integrado de salud financiado mediante un fondo nacional que cuenta con 71 prestadores públicos y privados. El MSP, a través de la ENSP, convocó en forma voluntaria a todos los prestadores sanitarios a participar de la encuesta con el fin de desarrollar una política pública.

La encuesta fue diseñada en conjunto con la SUPM. Se definieron 26 preguntas que evaluaron:

- Características de la población participante.
- Incidencia y presentación de CD.
- Desencadenantes.
- Impacto sobre el paciente y el equipo de salud.

Se definió operativamente como población objetivo a los integrantes del equipo de salud. La encuesta se canalizó en cada institución a través de la Comisión de Seguridad del Paciente (COSEPA), siendo requisito previo para participar contar con una.

La encuesta fue anónima y voluntaria. Se realizó en un período de cuatro meses (junio a setiembre de 2013). Incluyó distribución, realización y devolución.

Resultados

Participaron en la encuesta 38 instituciones, 15 públicas

Tabla 1. Características de los participantes (N, %)

Procedencia	
Montevideo	2.893 (60,5)
Interior	1.889 (39,5)
Sector	
Público	1.913 (40)
Privado	2.869 (60)
Edad	
25 - 30 años	1.522 (32)
36 - 50 años	2.529 (53)
> 50 años	548 (11)
No responde	183 (4)
Sexo	
Masculino	1.831 (38)
Femenino	2.627 (55)
No responde	324 (7)
Profesión	
Médicos	1.040 (22)
Lic. Enfermería	662 (14)
Enfermeros	1.713 (36)
Técnicos	271 (6)
Aux. de servicio	279 (6)
Otros	400 (7)
No responde	410 (7)
Área de trabajo	
Área cerrada	2.603 (54,5)
Piso	730 (15)
Policlínica	470 (10)
Atención domiciliaria	61 (1,3)
Otras	700 (15)
No responde	225 (5)
Horas de trabajo semanales	
< 20 horas	119 (2,5)
21-30	811 (17)
31-40	1.816 (37)
41-60	936 (20)
> 60	921 (19)
No responde	179
Años de trabajo en salud	15 ± 9

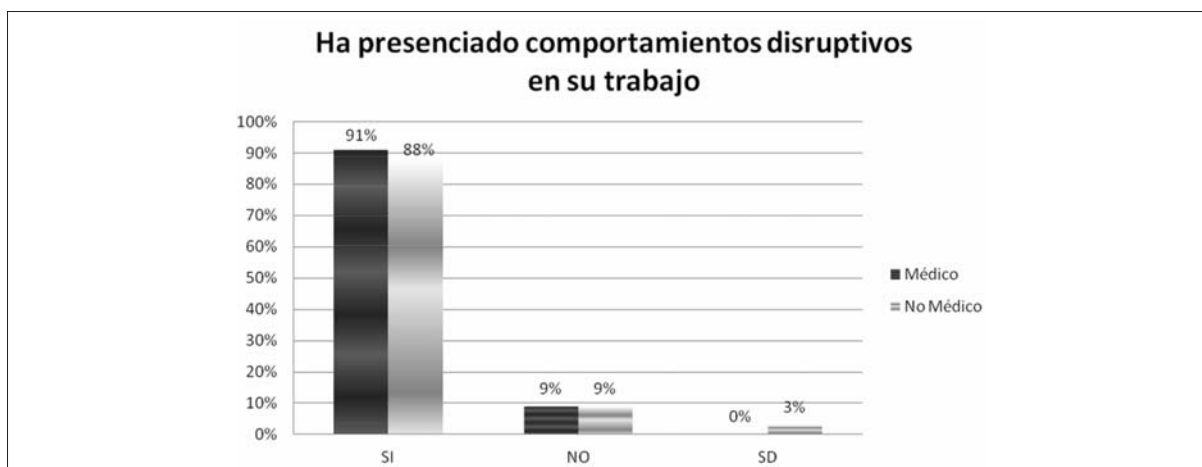


Figura 1



Figura 2

y 23 privadas, que en conjunto nuclea el 80% de los usuarios del sistema sanitario.

Respondieron la encuesta 4.782 integrantes del equipo de salud.

Las características de la población participante se describen en la tabla 1.

Es importante destacar el buen nivel de participación de las instituciones de Montevideo e interior, así como públicas y privadas.

La mayoría de los participantes desarrollan su trabajo en áreas cerradas (54,5%) con predominio de mujeres de entre 36 y 50 años, con una mediana de entre 31 y 40 horas semanales de trabajo y una media de 15 años de trabajo en salud.

Destacamos que si bien la participación de enfermería fue muy buena y mayoritaria, los médicos fueron 22% de la población total.

Comportamiento disruptivo: entidad, frecuencia e implicados

Como puede verse en la figura 1, los encuestados consideran que han presenciado un CD en el 91% (médicos) y 88% (no médicos) en su ámbito laboral.

El 61% de los médicos y el 58% de los técnicos no médicos consideran que alguna vez fueron víctimas de alguno de estos comportamientos en su ámbito de trabajo (figura 2).

Las CD muestran un claro componente de género, 31% de los participantes consideran que van dirigidas exclusivamente a mujeres y 13% a hombres (figura 3).

Médicos y no médicos identifican a sus pares como los principales perpetradores de estos comportamientos (figura 4).

Este tipo de comportamiento ha sido observado por lo menos una vez a la semana por el 20% de los encuestados.

Como se observa en la tabla 2, dentro de los comport-

Tabla 2. Comportamientos más frecuentes (%)

	Total	Médico	No médico	p
Comportamientos agresivos	22,4%	22,8%	21,6%	
Arrebatos de ira	45%	48%*	38%	p 000,1*
Gritos	45%	45%	45%	p 0,6
Insultos	24,5%	27%	24%	p 0,08
Amenaza verbal	22%	23%	22%	p 0,8
Abuso físico	4,2%	3,5%	4,8%	p 0,2
Daño al lugar de trabajo	12%	9%	13%*	p 0,001*
Acoso sexual	4,5%	4,4%	4,5%	p 0,8
Comportamientos pasivo-agresivos	44,3%	46,5%	43,2	
Comentarios despectivos sobre colegas	74%	80%*	70%	p 000,1*
Comentarios despectivos sobre la institución	61%	70%*	58%	p 000,1*
Comentarios despectivos sobre subordinados	47%	52%*	42%	p 000,1*
Usar lenguaje inapropiado	55%	56%	55%	p 0,7
Bromas inapropiadas	39%	40%	39%	p 0,7
Llegadas tardes crónicamente	39%	39%	40%	p 0,8
No cumplir protocolos	31%	28%	31%	p 0,07
No cumplir normas del servicio	33%	34%	33%	p 0,8
Negarse a cooperar con otros colegas	37%	36%	37%	p 0,1
Limitarse a realizar solo "lo que le corresponde"	53%	58%*	52%	p 0,01*
Tomar represalias	19%	19%	19%	p 0,7

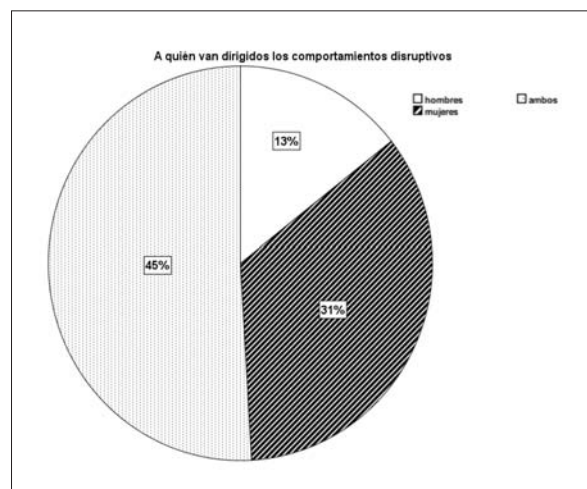
tamientos observados predominan claramente los CD pasivos y dentro de estos los comentarios despectivos sobre los colegas. En los CD agresivos predominan los arrebatos de ira y los gritos.

Causas que pueden gatillar los comportamientos disruptivos

Los participantes identifican como desencadenantes de este comportamiento los aspectos vinculados a factores del ambiente laboral. Los médicos particularmente identifican también los factores personales como desencadenantes.

Dentro de los desencadenantes del ambiente laboral predominó la carga excesiva de trabajo y la falta de reconocimiento por encima de la remuneración (tabla 3).

Dentro de los desencadenantes personales predominó la personalidad explosiva y con poca tolerancia al estrés.

**Figura 3**

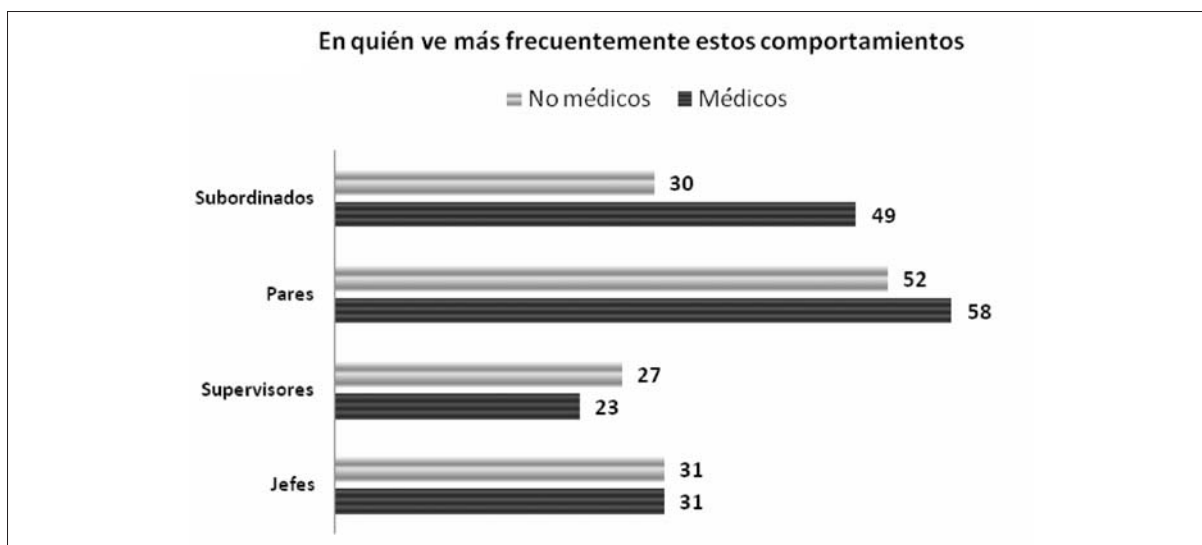


Figura 4

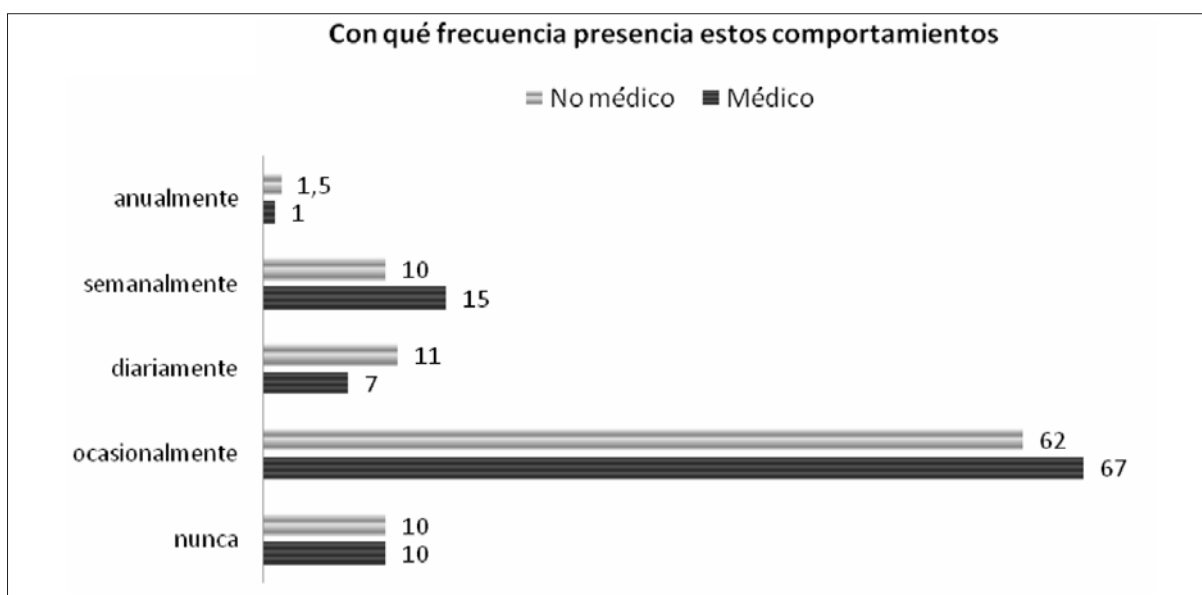


Figura 5

Impacto en la seguridad del paciente y en el personal

Más del 30% de los integrantes del equipo de salud consideran que ser víctima de un CD los afecta emocionalmente, si bien cerca de un 10% manifiesta que nunca lo afecta.

En cuanto al impacto de estos comportamientos sobre la seguridad del paciente, 33% de los médicos y 27% de los técnicos no médicos consideran que el CD afecta siempre o frecuentemente la seguridad de los pacientes.

Solo el 20% de los médicos y el 17% de los técnicos no médicos reconocen que un CD los pone frecuente-

mente en riesgo de cometer errores. De los técnicos no médicos, 40% considera que nunca los pone en riesgo de cometer errores.

Cómo nos comportamos frente al problema

Es de destacar que solamente el 30% de los técnicos no médicos y el 40% de los médicos hablan con los implicados cuando sucede un CD. Menos de un tercio lo comunica a un superior.

En cuanto al impacto sobre la retención del recurso humano, entre 4% y 6% de los encuestados manifiesta haber cambiado de lugar o áreas de trabajo por temas

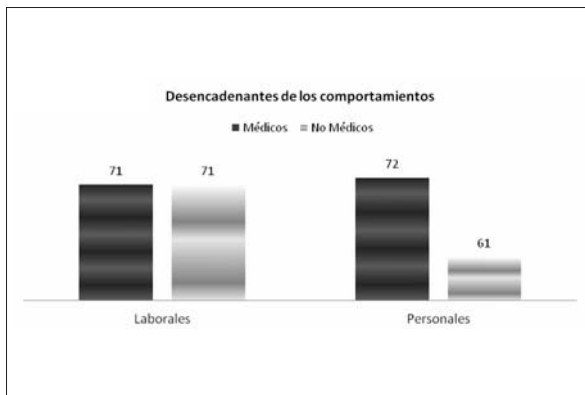


Figura 6

vinculados al comportamiento y entre 8% y 10% lo piensa hacer frecuentemente.

Discusión, conclusiones y perspectivas

Estamos frente a la primera encuesta nacional sobre este tema a nivel mundial y la única impulsada desde la rectoría sanitaria. Es una encuesta que analiza la magnitud del tema en el equipo de salud tomando en cuenta a todos sus integrantes.

En esta instancia presentamos los datos descriptivos que permiten contextualizar el tema y aportar datos epidemiológicos para delinear estrategias adaptadas a nuestra realidad.

El problema del CD en el equipo de salud es real y así lo marca su alta frecuencia (9 de cada 10 lo presencian y 6 de cada 10 lo sufren). Esta percepción es coincidente con las encuestas internacionales que muestran una percepción de entre 65% y 77%⁽¹⁾.

Este tipo de comportamiento no es patrimonio de ningún grupo profesional en particular; sí tiene un com-

ponente de género (solo 13% piensa que va dirigido a hombres), esto es coincidente con los datos internacionales. A nivel mundial, cuando se analiza de quién parten los comportamientos inapropiados, los encuestados responden que de los cargos superiores, marcando claramente una dificultad en el manejo del gradiente de autoridad y una asimetría en la relación de trabajo, esto probablemente esté influenciado por las características de la cultura anglosajona, donde las relaciones en el equipo de salud están fuertemente regidas por el gradiente de autoridad⁽¹⁾.

Si bien es cierto que los comportamientos disruptivos son más graves cuando provienen de una autoridad o un líder (formal o informal), en nuestro medio son más frecuentes entre pares (más de 50% de estos comportamientos fue observado en un par). Esta situación plantea un escenario interesante para trabajar el tema en el equipo sanitario desde la cultura del autocontrol y el profesionalismo en el equipo de salud.

En lo relacionado al impacto de estos comportamientos en el equipo de salud, cuando analizamos los resultados de encuestas internacionales, más del 80% manifiesta afectarse emocionalmente luego de un episodio de disrupción, 71% lo relaciona con el error médico, 75% con la disminución de la satisfacción laboral y 25% con un error con consecuencias graves, como muerte o pérdida de función⁽¹⁾. El análisis de nuestros resultados refleja que la percepción del riesgo de daño por este tema no es aún la suficiente, y, al igual que en el tema del *burnout*, la baja percepción del riesgo facilita la posibilidad de incurrir en errores graves⁽⁸⁾. Como se evidencia en las figuras 7, 8 y 9, la percepción de nuestra población es que menos de 30% se afecta siempre o frecuentemente frente a un CD y 20% cree que estos comportamientos nunca ponen en riesgo la seguridad del paciente o la po-

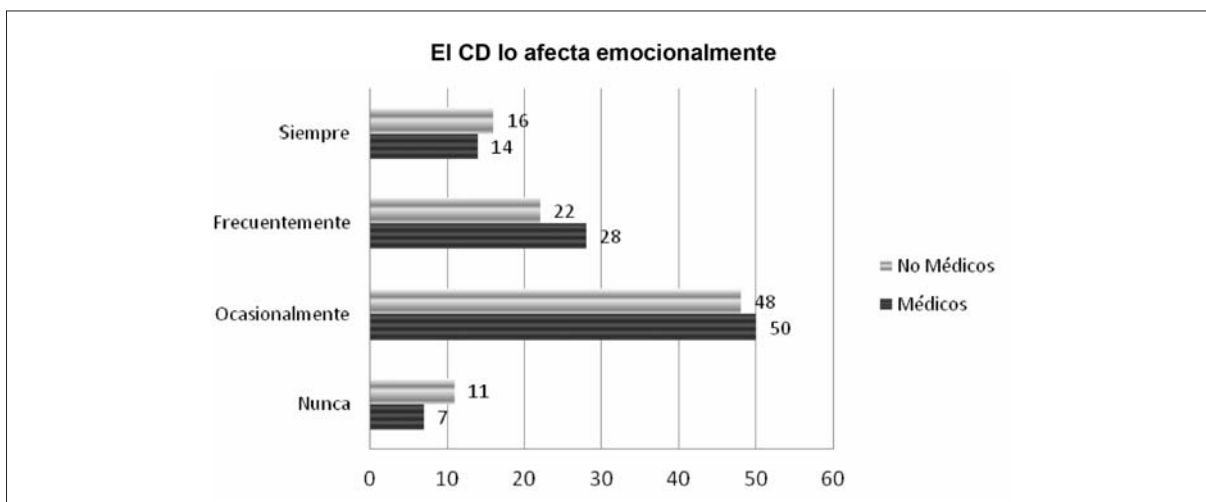


Figura 7

Tabla 3. Desencadenante del ambiente laboral (%)

	General	Médico	No médico	
Carga de trabajo excesiva	47,5	51	46	p 0,8
Pacientes muy demandantes (exigentes)	35	40*	34	p 0,01*
Familiares de los pacientes muy demandantes (exigentes)	33	39*	31	p 0001*
Mala remuneración	33	26	35*	p 0001*
Falta de reconocimiento por parte de las jefaturas o la dirección de la institución	37	34	39*	p 0001*
Mal relacionamiento con las jefaturas	18	21	17	p 0,06
Institución tolerante con comportamientos inadecuados	26	29	25	p 0,2

Tabla 4. Desencadenantes personales (%)

	General	Médicos	No médicos	
Problemas familiares y/o de pareja	33	36	32	p 0,2
Personalidad explosiva (violenta)	34	42*	33	p 0001*
Personalidad desconsiderada con los demás	30	34*	29	p 0,01*
Personalidad con poca tolerancia al estrés (frágil, excesivamente sensible)	32	41*	29	p 0001*
Insuficientes horas de descanso	30	37*	28	p 0001*
Consumo abusivo de alcohol y/o sustancias psicoactivas	6,5	7	6	p 0,5
Problemas psiquiátricos, por ejemplo depresión	23	24	23	p 0,9

sibilidad de cometer errores. Es importante destacar que la percepción de los riesgos por parte de los integrantes del equipo sanitario no solo es parte fundamental del día a día de la asistencia a los pacientes, sino que debe desarrollarse como parte de las habilidades necesarias para la práctica diaria. Cuando analizamos técnicamente los eventos centinela más graves que le han sucedido a nuestro sistema sanitario, la falla en la comunicación en el equipo de salud y la falta de una adecuada percepción del riesgo, que lleva incluso a tomar responsabilidades inadecuadas, juegan un rol preponderante en el desarrollo de estas situaciones. En cuanto a la retención de recursos humanos, la bibliografía internacional plantea que hasta un tercio del personal de enfermería cambia de trabajo por factores vinculados al comportamiento irrespetuoso. En nuestra encuesta, 14% de los médicos y 11% de los técnicos no médicos piensa frecuentemente o ya ha cambiado de lugar de trabajo por este tema. Si bien esta cifra puede parecer baja sobre todo teniendo en cuenta la alta frecuencia de los CD, pensamos que responde a situaciones multifactoriales, en primer lugar la complejidad que representa dejar un trabajo y afrontar

todos los cambios que esto conlleva, además muchos de los CD están naturalizados, por lo cual muchos de los trabajadores se han acostumbrado a su presencia, incluso en los casos más crónicos ya ni siquiera se perciben como patológicos y, en último término, la alta frecuencia con la que se perciben estos comportamientos no asegura que cambiando el lugar de trabajo la persona esté libre de enfrentarse a estas situaciones. Nos planteamos a futuro analizar si existe una relación entre los trabajadores que han sufrido o presenciado comportamientos disruptivos agresivos y el porcentaje que cambió de lugar de trabajo en comparación con los que sufren o presencian CD pasivo-agresivos.

En cuanto a los desencadenantes que gatillan estas conductas, los participantes distinguen por igual desencadenantes individuales como sistémicos. En los vinculados al ambiente de trabajo se destaca la carga laboral excesiva y la falta de reconocimiento de parte de la institución o las jefaturas, o ambos.

En un trabajo realizado por el instituto Lucean Leepe se concluye que la incapacidad de generar un buen ambiente en el trabajo hospitalario y la disminución de la

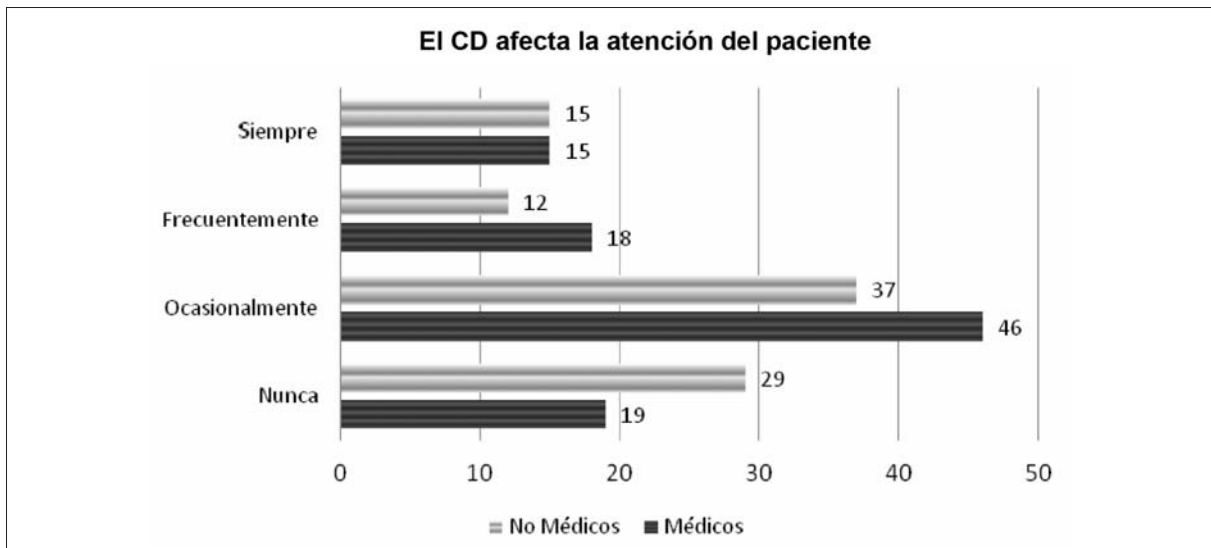


Figura 8

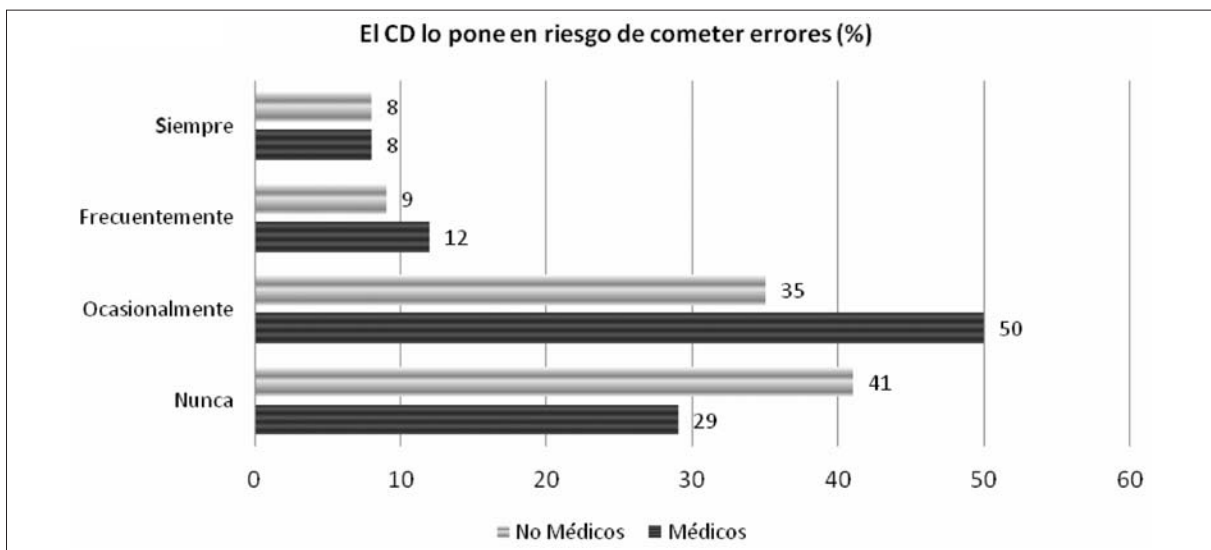


Figura 9

satisfacción laboral se relacionan con la dificultad para trabajar en equipo y la pérdida de la valoración del rol del trabajador^(5,7,10).

La remuneración, reconocida siempre como un estímulo importante, quedó en el tercer lugar como desencadenante; esto hace necesario trabajar en estrategias que mejoren la carga de trabajo y en las que estimulen el reconocimiento del rol que desarrolla el equipo sanitario en la atención diaria del paciente.

Contar con una encuesta nacional de esta magnitud, sin antecedentes en la región y actualmente una de las mayores en el mundo en este tema, permite diseñar estrategias adaptadas a nuestro medio, pues señala parti-

cularidades a tener en cuenta a la hora de desarrollar políticas de gestión e intervención.

Las estrategias a nivel internacional reconocen fases de prevención e intervención que ponen como objetivos difundir el conocimiento de esta problemática, romper el silencio en torno a estas situaciones y diseñar políticas de gestión e intervención graduales^(7,8,15-20).

En Uruguay, la creación de una política nacional de comportamiento en el ámbito sanitario debería estar enmarcada en:

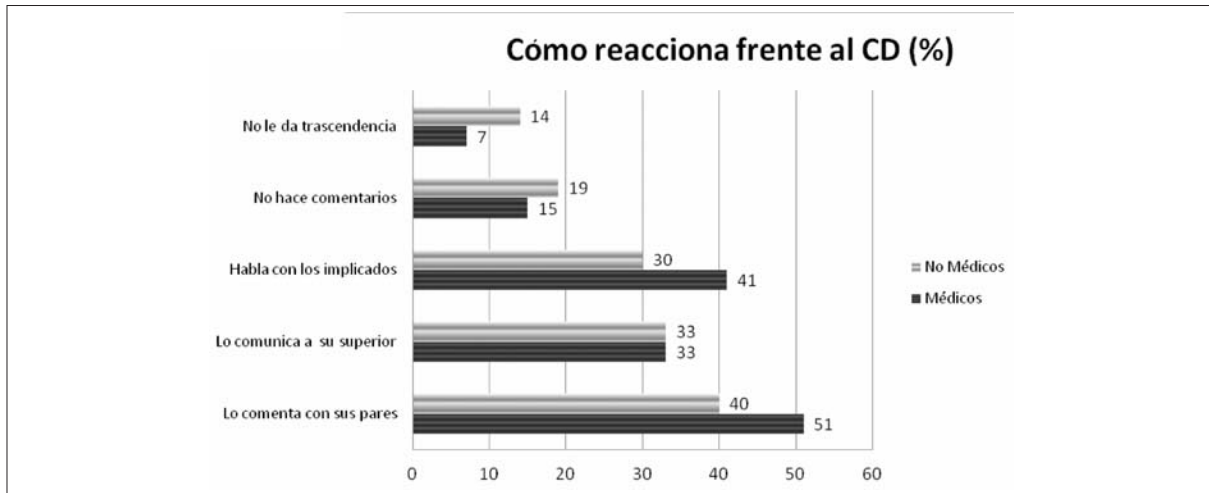


Figura 10

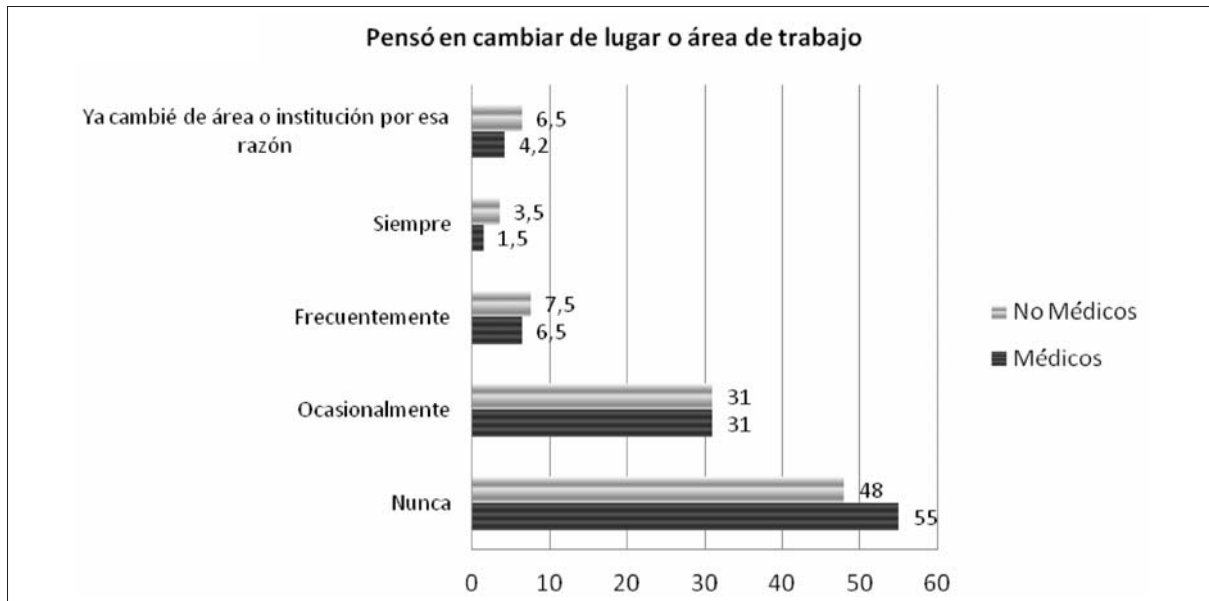


Figura 11

1. Políticas de prevención:

- Difusión y análisis de la problemática a nivel nacional.
- Incorporar a la selección de personal la evaluación de las habilidades no técnicas y la capacidad de trabajar en equipo.
- Incorporar a la evaluación anual del personal el ítem comportamiento.
- Desarrollar e institucionalizar acuerdos de comportamiento, haciendo hincapié en las conductas no aceptadas.
- Enfatizar en el profesionalismo en todos los trabajadores así como comprender el aporte individual que

se puede hacer para erradicar estas conductas (1,3,21-26).

2. Políticas de intervención

- Desarrollar a nivel institucional y nacional circuitos claros para gestionar en forma gradual los casos de comportamientos más graves.
- Estimular el desarrollo de experiencias institucionales en tutoría del comportamiento y reentrenamiento de los profesionales^(21,22,27-31).
- Desarrollar estrategias para la mejor administración del impacto de la carga laboral fundamentalmente en el personal de enfermería.

- Incorporar este tema en la seguridad laboral que desarrolle mecanismos de mejora del comportamiento en casos seleccionados.

Es importante destacar que para afrontar este problema será necesario contar con el apoyo de todas las sociedades científicas en lo referente a difusión y análisis de esta problemática así como del Colegio Médico y sindicatos de médicos y trabajadores para el aporte a la construcción de una política pública en esta materia.

Es una convicción de todo el equipo de trabajo que en esta tarea juegan un rol importante los comités de ética institucional, siendo clave su participación en el desarrollo de las estrategias de gestión.

Agradecimientos

A la Lic. Ana Gatti y al Br. Pablo Barbato. A los integrantes de las COSEPA de las 38 instituciones que participaron en el estudio en las fases de recepción, distribución y difusión.

Agradecemos especialmente los aportes y consejos de la Profesora Laura Schwartzmann en la construcción de la encuesta.

Abstract

Disruptive behaviors in the healthcare setting may risk the patient's safety as well as the safety of the healthcare team itself.

Both the health system and professionals are responsible for diagnosing and managing this situation that has a negative impact on the health team, the staff's health and the results achieved by the healthcare team.

Objective: to conduct the first national survey on disruptive behaviors in the health team. To determine prevalence, triggers and consequences.

Method: The Ministry of Public Health, through the National Strategy for the Patient's Safety called for all health professionals (public and private) who would volunteer to participate in the survey with the purpose of developing a public policy. The survey was anonymous and voluntary. It was carried out during four months (June 2013 through September 2013) and included distribution, filling in the forms and providing feedback.

Results: thirty eight health professionals took part in the survey, 4,782 surveys were completed by 1,713 (36%) certified nurse assistants, 1,040 (22%) medical doctors and 662 (14%) licensed practitioner nurses. Eighty per cent of them worked over 30 hours a week.

Eighty eight point five percent of them witnessed disruptive behaviors and 60% of them suffered it. Derogatory comments about colleagues prevailed (75%) and aggressive screams and anger outbreaks followed (45%). These were seen frequently once a week in at least 20 % of cases.

Seventy one % of participants think the triggers are found in the work environments, being the great work load (47,5%) more significant than salary concerns (33%). Sixty three percent stated they have to do with personal issues; 53% noticed these behaviors in colleagues, 42% thought about changing job and 6% changed job.

Discussion and conclusions: it was the first national survey on disruptive behaviors at the international level (SIC), the only one encouraged from the health authorities.

This problem is rather frequent; it reduces safety and has a negative influence on the passing of information and the ability to work in a team. There is a low perception of risk. Economic compensation is not the main trigger identified, and disruptive behaviors usually arise among peers. It has a negative impact on retaining staff and on job security.

Resumo

O comportamento disruptivo (CD) na equipe de saúde põe em risco a segurança do paciente e a segurança da equipe sanitária.

É responsabilidade do sistema de saúde, e dos profissionais, diagnosticar e administrar esta situação que tem um impacto negativo para o trabalho em equipe, a saúde das pessoas e os resultados assistenciais.

Objetivo: realizar o primeiro inquérito nacional de comportamento disruptivo na equipe de saúde. Estabelecer a prevalência, os fatores desencadeantes e as consequências.

Material e método: o Ministério de Saúde Pública (MSP), através da Estratégia Nacional de Segurança do Paciente, convocou, em forma voluntária, a todas as instituições prestadoras de serviços de saúde (públicos e privados), a participar do inquérito com o fim de desenvolver uma política pública. A participação no inquérito foi anônima e voluntária. Foi realizada no período junho-setembro de 2013 incluindo sua distribuição, realização e devolução.

Resultados: participaram 38 instituições; 4.782 questionários foram respondidos por 1.713 (36%) auxiliares de enfermagem, 1.040 (22%) médicos e 662 (14%) enfermeiras. 80% trabalha mais de 30 horas semanais.

88,5% (4.231) estiveram presentes em situações de CD e 60% (2.815) teve uma situação de CD. Observou-se uma predominância de comentário depreciativo sobre colegas (75%) e gritos agressivos e ataques de ira (45%). É frequente em um 20%, pelo menos uma vez por semana.

71% pensa que os desencadeantes estão no ambiente de trabalho, predominando a carga de trabalho (47,5%) sobre a remuneração (33%). 63% identifica problemas pessoais; 53% identifica estas condutas em seus pares; 20% gera condições de risco de cometer erros; 42% pensou em trocar de trabalho, e 6% já o fez.

Discussão e conclusões: primeiro inquérito nacional sobre CD a nível mundial, único realizada pelo órgão máximo de saúde.

É um problema com alta incidência, que reduz a segurança e deteriora a transferência de informação e a capacidade de trabalhar em equipe. Existe uma baixa percepção do risco. A remuneração econômica não é o principal desencadeante identificado e o CD surge principalmente entre pares.

Impacta sobre a permanência dos recursos humanos como também sobre a segurança no trabalho.

Bibliografía

- American College of Physician Executives, Managing Disruptive Physician Behavior.** Physician Exec Sep-oct 2004. Disponible en: <https://www.quantiamd.com/q-qcp/OnTargetDisruptivePhysician.pdf> (Consulta: 5 de abril de 2014)
- Hollowell EE.** The disruptive physician: handle with care. *Trustee* 1978; 31(6):11-3,15,17.
- Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, et al.** Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Acad Med* 2012; 87(7):845-52.
- Samenow CP, Spickard A Jr, Swiggart W, Regan J, Barreth D.** Consequence of physician disruptive behavior. *Tenn Med* 2007; 100(11): 38-40.
- Sataloff RT.** Disruptive physicians: sound more familiar than you thought? *Ear Nose Throat J* 2008; 87(3):124-7.
- Rosenstein AH, O'Daniel M.** A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008; 34(8):464-71.
- Roback HB, Strassberg D, Iannelli RJ, Finlayson AJ, Blanco M, Neufeld R.** Problematic physicians: a comparison of personality profiles by offence type. *Can J Psychiatry* 2007; 52(5):315-22.
- Leape LL, Fromson JA.** Problem doctors: is there a system-level solution? *Ann Intern Med* 2006; 144(2):107-15.
- Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR.** The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:128.
- Rosenstein AH, O'Daniel M.** Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs* 2005; 105(1):54-64.
- Rosenstein AH, O'Daniel M.** Invited article: Managing disruptive physician behavior: impact on staff relationships and patient care. *Neurology* 2008; 70(17):1564-70.
- Castledine SG.** Dealing with difficult doctors. *Br J Nurs* 2008; 17(20):1305.
- Sandlin-Leming D.** Dealing with intimidating and disruptive behaviors in the health care setting. *J Perianesth Nurs* 2008; 23(6):434-6.
- Castronuovo JJ Jr, Cossman DV, Goldberg LP, Gordon LA, et al.** When good doctors go bad: a Leape of faith. *Ann Surg* 2008; 247(6):1076-7.
- Rosenstein AH, O'Daniel M.** Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena. *J Am Coll Surg* 2006; 203(1):96-105.
- Samenow CP, Swiggart W, Spickard A Jr.** A CME course aimed at addressing disruptive physician behavior. *Physician Exec* 2008; 34(1):32-40.
- Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, et al.** Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Acad Med* 2012; 87(7):845-52.
- Lazoritz S.** Coaching for insight: a tool for dealing with disruptive physician behavior. *Physician Exec* 2008; 34(1):28-31.
- Hickson GB, Pichert JW, Webb LE, Gabbe SG.** A complementary approach to promoting professionalism: identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors. *Acad Med* 2007; 82(11):1040-8.
- Committee on Patient Safety and Quality Improvement of American College of Obstetricians and Gynecologists.** ACOG Committee Opinion. Number 366 May 2007. Disruptive behavior. *Obstet Gynecol* 2007; 109(5):1261-2.
- Simpson KR.** Disruptive clinician behavior. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007; 32(1):64.
- Keogh T, Martin W.** Managing unmanageable physicians: leadership, stewardship and disruptive behavior. *Physician Exec* 2004; 30(5):18-22.
- Youssi MD.** JCAHO standards help address disruptive behavior. *Physician Exec* 2002; (28)3:12-3.
- Rosenstein AH, Naylor B.** Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department. *J Emerg Med* 2012; 43(1):139-48.
- Lucian Leape Institute at the National Patient Safety Foundation.** Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care. Obtenido de: http://www.surveymonkey.com/s/LLI_WorkforceSafety agos. 2014 [Consulta: 5 de abril de 2014].
- Pitkanen M, Hurn J, Kopelman MD.** Doctors' health and fitness to practise: performance problems in doctors and cognitive impairments. *Occup Med (Lond)* 2008; 58(5):328-33.
- Crausman RS, Savoretti A, Conroy J.** Disruptive physician behaviors. *Med Health R I* 2007; 90(2):48-9.
- Bauman RR.** Disruptive physicians...and how to deal with them. *J Med Pract Manage* 2006; 22(2):79-83.
- Porto G, Lauve R.** Disruptive clinician behavior: a persistent threat to patient safety. *Patient Safety Qual Healthc* 2006; 3:16-24.
- Lehmann C.** Disruptive physicians get makeover in hospital therapy program. *Psychiatric News* 2003; 38(12):12.
- Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, et al.** Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. *N Engl J Med* 2005; 353(25):2673-82.