

LA SEGURIDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

SECURITY IN HOSPITALS

Cecilia M^a Esteban Redondo. Profesora de Antropología Social.

Universidad de Murcia

Recibido: 6-6-2015

Aceptado: 8-10-2015

Resumen:

El desarrollo experimentado por la sociedad en la que vivimos, a lo largo del siglo XX, ha colaborado a erigir el concepto de *seguridad* a categoría central, junto con el de riesgo y peligro. No en vano, el estado de seguridad se define en función de la sensación, la percepción de riesgo o peligro, por un lado y de bienestar o equilibrio, por otro. Los profesionales sanitarios, en su mayoría, eligen este tipo de trabajo por *vocación*, que la definen como la actitud y disposición de cuidar a aquellas personas que están enfermas. Por tanto el disfrutar de la misma entra dentro de sus objetivos tanto profesionales como vitales. No obstante, hasta que consiguen establecerse como tales profesionales y alcanzar la “seguridad profesional” tan ansiada por entender que es el punto de partida de la estabilidad en su proyecto vital, estos profesionales van pasando por una serie de etapas que les llenan de dudas e incertidumbres así como inseguridades, las cuales pueden llegar a afectar a la forma de desempeñar su trabajo. Es por eso que, el ámbito de la seguridad en relación con el riesgo y el peligro en el ámbito hospitalario ha de ser un tema de trascendental importancia en las investigaciones que se realicen aportando la perspectiva de la Antropología.

Palabras clave: Seguridad, hospital, incertidumbre, perspectiva antropológica

Abstract:

The development experienced throughout the twentieth century by the society in which we live, has contributed to put the concept of *security* as a central category, in addition not only to the concept of risk but also to the concept of danger. It is not in vain that the security status is defined, on one hand depending on the level of sensitivity, perception of risk or danger, and the perception of balance or welfare on the other hand. Most of health professionals choose this type of work because of their vocation, which is defined as the attitude and willingness to care for those who are sick. Therefore to enjoy it is included in both their professional and personal life goals. However, until they manage to set themselves up as such professionals and achieve the so longed “professional security”, understanding that it is the starting point of

stability in their life projects, these professionals go through a series of steps that fill them with doubts, uncertainties as well as insecurities, which can affect the way they perform their jobs. That is why the field of security in relation to the risk and danger in hospital sector, must be an issue of paramount importance in the investigations carried out providing the perspective of anthropology.

Key words: Security, hospital, perception, uncertainty, anthropological perspective

INTRODUCCIÓN

Desde el cambio que se produce en las costumbres relacionadas con los aspectos de higiene, salud y enfermedad, se instala en la sociedad occidental la idea de seguridad, y la importancia que ellas suponen en el avance de la misma. Es hecho que contribuye a percibir la necesidad de plasmar, materializar el significado de lo que la seguridad supone en las sociedades desarrolladas, avanzadas. Progresivamente esta idea pasa a extenderse, expandirse por la misma en aspectos tales como la política (relaciones internacionales¹, economía (inversiones bancarias), alimentación (seguridad alimentaria por la aparición de alimentos manipulados genéticamente, o como la necesidad de terminar con el hambre en el planeta), familia (aparición de diferentes grupos familiares como familias monoparentales o con progenitores del mismo género frente a la familia tradicional), entre otros ámbitos de la vida de la persona.

La *seguridad* en los centros hospitalarios de nuestro Sistema Nacional de Salud va ligada al concepto de *calidad* “para potenciar la cohesión y velar por la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones².” Para conseguir dicho objetivo, las estrategias utilizadas “se orientan hacia una práctica clínica basada en el mejor conocimiento científico disponible”³ y se diseña un Plan de Calidad centrado en el paciente (la persona). Dicho Plan de Calidad se desarrolla tratando seis áreas de actuación⁴: Protección, promoción de la salud y prevención; fomento de la equidad, apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud, fomento de la excelencia clínica, utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos, aumento de la transparencia. Es decir, fomentando la excelencia clínica se mejora la seguridad de los pacientes atendidos en estos centros sanitarios.

¹ ANTÓN y ERCOLANI, 2013; CHERNOFF, 2014; LARTIGUE, 2010-2011.

² En *Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS*, Proyecto Séneca

³ Proyecto Séneca, 2008, p. 19

⁴ Proyecto Séneca, 2008, p. 19

“La seguridad de los pacientes ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias –quienes desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos- como para los gestores y profesionales –que desean ofrecer una asistencia sanitaria efectiva y eficiente-.”

Se busca “elaborar un modelo de estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del sistema nacional de salud⁵”, debido a que tanto la legislación actual vigente relacionada con la salud y el sistema sanitario español⁶, como la normativa internacional⁷, así lo indican.

Ya en los años sesenta se tienen resultados de estudios realizados sobre la consecuencia que tiene la forma de realizar el trabajo en los hospitales, debido a que hay pacientes que ingresan mostrando efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en los hospitales.

Según el informe ENEAS⁸ realizado en España en el 2005, tales efectos se relacionan, principalmente con la medicación, las infecciones nosocomiales y problemas técnicos que se aparecen en implementación de los procedimientos de trabajo o pruebas realizados a los pacientes. También señala el mismo informe que, no sólo se incrementa el tiempo de las estancias hospitalarias por parte de los pacientes (y lo que ello conlleva), sino que se podrían haber evitado los efectos adversos de haber actuado de otra manera.

Es lógico pensar que, si el centro de atención está en la práctica clínica, estaremos hablando de aquellos profesionales que desempeñan su trabajo en tal contexto: el entorno hospitalario. Es importante, por tanto resaltar la posibilidad de que, es importante considerar las condiciones en que trabajan los profesionales de la salud, pero no sólo en cuanto al ambiente de trabajo (contexto físico), sino también en cuanto al contexto social que se crea en el desempeño de sus funciones. A principios de este siglo empezamos a encontrar estudios⁹ que sugieren como estrategia a llevar a cabo, aquella que ligada a la provisión adecuada del personal que cuida y trata con los pacientes así como a la organización de los mismos. No obstante, hay que tener en cuenta que el modelo de seguridad con que se trabaja se basa en los criterios del modelo de calidad EFQM de Excelencia¹⁰, el cual se centra en los resultados y, si bien es cierto que las investigaciones realizadas desde el punto de vista cuantitativo pueden

⁵ Proyecto Séneca, 2008, p. 20

⁶ Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, BOE 29/04/1986

Ley 16/2003 de 28 de Mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE 29/05/2003

⁷ Recomendación del Consejo de Ministros Europeos de 30 de Septiembre de 1997 sobre *Calidad de la atención: seguridad del paciente*

⁸ ARANZA, J.M., 2006

⁹ AIKEN, L.H., et al., 2002; ESTABROOKS, C.A., et al. 2005

¹⁰ “Excelencia empresarial y condiciones de trabajo: el modelo EFQM 2010”, NTP 870

arrojar unos resultados que satisfagan los objetivos o la proximidad a la consecución de los mismos, la percepción que se tiene entre los profesionales que trabajan en los hospitales es la de que “no pasan más cosas porque Dios no quiere”. Una expresión significativa que nos lleva a plantear la importancia que tiene trabajar el tema de la seguridad en el cuidado de los pacientes desde la perspectiva que ofrece la Antropología en relación a las cuestiones que tienen que ver con el contexto en el que la persona-profesional-sanitario realiza su trabajo, para que pueda ofrecer una seguridad en los cuidados del paciente, que se manifieste en una *real* atención sanitaria de calidad.

METODOLOGÍA

En las investigaciones que se están llevando a cabo en la actualidad se trabaja con el concepto de *sistemas* basados en agentes (actores) que pueden realizar “tareas o ejecuciones”, pero que también pueden aprender y adaptarse porque interactúan entre sí¹¹ y con el medio en el que están. La característica principal de este tipo de investigaciones es que, a pesar de que los componentes internos de tales sistemas sufren modificaciones, el sistema permanece estable sin perder su *coherencia global*¹² por su capacidad adaptativa, con lo cual, el comportamiento del conjunto no se puede deducir del comportamiento de sus componentes. Es por eso que, el enfoque holístico se presenta como el más apropiado para estudiar los “fenómenos complejos” que tienen que ver con la seguridad en el ámbito hospitalario, tanto en cuanto a la seguridad del paciente como en cuanto a la seguridad relacionada con la forma de trabajar de los profesionales sanitarios, en busca de la consecución de la tan demandada calidad en este tipo de entornos¹³. En los Sistemas Complejos Adaptativos, los agentes que los componen (personal trabajador en el entorno hospitalario) se pueden ir adaptando en función de la experiencia que van adquiriendo en el contexto en el que se desarrollan su trabajo; de esta manera adquieren la capacidad de modificar las reglas que rigen sus conductas en dicho contexto. Si asimilamos a los profesionales de la salud con los agentes y al servicio en el que trabajan con el contexto en el que se mueven, el método de los Sistemas Complejos Adaptativos es válido para poder entender por qué, los resultados perseguidos por el modelo de calidad EFQM en cuanto a la seguridad del paciente, arroja resultados favorables para la institución objeto de estudio, mientras que sus componentes manifiestan una insatisfacción laboral que apenas se concreta en dichos informes, además de no mostrar en su totalidad la

¹¹ HOLLAND, J.H., 2004

¹² SILVA, 2008: 4

¹³ ÁLVAREZ MUNARRIZ, 2015

realidad que subyace al funcionamiento de cada uno de los servicios que componen la totalidad de la institución. Complementando a este tipo de investigación aquellas herramientas que nos ofrece la Antropología (como son la observación participante, la entrevista en profundidad o el propio diario de campo, entre otras), obtenemos información de primera mano y observamos la forma de actuar de las personas, la coherencia o no que pueda haber entre su discurso explicitado y su comportamiento, A la vez que observamos el discurso exteriorizado verbalmente y el exteriorizado “no verbal” como formas de comportamiento¹⁴.

Este enfoque metodológico nos puede ayudar a conocer, entender y comprender el tipo de relaciones que se establecen entre los profesionales sanitarios en un servicio especializado, así como si se encuentra en ellas el origen de las estrategias que utiliza la propia institución para desvelar parcialmente la realidad latente en el funcionamiento de la misma, en pos de la consecución de poder ofrecer la seguridad asistencial que va ligada a la calidad en el ámbito del funcionamiento de este tipo de instituciones.

APLICACIÓN DEL MODELO DIMENSIONAL ANTROPOLÓGICO

Asociamos seguridad, o mejor dicho, inseguridad o falta de seguridad, a un tipo de factores que pueden afectar a nuestras vidas de manera negativa. Van asociados a elementos que no deseamos y no controlamos; que nos afectan pero sobre los que no podemos ejercer ningún control y, por tanto, entran en el ámbito del azar, o mejor dicho, de lo invisible y del ser “en potencia”. Necesitamos saber el porqué de todas las cosas que nos suceden, sobre todo de aquellas que no hemos organizado ni autorizado su ejecución. En este sentido, como nuestros primeros ancestros, la inseguridad o inestabilidad mental que nos procura la falta de ese control, sobre lo que nos sucede sin planearlo, determina, de alguna manera, la organización de los valores y el orden de los mismos en los esquemas mentales de la persona, incidiendo en el mundo de las creencias.

El modelo cultural que ofrece la Antropología para tratar el tema de la seguridad, trabaja las dimensiones¹⁵ individual, social, simbólica y territorial. En esta exposición nos centramos en la dimensión individual en tanto que se relaciona con las amenazas que percibe la persona, trabajador, en su lugar de trabajo y que puede llegar a afectar a su integridad física, la dimensión social, por entrar en juego las relaciones entre el equipo de trabajo que desempeña sus funciones en un determinado servicio hospitalario y el supervisor del mismo como representante de la organización de la que forma parte, y a la dimensión simbólica ya

¹⁴ LEANDER, 2015: 7.

¹⁵ ÁLVAREZ MUNARRIZ, 2013; CROSSTON, 2015.

que aparecen formas de pensar cuando hablamos del código implícito que se configura, se comparte y extiende a la hora de establecer la comunicación que tiene lugar en las relaciones entre los profesionales de estas instituciones.

Centrándose en la persona, la dimensión individual está relacionada con las amenazas que éstas pueden sufrir¹⁶. En el ámbito hospitalario, nos referimos a las amenazas no tanto físicas como psicológicas que pueden afectar al trabajador y a su manera de realizar las funciones propias de su puesto de trabajo, ya que las de tipo físico se consideran más objetivamente controladas en cuanto a que son objetivadas en los protocolos de actuación y se basan en el conocimiento académico adquirido durante la formación como profesionales de este tipo de contextos.

Hemos de tener en cuenta que en este tipo de trabajos, las personas se encuentran a ambos lados de una línea imaginaria que se establece entre el ser usuario (paciente) y el ser trabajador (profesional); hacer uso de dicho servicio o hacer que funcione el mismo y, como “*todos somos personas y como tales debemos ser tratados*,¹⁷” reglas existentes que han de asegurar la seguridad de las mismas, han de ser no sólo efectivas sino también aplicadas en ambos sentidos, no solamente han de ir orientadas a salvaguardar la protección del paciente sino también la de los profesionales.

Desde la dimensión social, en este contexto del que hablamos, observamos tensiones en las relaciones que hay entre los miembros de un equipo. Tensiones que surgen, en ocasiones, como resultado de la relación que se establece entre el paciente o sus familiares con los profesionales del servicio; sin embargo, otras veces son generadas desde dentro, desde el mismo contexto de los profesionales, bien por la organización del trabajo, bien por la diferenciación entre los propios profesionales de las distintas categorías, y que se hace más patente en aquellas épocas del año en las que más se necesita la presencia de trabajadores temporales para cubrir las necesidades de producción (tiempos estivales de verano y navidades, principalmente).

Se apela al poder que se le atribuye al supervisor de cada servicio, para garantizar la seguridad del buen funcionamiento de los mismos. A su vez, éste cuenta con la confianza puesta en el personal “antiguo” para que tal funcionamiento no se desestabilice y pueda llegar a ocasionar algún problema que pueda llegar a manifestarse de manera explícita tanto al paciente como a los familiares que lo acompañan; ni si quiera a otro tipo de profesionales que

¹⁶ AXWORTHY 1999.

¹⁷ ÁLVAREZ MUNARRIZ, 2013.

comparten el lugar de trabajo (contexto). Así, sabe que se actuará con eficacia ante cualquier situación que amenace el funcionamiento del servicio¹⁸.

Para evitar la inestabilidad hay leyes, normas, reglas; las que mejor funcionan son las establecidas por consenso del grupo.

En esta cesión perdemos parte de nuestra libertad. Seguridad a cambio de libertad¹⁹. Pero para que esta premisa pueda cumplirse la persona ha de estar implicada en la toma de decisiones que ha llevado a consensuar el acuerdo que llevará a establecer la norma de actuación. De lo contrario, el individuo que no se siente implicado adopta un comportamiento que amenaza la estabilidad del equipo de trabajo. Si no está dispuesto a ceder parte de su libertad, no se siente parte del equipo de trabajo y se erige ante los demás compañeros como elemento disruptor en el funcionamiento del servicio. Surge la identidad y la diferencia: el grupo frente al individuo. Aunque el funcionamiento del servicio no se ve afectado, por mantener la seguridad del cuidado del paciente por el resto del grupo, si que se ven enrarecidas las relaciones internas que se establecen en el equipo de trabajo.

Según como vea el equipo que actúa el supervisor, éstas se encallarán y darán lugar a un ambiente profesional susceptible de materializar el tipo de riesgos psicosociales que desemboquen en situaciones de burnout o mobbing, con el consiguiente absentismo laboral (o presentismo laboral).

“El reto consiste en ajustar adecuadamente la delicada conexión que debe establecerse en este binomio²⁰,” para que siga funcionando, de manera efectiva, la protección que permite que el individuo, persona, trabajador, perciba la seguridad que la institución en la que desempeña sus funciones le ofrece también a él.

El miedo, por parte de los profesionales que desempeñan funciones de organización y gestión de servicios, al desequilibrio en el funcionamiento de su área, se ve sustentado por el propio poder de control que se les otorga, de la misma manera que el miedo a experimentar consecuencias adversas, por parte de los profesionales que componen un equipo de trabajo en primer lugar afectarán al paciente y, en consecuencia a su forma de trabajar y, por tanto a su persona. Tal miedo a lo no visible, por no materializado, se expresa en una vivencia de inseguridad e inestabilidad emocional que, en ocasiones, puede llegar a la angustia.

La confianza en los miembros del equipo de trabajo de un servicio hospitalario, desarrolla un ambiente de profesionalidad si todos y cada uno de los miembros de dicho

¹⁸ ÁLVAREZ MUNARRIZ, 2013: 14

¹⁹ ÁLVAREZ MUNARRIZ, 2013: 14

²⁰ ÁLVAREZ MUNARRIZ, 2013: 14

equipo se consideran parte de cada uno de los grupos que lo forman: a igual puesto de trabajo, iguales funciones, igual responsabilidad e igual trato. Tales circunstancias proporcionan, de manera más factible, un ambiente de trabajo adecuado para conseguir la tan ansiada calidad institucional, la seguridad en el cuidado del paciente en el ámbito hospitalario.

Desde la dimensión simbólica se trabaja el concepto de *Seguridad cultural*". Se da por entendido, se supone (por acuerdos establecidos por el grupo social, y objetivados en leyes, reglas y normas de actuación) que, en este contexto sanitario, la persona "se despoja" de su identidad (individual y colectiva) para pasar a formar parte de un grupo "heterogéneo": profesionales del centro y "usuarios". Los primeros se identifican con los uniformes de trabajo y, dentro de los profesionales sanitarios (según los centros de trabajo), éstos se distinguen bien por colores, bien de los propios uniformes, bien localizados en los bolsillos de las batas o chaquetas. Existe un complejo código de identificación entre los profesionales sanitarios, solamente conocido por aquellas personas que *pertenecen* a dicho grupo. Así, nos encontramos que, por ejemplo, cuando un trabajador empieza un contrato en un centro hospitalario, va a ser identificado en función del uniforme que utilice. Si, lleva el uniforme estandarizado (color blanco, sin leyendas indicativas del centro en el que está), envía un mensaje (no había uniformes para darle y tiene que utilizar el que consiguió en las prácticas de algún curso de formación que realizó previamente). Si entra a trabajar en un servicio especializado (pediatría o urgencias), en donde los uniformes suelen ser diferentes al resto, de color blanco generalizado para el resto del centro, el mensaje será claro y conciso: es "nuevo", ya que se suelen entregar solamente al personal fijo o con contrato de larga duración (interinos, por ejemplo). De esta manera, observamos que, desde el primer momento y "desde dentro" (entre los profesionales de los centros hospitalarios) hay un código de identificación que "diferencia" y simboliza, no sólo el tipo de contrato que pueda tener una persona, sino que también asigna a la persona-trabajadora una experiencia y unos conocimientos diferentes en grado a los del resto del personal con los que desempeña sus funciones (que sí que son las mismas para todos). Este código de identificación es solapado cuando el trabajador "nuevo" repite en el servicio y es "reconocido" por los (ya) "compañeros" del mismo. Si bien en la situación de iniciación se le llama "compañero" por ser una forma útil y rápida de solicitar su atención por desconocer su nombre, con el tiempo ese concepto pasa a adquirir todo su significado pero sin ser mencionada de manera explícita.

La forma de vestir, que en principio puede parecer algo trivial en el desempeño de este tipo de trabajos, no sólo tiene significado para aquellos "agentes externos" al grupo de los profesionales del centro, ya que es la manera que tienen de identificar a aquellas personas que

pueden ofrecerles algún tipo de información u orientación relacionada con su situación en el centro hospitalario, sino que también *significa*, para los propios trabajadores.

Desde el punto de vista de los “usuarios”, esa forma de vestir generaliza, hace que desaparezcan individualidades, e identifica a un grupo de personas que puede proporcionarles, entre otras, información, amparo, comprensión, ayuda, pero sobre todo, seguridad a la hora de poder desenvolverse en un medio en el que, no sólo se les despoja de su identidad personal. Desde el momento en que una persona entra por una puerta de urgencias, deja de ser ella para pasar a ser una patología; se le quita su ropa y sus pertenencias para ponerle un “uniforme” (pijama o camisón) que sólo le distingue por tallas; se le asigna un número de habitación y se le pide que cumpla unas normas que, en ocasiones desconoce. Ideologías, clases sociales, culturas, religiones, costumbres, incluso familiares, desaparecen. Pasan a ser *enfermos, pacientes*. Será cuando estén preparados para salir cuando recuperan su “ser persona”.

Dicha *pretendida* invisibilidad, que no desaparición, de las características que nos definen como somos a cada uno como personas, puede hacer que las relaciones que se establecen dentro de este contexto desemboquen en fricciones, pudiendo llevar a tensiones que desestabilicen el funcionamiento del sistema en el que nos encontramos, poniendo, con por tanto, en peligro la seguridad de las personas que se encuentran en él.

“*El sentimiento de pertenencia es una necesidad vital de las personas (...) y se considera un valor que todos tienen que respetar.*”²¹ Si el nivel individual es importante por ser en el que clasificamos, distinguimos y tomamos decisiones, elegimos. El nivel social lo es porque en él interactuamos, *experimentamos* nuestro conocimiento; ponemos en práctica nuestro esquema, la clasificación que estamos organizando en nuestra mente. Por eso, para actuar de una u otra manera determinada, debemos conocer las reglas que rigen esa forma de actuar que se nos está pidiendo que sigamos. Entonces y sólo entonces, una vez que tengamos esa información, no sólo la conoceremos sino que la interiorizaremos y la clasificaremos reforzando nuestro marco conceptual, por el que nos guiamos a la hora de actuar, a la vez que nos da seguridad.

“*La cualidad humana de “ser distinto” no es lo mismo que la alteridad*”. (...) Ambos conceptos forman parte de la *pluralidad* y esa, es una condición humana, “*básica condición tanto de la acción como del discurso, tiene el doble carácter de igualdad y distinción*”²². Por eso, cuando la persona se dirige a los demás de una forma concreta, está informando cómo de

²¹ ÁLVAREZ MUNARRIZ, 2013: 18

²² ARENDT, 2005: 200

cómo es a los que están en su mismo entorno, a la vez que demanda una atención en función de esa información que quiere que los demás conozcan a cerca suya. Profesionales sanitarios y usuarios comparten tal condición pero, el conocimiento sobre determinada información es lo que los sitúa en los distintos planos separados por esa línea imaginaria que estructura las relaciones entre los distintos agentes participantes de este tipo de sistemas (hospitalarios/sanitarios), pero a la vez interrelacionados por la situación que los congrega.

En este punto, entra en juego la consideración de la *conciencia* como toda la información que nuestro cerebro posee en sus distintas áreas²³. A la vez, el nivel de información que cada persona tiene está relacionado con distintos niveles de conciencia, de ser consciente, de la persona. Por esta distinción, una persona no puede ser consciente de una información que no tiene. El primer nivel, el que Álvarez Munárriz denomina como *intuitivo*, es el que facilita la adaptación del individuo a su entorno y le proporciona, de una manera rutinaria, la capacidad de reaccionar ante las situaciones que se presentan en su día a día. Estando, por tanto, relacionado con la actividad cotidiana en tanto en cuanto que poseemos una información básica a la vez que necesaria y esencial para actuar, lo que implica que tenemos una percepción consciente de lo esencial.

“La salud es un valor tanto individual como social y quienes se relacionan con ella, directa o indirectamente, desde el ámbito profesional y con responsabilidad, son excelentes agentes de los cambios sociales positivos. Los profesionales sanitarios no deben desestimar ni infravalorar su gran influencia social, así capacidad para crear estados de opinión. La comunicación en salud, a nivel del individuo o en grupo, es la que se ejerce directamente en la relación con el paciente. Por ello es importante que el profesional sociosanitario conozca los mejores métodos de transmisión de información, no solo de los conocimientos técnicos necesarios” (López-Santacruz y Cámara, 2015: 82).

Es un conocimiento adquirido dentro del grupo cultural al que se pertenece, y el que se utiliza para poder desenvolverse en el quehacer diario; la experiencia habitual. Cuando emerge ante nosotros una situación desconocida o problemática, se activa un nivel superior de conciencia que hace que nos centremos en esa situación, dedicando tiempo y reflexión, pasando entonces a “ser conscientes” y utilizando todos los mecanismos que nos ofrece nuestro cerebro (nuestros mapas conceptuales, esquemas cognitivos) para poder, no sólo conocer exhaustivamente dónde nos encontramos, sino también entender y poder llegar a comprender lo que significa, a la vez que ser capaces de identificarla y asimilarla a experiencias anteriores que nos aportan seguridad; o por el contrario, considerarla como algo

²³ÁLVAREZ MUNARRIZ, 2014

peligroso por desconocido que nos transmite tensión e inseguridad, determinando nuestra forma de actuar de una u otra manera.

La forma de actuar de las personas se ve reforzada por la experiencia, de la que se sirven para adaptarse o modificar el medio en el que se encuentran. Tal experiencia les sirve como herramienta para verificar el “valor” que tienen las reglas/normas que rigen su comportamiento; valor que vendrá dado por la percepción que cada uno tiene acerca de si dichas reglas funcionan o no, si son más o menos útiles. A menor utilidad, menor funcionalidad y menor valor, con lo que, con el tiempo, tenderán a desaparecer y a ser sustituidas por otras normas que sean más útiles (con más valor, o más valoradas) para los agentes. Pero, las experiencias personales también determinan la construcción de las etiquetas identificativas que condicionan las relaciones que, en este caso, se establecen entre los propios profesionales, y entre éstos y el medio en el que están y serán la base de las estrategias que adopten a la hora de actuar. Tales construcciones muestran la percepción que tienen los diversos colectivos a cerca de las posibles vulnerabilidades que se pueden desencadenar en los contextos en los que se mueven diariamente, así como la creación de las mismas en dicho contexto²⁴.

Por todo ello, la toma de decisiones basada en dichas estrategias, harán efectivo el sistema (contexto hospitalario) si sirve para que los agentes (profesionales y usuarios) se adapten a cada situación, o cambien a nuevas estrategias, según la información que manejan. La flexibilidad pasa a ser una característica que los define de manera que, a pesar de los cambios de los componentes (agentes-trabajadores), el sistema mantiene su coherencia.

Es importante, por esta razón, que los profesionales sanitarios también sean conscientes de todo ello para que, partiendo de sus conocimientos acerca de la diversidad que reina en el medio en el que llevan a cabo su trabajo, actúen de la manera más adecuada favoreciendo un tipo de relaciones que les acerquen a la consecución de sus objetivos: los cuidados y la seguridad del paciente.

Es substancial tener en cuenta la diversidad cultural, pero también saber cómo afrontarla para evitar tensiones (tanto entre los profesionales de la salud con los usuarios, como entre ellos mismos) que originen situaciones de peligro, que pueden terminar con la seguridad que todos los agentes en juego persiguen en el contexto que comparten.

CONCLUSIÓN

²⁴ ACOSTA, 2005

Si algo puede aportar la Antropología al campo de la salud, y en relación con la seguridad, es la manera cómo concibe a la persona y la forma de acercarse a ella. La observación participante ayuda a los profesionales de la salud a integrarse, de manera activa a la vez que expectante y consciente, en el contexto en el que han de desarrollar su trabajo. Condiciona la manera en que se accede a la información que transmiten las personas con las que se relaciona (pacientes, familiares, compañeros), conociendo e interpretando de manera adecuada sus sistemas conceptuales, simbólicos, mediante los que se expresan e interpretan las situaciones que se producen en el medio en el que se encuentran, ya que percibimos no sólo comportamientos sino también sentimientos y actitudes.

Entonces, la capacidad que tenemos las personas para adaptarnos y cambiar el medio en el que actuamos, es otra herramienta que tenemos a nuestro alcance para planificar y modelar el medio-contexto en el que establecemos nuestras relaciones con el fin de conseguir satisfacer las necesidades que en cada momento se nos plantean, que en este caso se relaciona con la seguridad en el contexto hospitalario.

BIBLIOGRAFIA

- ACOSTA, V., 2005: *El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos*, Desacatos, nº 19, septiembre-diciembre, 11-24
- AIKEN, L.H., CLARKE, S.P., SLOANE, D.M., SOCHALSKI, J., SILBER, J.H., 2002: "Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction", *JAMA*, 288 (16):23-30
- ALVAREZ MUNARRIZ, L., 2013: "Enfoque antropológico de la Seguridad", en *Anthropology and Security Studies*, de ANTÓN HURTADO, F. y ERCOLANI, G., Colección Cultura y Sociedad, Universidad de Murcia y Nottingham Trent University, College of William and Mary (USA), p. 6-24
- ÁLVAREZ MUNÁRRIZ, L., 2014: "El modelo neurobiológico de la conciencia", *Revista de Antropología Iberoamericana*, Volumen 9, nº1, Enero-Abril, 9-24
- ÁLVAREZ MUNÁRRIZ, L., 2015: *Categorías Clave de la Antropología*, Signatura Demos, Sevilla
- ANTON, F., 20013: "Seguridad en las sociedades complejas", *Universitas*, Revista de Ciencias Sociales y Humanas, UPS Ecuador, AÑO XI, Nº19, P. 73-100
- ANTON, F. y ERCOLANI, G., 20015: "Antropología de la seguridad: de la estructura al sentimiento", *Cultura y Conciencia. Revista de Antropología*, Vol. 1

- ARANZA, J.M., 2006: Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005, Ministerio de Sanidad y Consumo
- ARENDT, H., 2005: *La condición humana*, Paidós Ibérica, cap. V: Acción.
- AXWORTHY, L.I. (1999): “La sécurité humaine: la sécurité des individus dans un monde en mutation” *Politique étrangère* 2.
- CHERNOFF, F. 2014: *Explanation and Progress in Security Studies: Bridging Paradigm Divides in International Relations*, Stanford, Stanford University Press.
- CROSTON, M. (2015): “Cultures, Conditions, and Cognitive Closure: Breaking Intelligence Studies’ Dependence on Security Studies” *Journal of Strategic Security* 8/3.
- ESTABROOKS, C.A., MIDODZI, W.K., CUMMINGS, G.G., RICKER, K.L., GIOVANNETTI, P., 2005: “The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality”. *Nurs. Res.*; 54: 74-84
- GIOVANNETTI, P., 2005: “The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality”. *Nurs. Res.*; 54: 74-84
- HOLLAND, J.H., 2004: *El ordeno culto: de cómo la adaptación crea la complejidad*, Sección de obras de Ciencia y Tecnología, México: FCE, pp.259-295
- HOLLAND, J.H., 2006: Studying Complex Adaptive Systems, *Journal of Systems Science and Complexity* 19: <http://hdl.handle.net/2027.42/41486>
- LARTIGUE, B. (2010-2011): “Diplomatie économique et sécurité humaine” *GÉOÉCONOMIE*. Hiver.
- LÓPEZ-SANTACRUZ Y CÁMARA, 2015: *Seguridad alimentaria*, Catarata, Catarata.
- MARCH, J.C., PRIETO, A., SUESS, A. Y ESCUDERO, M., 2006: “Seguridad del paciente: una perspectiva antropológica”, Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Granada; p. 27-41
- SILVA, G.F., 2008: “Sistemas Complejos Adaptativos: hacia el análisis de la cooperación entre Guardavidas Costeros”, *IX Congreso de Antropología Social*, <http://www.aacademica.com/000-080/370>
- STAGNARO, A., 2003: “Ciencia y debate antropológico: distintas perspectivas”, *Cuadernos de antropología social*, (versión On-line ISSN 1850-275X), Buenos Aires, sept/dic
- Calidad de la atención: seguridad del paciente*, 55 Asamblea Mundial de la Salud, 18/05/2002

Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS, Proyecto Séneca, Informe Técnico 2008

Excelencia empresarial y condiciones de trabajo: el modelo EFQM 2010, NTP 870, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, BOE 29/04/1986

Ley 16/2003 de 28 de Mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE 29/05/2003

Recomendación del Consejo de Ministros Europeos de 30 de Septiembre de 1997 sobre *Calidad de la atención: seguridad del paciente*, 55 Asamblea Mundial de la Salud, 18/05/2002