

**CON LA SEGURIDAD EN MENTE. CULTURA DE SEGURIDAD,
TRABAJO SOCIAL E INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR EN EL
ÁMBITO SANITARIO.**

*WITH SAFETY IN MIND. SAFETY CULTURE, SOCIAL WORK AND INTERDISCIPLINARY
INTERVENTION IN THE HEALTH FIELD.*

María Virginia Sánchez Rivas¹. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.
Universidad de Murcia. España.

Recibido: 3-2-2022

Aceptado: 27-5-2022

Resumen

Este trabajo pretende reflejar la filosofía que quedó contemplada en la Ley 7/2011, de máximo rango normativo sobre seguridad en el ámbito sanitario. Con la demostración sobre la necesidad de apostar y mejorar la seguridad de las personas en los sistemas sanitarios. Para ello se muestra la importancia de la Taxonomía y seguridad de los pacientes y, los principales modelos conceptuales y cultura de seguridad. Así mismo, recoge la importancia de la gestión y prevención del riesgo, con la necesidad de trabajar a través de modelos de gestión basados en el sistema sanitario. También exigen una renovación de acuerdos, mayor formación al personal

¹ E-mail: mariavirginia.sanchez@um.es ORCID: **0000-0003-1041-4787**

Doctora en Antropología Social por la Universidad de Murcia. Licenciada en Antropología Social por la Universidad Miguel Hernández en Elche, Alicante. Diplomada y Graduada en Trabajo Social por la Universidad de Murcia. Profesora asociada en la Facultad de Trabajo Social en la Universidad de Murcia. Trabajadora Social en el Servicio Murciano de Salud. Miembro del Comité científico en la revista Espacio y Tiempo en Trabajo Social. Pertenece al grupo de investigación Cultura y Sociedad. Departamento de Ciencia Política, Antropología Social y Hacienda Pública (Facultad de Derecho) Universidad de Murcia. Sus líneas de investigación están enfocadas en cultura y salud, seguridad, vulnerabilidad y exclusión social.

laboral sanitario y no sanitario, a las familias y pacientes. Es importante si se tienen en cuenta los actuales conceptos, la introducción de los modernos sistemas informáticos y cambios producidos por la innovación y nuevas tecnologías (NNTT), con la aparición de nuevas enfermedades y constantes transformaciones sociales, a los que se les tiene que dar respuesta.

Palabras Clave: Cultura, Trabajo Social, seguridad del paciente, gestión del riesgo, Salud Mental.

Abstract

This work aims to reflect the philosophy that was contemplated in Law 7/2011, of the highest regulatory Rank on safety in the health field. With the denostratio on the nedd to bet and improve the safety of people in health systems. For this, the importance of Taxonomy and patient safety is shown, as well as the main conceptual models and safety culture. Likewise, it includes the importance of risk managment and prevention,wiht the need to work through management models base don the health system. Theyalso demand a renewal of agreements, greater training for health and non-health workforce, families and patients. It is important if curent concepts are taken into account, the introduction of modern cumputer sustems and changes produced by innovation and new techologies (NNTT), with the appearance of new diseases and constant social transformations, which have to be given response.

Keywords: Culture, Social Work, patient safety, risk management, Mental Health.

1. Introducción

Desde el inicio de la Seguridad de Pacientes a partir del *Harvard Medical Practice Study*, Brennan (1991), se han realizado numerosos estudios a nivel mundial. En España se han llevado a cabo estudios sobre seguridad y Eventos Adversos (EA) de pacientes en hospitales, hospitales de media y larga estancia, en Atención Primaria y en residencias sociosanitarias. Estos estudios ponen de manifiesto que la seguridad de pacientes y los EA son un problema compartido en todos los escenarios asistenciales, con diferente magnitud, gravedad y distribución.

En la actualidad, la población desea obtener el mayor nivel de calidad de vida y seguridad, en relación a la salud. Exigen fiabilidad y seguridad en la atención sanitaria y, demandan el derecho a participar en su atención y en la toma de decisiones sanitarias o

socisanitarias. Las organizaciones sanitarias reconocen el importante papel que tiene la sociedad para garantizar su propia seguridad, facilitando al personal sanitario a llegar a un diagnóstico preciso y tomando las decisiones sobre las opciones terapéuticas y tratamiento para su problema de salud.

Con la aparición de la cultura de seguridad de pacientes en centros sanitarios se produce un cambio necesario que surge para que las organizaciones sanitarias puedan adaptarse a los cambios producidos en la atención sanitaria y sociosanitaria. Se intenta romper con el individualismo, la propiedad privada de la que hace mención Beck (2006) quien indica que en la sociedad del riesgo, se responde principalmente a los intereses privados de unos pocos. Se pretende realizar un cambio de paradigma. Es decir, pasar del modelo paternalista a un modelo de responsabilidad compartida.

Antes de continuar, es necesario detenerse en el concepto de cultura. Como bien recoge (Antón Hurtado, 2012, en White 1982, p, 338):

Para White, la cultura es un sistema organizado e integrado por tres sistemas estrechamente relacionados entre sí: el tecnológico, el sociológico y el ideológico. Considera que el componente tecnológico se encuentra “[...] compuesto por los instrumentos materiales, mecánicos, físicos y químicos, junto con las técnicas de su uso, con cuya ayuda el hombre, como una especie animal, es articulado con su hábitat natural” (White: 338). Este sistema, a través del conocimiento (la ciencia) y las herramientas (la tecnología) satisface las necesidades biológicas a las que se refiere Linton. El sistema sociológico “[...] está compuesto por las relaciones interpersonales expresadas por pautas de conducta, tanto colectivas como individuales” (p. 358).

En la actualidad, las organizaciones sanitarias y sociosanitarias, tiene como máxima prioridad, la efectividad y seguridad de las prácticas clínicas y sociales. Especialmente desde que diversos estudios pusieran en relieve la falta de seguridad y los efectos adversos que implican. Tomando como referencia el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente de Extremadura (2019) se observa que se producen elevados costes económicos, incremento de la mortalidad, la pérdida de años de vida ajustados por calidad, además del sufrimiento personal de quienes los padecen y sus familiares y la disminución de la capacidad funcional de las personas. Es decir, el llamado coste de la no seguridad.

La enfermedad mental cada vez más, surgen en edades más tempranas y se afrontan nuevas enfermedades anteriormente desconocidas. Por lo que la asistencia sanitaria y sociosanitaria, comporta en sí misma un riesgo para las personas atendidas, por lo que el riesgo

cero no existe en este ámbito. Según la RAE, seguro adquiere el significado de “libre y exento de riesgo”. Puesto que no es posible conseguir en el ámbito sanitario y sociosanitario, es imprescindible garantizar la asistencia sanitaria teniendo en cuenta la tercera acepción que describe la RAE, sobre seguridad, “cosa que asegura y protege contra algún riesgo o necesidad”. En términos antropológicos, siguiendo a Antón Hurtado y Ercolani (2015) el concepto de seguridad, es un concepto muy discutido entre estructuras políticas y de poder y conocimiento para imponer un sentido y un uso.

(...) para Campacci (2009) la palabra ‘seguridad’ proviene del latín ‘securitas’ cuya significación es ‘sin ansiedad’. ‘Securitas’ como ‘libertas’, ‘humanitas’, ‘civitas’ pertenecen a la categoría de nombres abstractos. Entonces una persona segura es una persona sin ansiedad, ‘sine cura’, y la dimensión de seguridad tiene que interpretarse como la ausencia de algo que es la emoción, sentimiento de ansiedad. La relación directa que se establece entre la palabra ‘seguridad’ y su definición etimológica ‘sin ansiedad’. (Antón Hurtado y Ercolani, 2015, p. 40).

Así es que el personal sociosanitario implicado en la atención al paciente y prestación del servicio, debe llevar a cabo las medidas necesarias para minimizar el riesgo en las actuaciones y cuidados, generando confianza en el Sistema Sanitario Público.

La seguridad del paciente, es clave y prioritario en la calidad asistencial y un componente fundamental de la bioética y deontología de los profesionales de la salud y en disciplinas vinculadas a la misma. Evitando la iatrogenia social y cultural, teniendo presente *primum non nocere* (lo primero es no hacer daño) de Hipócrates la preocupación por la seguridad del paciente en el ámbito sanitario ha sido una constante en la atención. Como indican Aranaz Andrés, J.M.; Áibar Remón, C.; Mira Solves, J.J.; Vitaller Burillo, J. (2017) en su libro:

“La causa principal de la actualización de un concepto tan clásico estriba fundamentalmente en un cambio de paradigma, que ha transformado la seguridad de un compromiso exclusivo establecido entre el profesional y el paciente hasta un cambio de cultura de toda la organización sanitaria, que atañe a todos los profesionales implicados en los cuidados sanitarios, incluidos los líderes de la institución y del sistema sanitario, los procesos y planificación del trabajo, los equipos y tecnología sanitaria, y por supuesto, los pacientes y sus familiares”. (Aranaz Andrés, J.M.; Áibar Remón, C.; Mira Solves, J.J.; Vitaller Burillo, J.2017, p, 43)

2. Taxonomía: seguridad de los pacientes

Tomando como referencia el cuaderno técnico de Salud Mental “Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en Salud Mental” de Elvira Peña, L (2011), no tiene sentido si no existe una taxonomía muy consensuada que establezca acuerdos a nivel nacional e internacional, incorporar la cultura de gestión de riesgo y análisis. En este sentido, son destacables los esfuerzos que desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han realizado en relación a la clasificación internacional de la seguridad del paciente y, *la Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations (The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events)*².

Aunque en la actualidad, la taxonomía en seguridad del paciente, no es una cuestión cerrada, es destacable señalar que existen varias iniciativas desde el Ministerio de Sanidad español, que proponen consensuar esta terminología.

A continuación se ofrecen una serie de definiciones básicas, extraídas del cuaderno técnico de Salud Mental “Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en Salud Mental” en Elvira Peña (2011) que pueden ayudar a introducir el conocimiento.

Seguridad del paciente: riesgo mínimo irreducible de lesiones o complicaciones evitables o ausencia de estas, como consecuencia de la atención recibida a los problemas de salud.

Evento o suceso adverso: Acontecimiento imprevisto o no deseado que tiene consecuencias negativas y puede ser evitable, perdurables o no, para el paciente y/o la institución sanitaria.

Factor contribuyente: circunstancia o acción que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un evento adverso o que actúa como factor de riesgo para que éste se produzca. Pueden relacionarse con factores externos a la organización sanitaria, con la propia organización sanitaria (fallos del sistema), con el personal sanitario (error humano) o con el paciente.

Error: acción fallida que no se realiza tal como se planificó.

Evento centinela: inesperado que tiene como resultado la muerte, daños físicos o psicológicos graves e irreversibles o el riesgo que se produzcan.

Impacto: resultado o efectos del error o de los fallos del sistema referidos a la lesión producida al paciente. Los resultados o daños para el paciente pueden dividirse en

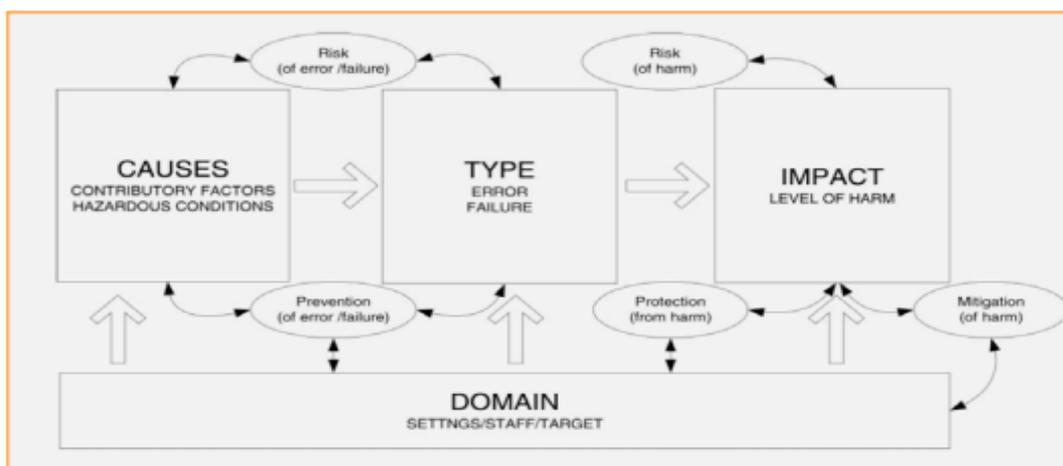
² Más información en: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/short/17/2/95>
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/es/index.html>

enfermedad o su complicación, lesión, sufrimiento o discapacidad.

Prevención y planes de contingencia: medidas tomadas o propuestas para reducir la incidencia y los efectos de los eventos adversos o para mejorar su detección precoz. Barreras del sistema es un término similar. (Elvira Peña, L, 2011, p 11).

La taxonomía de JCAHO despliega un marco de análisis común de EA como se puede observar fundamentado en el esquema adjunto.

Figura 1. Marco de análisis común de eventos adversos de riesgos



Fuente: Elvira Peña, L (2011). *Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios en Salud Mental*. Ed. Consejería de Sanidad y Dependencia Servicio Extremeño de Salud. (Pag, 12)

3. Modelos conceptuales y cultura de seguridad de los pacientes

Como indica (Beck 1992; 2006) el riesgo no se puede calcular con precisión sino por probabilidades. Es difícil que las prácticas sanitarias estén completamente libres de riesgo, por tanto es indiscutible que se debe minimizar los riesgos inherentes a la asistencia. La seguridad del paciente no puede dejarse librada a la práctica profesional basada en la costumbre, la confianza pasiva o las buenas intenciones, si se tiene en cuenta la alta complejidad asistencial y el alto grado de expectativas en la sociedad respecto a los resultados de las intervenciones sanitarias. Como indica Antón Hurtado (2012) “participamos de la sociedad del riesgo que describe Ulrich Beck (2010) en la que el porvenir no es incertidumbre, sino posibilidades, que no responden a procesos de cálculo rigurosos, sino a los intereses privados de unos pocos”.

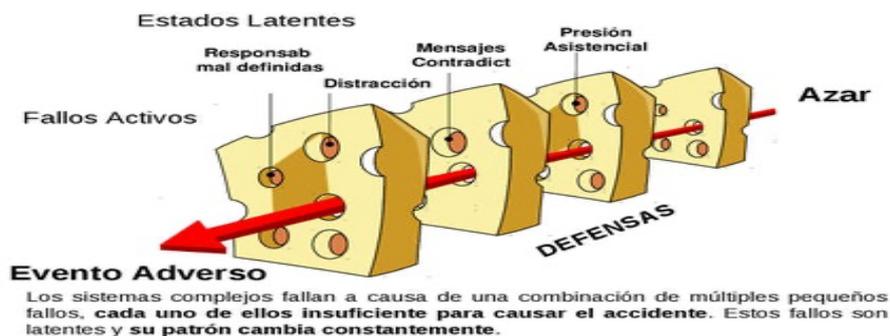
Aunque esto puede generar debate, en ámbitos sanitarios con diagnósticos complejos, como sucede habitualmente en Salud Mental, atendiendo a Bach (2015) en ciencia e investigación sanitaria y social, las creencias son el fin del conocimiento y son basadas en

verdades subjetivas. La preocupación por la seguridad del paciente, exige conocer cuáles son los procedimientos más eficaces, seguros y eficientes, necesarios para ellos y para la sociedad en general. Basados en la ciencia y no en la costumbre, los hábitos y la intuición.

Principalmente, en modelos de gestión de riesgo, existen dos tipos: los centrados en el sistema y los centrados en la persona. Según el cuaderno técnico de Salud Mental “Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en Salud Mental” de Elvira Peña, L (2011) un modelo de gestión de riesgos centrado en la persona se basará básicamente en la detección de olvidos, errores descuidos, actitudes imprudentes o negligentes. Focalizado en cuestiones medidas disciplinarias, punitivas, la caza de culpables que limita el conocimiento y la comunicación abierta a raíz de la experiencia. Es evidente que el factor humano es muy importante y que por muchas medidas de seguridad que se puedan establecer, el profesional es quien ejecuta la última acción. Pero la gestión del riesgo y la seguridad, no puede centrarse únicamente en la persona. Las situaciones imprevistas, la carga de trabajo, los pacientes graves y pacientes complejos y una serie de circunstancias que obligan al profesional a estar sometido bajo presión, con tiempos muy ajustados para la atención sociosanitaria del paciente, que indudablemente, pueden provocar errores.

En la actualidad, es más viable establecer como marco de análisis del riesgo los modelos de gestión de riesgos centrados en el sistema, y está basado en las ideas aceptadas que errar es posible y es humano. El sistema debe ser nutrido de barreras que protejan a los usuarios de situaciones adversas. Ante el error, se debe investigar y analizar cómo y por qué fallaron los elementos de protección y defensa para insistir en ello y mejorarlo, sin señalar a culpables. Es ilustrativo tomar como referencia el modelo del queso suizo de Reason (2009). Presenta las barreras del sistema sanitario como lonchas de queso. Simbolizan la posibilidad de reducir la aparición de riesgos adversos, mientras que los agujeros del queso, representan los fallos en estas barreras. La alineación simultánea en los agujeros de las barreras, mostrarían como consecuencia el EA. Estos fallos del sistema, refieren los estados latentes que condicionan la aparición de EA. Definiéndose así los conceptos de “condición latente” y “error activo”.

Figura 2. Modelo de producción de Eventos Adversos (EA)



Fuente: Reason, J (2009). *El error humano*. Ed, Modus Laborandi .(P, 12)

Según Reason (2009), *la condición latente*: son los problemas relacionados con el diseño de la organización y la formación, que existen de forma previa a la producción de EA como pueden ser: personal insuficiente, equipo inadecuado, falta de tiempo, fatiga, inexperiencia, entre otros. También pueden darse condiciones relacionadas con factores ambientales, de gestión de información, liderazgo, proceso asistencial, equipamiento, entre otros.

El error activo: son actos inseguros cometidos por personas que están en contacto directo con el paciente o con el sistema y pueden ser, por ejemplo: imprudencia, negligencia, incumplimiento de procedimientos, entre otros.

Como se puede observar, la cultura de seguridad del paciente se enfrenta a cultura reactiva, punitiva y autoritaria. La cultura de seguridad del paciente, le interesa el sistema y sus condiciones latentes, analizando las causas que provocan el error buscando soluciones y oportunidades de aprendizaje. Es por ello que, algunos elementos básicos de la cultura de seguridad del paciente debe impregnar a toda la organización sanitaria que asume un enfoque sistémico de la gestión del riesgo, como indican Rocco, C; Garrido, A (2017) son:

- Reconocer errores cometidos, aprender de ellos, tenerlos presentes y actuar para mejorar.
- Compartir la información adquirida sobre EA.
- Comprender que los errores están relacionados básicamente con el sistema en el que se trabaja (estructura y funcionalidad de la organización y situación).
- Facilitar la comunicación de EA.
- Detectar precozmente el efecto adverso, analizar causas y diseñar planes de actuación para prevenir su recurrencia.

- Comprender que la seguridad del paciente debe formar parte de las estrategias, objetivos y líneas de trabajo.
- Asumir un enfoque no punitivo, constructivo, dirigido con especial atención a propiciar cambios en el sistema de trabajo.

4. Gestión y prevención del riesgo en pacientes

El desempeño profesional sanitario y sociosanitario, está basado en un proceso de toma de decisiones en el cual se ven involucrados distintos agentes en diferentes niveles de atención. Como bien indican Elvira Peña, L y Rodríguez Pérez, E (2011), desde la macrogestión, hasta las intervenciones sanitarias y no sanitarias directas, deben articularse medidas que favorezcan:

- El uso de prácticas seguras /basadas en la evidencia.
- La implantación de una cultura de seguridad del paciente y excelencia en un entorno no punitivo.
- La formación de los profesionales.
- El desarrollo de sistemas de información sanitaria y de notificación que registren los eventos adversos.
- La reducción de las condiciones sistémicas que faciliten la aparición de los eventos adversos. De esta manera, un elemento esencial en la gestión del riesgo es la mejora de las barreras sistémicas dirigidas a evitar los eventos adversos. Para conseguirlo, es necesario:
 - Establecer sistemas de comunicación seguros entre profesionales y entre éstos y los pacientes.
 - Definir las necesidades de recursos humanos, las funciones de los profesionales y los requerimientos para acceder a cada puesto de trabajo.
 - Supervisar las tareas complejas por profesionales con experiencia.
 - Automatizar y estandarizar procedimientos seguros de diagnóstico y tratamiento, (Elvira Peña, L y Rodríguez Pérez, E, 2011, p, 27).

El primer paso en la gestión del riesgo es la prevención de sucesos adversos en su triple vertiente: disminuir el riesgo de que aparezcan EA, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto. (Elvira Peña, L y Rodríguez Pérez, E 2011, p, 8).

La prevención primaria: se centra en la reducción de incidencia de eventos adversos

(EA). Favorece aspectos que intenta mejorar la seguridad del paciente reduciendo los factores que potencian la aparición de errores. Algunas de estas estrategias son aplicables en Salud Mental:

- Formar a profesionales apostando por la cultura de seguridad en el paciente, y en la organización.
- Erradicar procedimientos peligrosos no apoyados por la evidencia científica, empleando aquellos que muestren alternativas más seguras
- Emplear la evidencia científica en la asistencia y en la selección de métodos terapéuticos.
- Diseñar barreras de seguridad en el sistema y alertas clínicas.
- Crear mapas de riesgos sobre los procesos más prevalentes.
- Revisar las condiciones estructurales de las unidades hospitalarias.
- Introducir métodos y técnicas de identificación inequívoca de pacientes.

La prevención secundaria: pretende disminuir los aspectos negativos para el paciente y sanitario, mediante la identificación de los EA. A través de sistemas de vigilancia y notificación, mejorando los sistemas de comunicación entre servicios sanitarios, profesionales y actuando de forma proactiva con los pacientes.

La prevención terciaria: se enfrenta a los EA y sus consecuencias, intentando evitar la reaparición. Para ello, se basa en el análisis detallado y metodológico del EA y la comunicación efectiva con el paciente, el cual debe recibir una atención individualizada del problema.

5. Modelos de gestión del riesgo en el ámbito sanitario

Según Martínez López, F. J, (2003), la gestión del riesgo se sustenta en la actitud proactiva de las organizaciones sanitarias. Para Pérez Álvarez, M (2014) es necesario identificar y analizar los problemas de seguridad del paciente, así como las causas, con la finalidad de diseñar estrategias de reducción y prevención del impacto. Para ello, es necesaria la combinación de actitud preventiva con capacidad de aprendizaje reactiva.

La gestión del riesgo es una secuencia cíclica de fases que se asemejan a los ciclos de mejora continua:

1. Análisis de situación y contexto

Facilita el conocimiento de la organización, servicios, contexto, usuarios y, actividades. Permite obtener información previa a la identificación de riesgos. Las herramientas serán múltiples: definición estratégica basada en su misión/ visión / valores; análisis

DAFO definición de un mapa de procesos asistenciales; establecimiento de objetivos medibles a través de indicadores...

2. Identificación de riesgos sanitarios

Requiere un análisis exhaustivo que permita identificar los riesgos potenciales o el establecimiento de mapas de riesgo. Es conveniente recurrir a múltiples fuentes: expertos externos e internos, informes, documentos, encuestas, historias clínicas, evaluación de protocolos, reclamaciones, etc.

3. Análisis y evaluación de los riesgos

Análisis proactivo: Metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos), matrices de riesgo que valoren la probabilidad de aparición de un EA y su impacto potencial.

Análisis reactivo: Causa raíz, estudio de EA mediante diagrama de espina de pescado.

4. Planificación de estrategias

Posterior a la detección y análisis de los riesgos de la organización es necesario planificar estrategias, respuestas acordes al contexto, priorizadas en función de su factibilidad e impacto.

Teniendo presente la complejidad en la intervención clínica que se presente, es aún mayor la necesidad de obtener un modelo de intervención biopsicosocial seguro en beneficio del paciente, las familias y el sistema sanitario. Como se puede observar en el caso se expone a continuación, las problemáticas psicosociales son variadas y precisan de análisis diagnósticos individualizados, que requieren de tiempo para la atención directa a pacientes y familiares, que debido a un sistema colapsado, la atención no se puede realizar como se precisa, repercutiendo esta situación de forma directa en la seguridad del paciente. En el caso que se expone a continuación se puede observar la complejidad del mismo así como la necesidad de intervención a través de un equipo interdisciplinar.

Caso: Trastorno de personalidad por evitación.

Mujer de 20 años de edad, soltera, con un nivel socioeconómico medio y nivel intelectual alto. Sin antecedentes familiares de enfermedad mental u otros trastornos mentales. Vive con sus padres. Aislada, sin salir de casa. La paciente acudió a consulta por queja de sintomatología ansioso-depresiva. Mantenía relaciones sociales muy escasas con mala relación familiar. La paciente no deseaba asistir a su centro educativo y se negaba a afrontar los exámenes, así como ver a sus compañeros de clase. Con rutina de sueño inadecuada, presentaba desmotivación y apatía.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 2013), describe el Trastorno de la Personalidad por Evitación (TPE) como un trastorno caracterizado por no externalizar los momentos de angustia, alta sensibilidad a críticas, niveles altos de afectividad negativa, inhibición conductual y bajos niveles de extraversión. Diagnóstico que cada vez es más frecuente entre las sociedades modernas y el cual, según refieren numerosos investigadores, ha recibido poca atención desde la investigación clínica. A su vez, cabe destacar la alta comorbilidad que presenta con otros trastornos como pueden ser: de ansiedad social, depresiva y abuso de sustancias. Por lo que, complica su diagnóstico clínico y tratamiento (Lampe y Malhi, 2018). Como indica, Hales y Hyman (2013) en los pacientes diagnosticados de TPE, es muy complejo conseguir la participación del paciente para abordar su clínica, dificultando especialmente la alianza terapéutica. Lo que conlleva frecuentemente al abandono irregular del tratamiento (Lingiardi et al., 2005).

6. Conclusiones

La seguridad del paciente requiere objetivos bien definidos, planes y programas nacionales e internacionales que guíen la práctica profesional. Políticas sanitarias alineadas para conseguir mejorar la seguridad de pacientes, a través de estrategias y acciones que hayan ofrecido buenos resultados y mayor efectividad y eficiencia. Las decisiones e intervenciones del personal sociosanitario, deben estar fundamentadas en la mejor evidencia disponible, la cual haya demostrado efectividad y seguridad. Para que se pueda desarrollar una cultura de seguridad, la atención al paciente debe ser personalizada, proporcionando la información adecuada y necesaria para que las decisiones sean compartidas y, respete en todo momento los valores y creencias de cada persona.

Los pacientes, familiares y cuidadores son piezas claves y parte activa en la propia seguridad del paciente. La cultura de seguridad, precisa personas implicadas, esfuerzo, honestidad, transparencia y participación en las iniciativas y programas, en la definición de buenas prácticas, notificaciones de incidentes, divulgación de información que pueda prevenir los EA, interés en la formación profesional, etc.

En los últimos años organizaciones internacionales han puesto en relieve la importancia y necesidad de impulsar la seguridad de pacientes. Entre ellas, se puede destacar la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el Programa de Seguridad del Paciente, que ha sido considerado clave para el desarrollo de la seguridad de pacientes. Otra organización que también apuesta por la seguridad del paciente es, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con estudios sobre EA en hospitales.

A nivel europeo, también se han realizado diversos acuerdos de cooperación y compromisos entre los que destacamos la Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente en 2005 y las Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea sobre seguridad del paciente y un apartado específico de control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS). También destaca la importancia de establecer acuerdos internacionales comunes en el que se contemplen directrices sobre como informar a pacientes sobre la calidad asistencial, intercambio de buenas prácticas, promover la formación de pacientes y familiares, cuidadores y/o tutores, así como fomentar la notificación como herramienta para diseminar la cultura de seguridad en pacientes.

Bibliografía

- Antón Hurtado, F. (2012). Antropología del sentido. *Revista de Antropología Experimental*. Num. 12. Texto: 27. 349-371.
- Antón Hurtado, F & Ercolani, G, (2015). Antropología de la seguridad: de la estructura al sentimiento. Recuperado de: <http://www.culturayconciencia.es/repositorio/1/2015-1-art3-fanto&gercolani.pdf>
- Aranaz Andrés, J.M.; Áibar Remón, C.; Mira Solves, J.J.; Vitaller Burillo, J. (2017) La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. Ed. Proyectos Editoriales S.A. https://www.anuarioseguros.lat/admin/storage/files/MAPFRE_15.pdf
- Beck, Ulrich (1992), *Risk Society: Towards a New Modernity*, London: SAGE Publications.
- Beck, Ulrich (2006), *Power in the Global Age: A New Global Political Economy*, Cambridge: Polity.
- Beck, U. (2010). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona, Paidós.
- Bach, P. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis: Applying acceptance and mindfulness in the context of an inpatient hospitalization.
- Brennan, T. A, *Harvard Medical Practice Study I*. N Engl J Med. 1991 Feb 7;324(6):370-6. doi: 10.1056/NEJM199102073240604.
- Brennan, T. A, Leape LL, Laird NM, et al. (1991). Incidencia de eventos adversos y negligencia en pacientes hospitalizados: resultados de la práctica médica de Harvard Estudio I. N Engl J Med 1991; 324 :370 – 7.
- Elvira Peña, L (2011). *Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios en Salud Mental*. Ed. Consejería de Sanidad y Dependencia Servicio Extremeño de Salud. (Pag,

- 12)Recuperado de:<file:///C:/Users/Mar%C3%ADa%20Virginia/Desktop/Seguridad%20Fina/Seguridadpacientesriesgossanitariossaludmental.pdf>
- Guijarro González, M. P; Pérez Jiménez, A. B (2019), *Plan estratégico de seguridad de pacientes de Extremadura*. Ed. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM V. Recuperado de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Hales, D. J. y Hyman, M. (2013). Trastornos de la personalidad II. En Oldham, Jhon y Fowler, Christopher (Coord.) Focus. A lifelong learning in psychiatry. Medical Trends
- Lampe, L. y Malhi, G. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 55–66. doi:10.2147/prbm.s121073.
- Lingiardi, V., Filippucci, L. y Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 45–53. doi:10.1080/10503300512331327047.
- Martínez López, J. M, (2003). La gestión de riesgos sanitarios y los derechos de los pacientes. La ley 41/2002. Notas para un programa de gestión de riesgos. *Elsevier*. Vol 1, num. 3. 487-512. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-gestion-riesgos-sanitarios-derechos-13051690>
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Reason, J. (2009). *El error humano*. Ed, Modus Laborandi.
- Real Academia de la Lengua Española (RAE). Recuperado de: <https://www.rae.es/drae2001/seguro>
- Rocco, C; Garrido, A. (2017), Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Elsevier*. Vol, 28. Num, 25. 785-795 . Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>