



# EL FARO

DEL CUIDADO

## ALCEMOS LA VOZ!



*María Elena Romano*

La excelencia no se mide solo por los casos de éxito o las altas médicas. La verdadera medida de nuestra calidad reside en nuestra capacidad de ser honestos con nosotros mismos cuando las cosas no salen como esperábamos. A menudo, en el entorno de la salud, el error ha sido tratado como un tabú, una mancha en el expediente o un motivo de vergüenza.

Sin embargo, desde esta Fundación, queremos proponerles una mirada distinta: el reporte de un incidente no es una admisión de debilidad, sino un acto supremo de profesionalismo y ética.

Cuando ocultamos un “casi-error” (lo que llamamos Near Miss), estamos dejando una trampa. En cambio, cuando reportamos estamos impidiendo el próximo error.

## UN COMPROMISO DE IDA Y VUELTA

Fundación SPINe

La seguridad no es la ausencia de errores —porque errar es humano—, sino la presencia de defensas robustas. Y nuestra defensa más poderosa es la información.

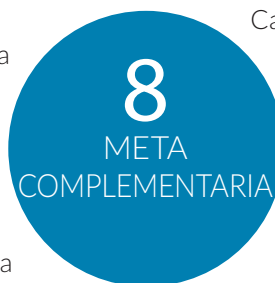
Sabemos que para que las personas reporten, deben sentirse seguros. Por eso, este boletín reafirma el compromiso con la Cultura Justa. No hay que buscar culpables; sino buscar las fallas en nuestros procesos, en nuestros equipos y en nuestros sistemas.

El costo del silencio en salud es demasiado alto.

Una institución que no aprende de sus incidentes está condenada a repetirlos. Por ello, les invitamos a ser protagonistas de este cambio.

Cada vez que usemos un formulario digital o una planilla simplificada, no estamos llenando un papel; estamos salvando una vida que aún no ha llegado a nuestras manos.

Estamos construyendo una organización donde todos —médicos, enfermeros, técnicos y pacientes— podemos confiar los unos en los otros.





## GUIA RAPIDA PARA LIDERES

Fundación SPINe

*Usa estos 10 puntos cada vez que ocurra un error o incidente en el equipo que lideras*

### 1. **Respira y posterga el juicio:**

Antes de hablar, recuerda que el objetivo es entender qué pasó, no encontrar un culpable. Evita reacciones emocionales o punitivas inmediatas.

### 2. **Prioriza la seguridad y el apoyo:**

¿Está todo el mundo bien? Antes de investigar, asegura el área y ofrece apoyo a la "segunda víctima" (la persona que cometió el error y probablemente está bajo mucho estrés).

### 3. **Cambia la pregunta:**

Sustituye el "¿Quién fue?" por un "¿Qué condiciones permitieron que esto pasara?".

### 4. **Aplica la "Prueba del Sustituto":**

Pregúntate: "Si pongo a otra persona con la misma experiencia en esta misma situación, ¿podría haber cometido el mismo error?". Si la respuesta es sí, el problema es el sistema.

### 5. **Busca la "Brecha del Trabajo Real":**

Investiga si el empleado tuvo que tomar un atajo debido a falta de tiempo, herramientas rotas o procesos confusos.

### 6. **Escucha sin interrumpir:**

Deja que los involucrados narren los hechos. A menudo, el detalle más pequeño es la clave de la falla del sistema.

### 7. **Identifica la categoría de la conducta:**

Clasifica la acción objetivamente: ¿Fue un error humano involuntario, una deriva por presión, o una negligencia temeraria?

### 8. **Define una acción sistémica:**





Por cada medida que afecte a una persona (capacitación), implementa al menos una medida que afecte al sistema (cambio de diseño, mejora de iluminación, actualización de software).

### 9. **Cierra el ciclo de feedback:**

Informa a quien reportó el error sobre qué cambios se hicieron gracias a su honestidad. Agradece el reporte públicamente si es posible.

### 10. **Audita tu respuesta:**

Después de resolver el caso, pregúntate: "¿Después de cómo manejé esto, mi equipo tendrá más o menos miedo de contarme el próximo error?".

● CUASI-INCIDENTE (Casi pasó)	● INCIDENTE SIN DAÑO (Pasó, pero sin lesiones)	● EVENTO ADVERSO (Pasó y hubo daño)
 <p><b>Situación:</b> El error ocurrió pero <b>SE INTERCEPTO</b> antes de tocar al paciente.</p> <p><b>Ejemplo:</b> Notaste una alergia en justo al momento de inyectar.</p> <p><b>Foco:</b> ¡Felicidades! Tu barrera funcionó. Reporta para reforzarla.</p>	 <p><b>Situación:</b> El error <b>ALCANZÓ</b> al paciente, pero por suerte o intervención, no hubo lesión.</p> <p><b>Ejemplo:</b> Administraste un suero al paciente de la cama de alado, pero era solución salina normal.</p> <p><b>Foco:</b> El sistema falló. Debemos entender por qué la barrera no funcionó.</p>	 <p><b>Situación:</b> El error alcanzó <b>paciente</b> y le causó <b>LESIÓN, DOLOR O COMPLICACIÓN.</b></p> <p><b>Ejemplo:</b> Una caída de cama que resulta en fractura o infección de catéter.</p> <p><b>Foco:</b> <b>Prioridad inmediata.</b> Análisis de Causa Raíz (RCA) para rediseñar el proceso.</p>
 <p><b>Regla de Oro del Reporte:</b> "No buscamos culpables, buscamos grietas en la sistema." Si lo viste, si hiciste o si frenaste... <b>¡REPÓRTALO</b></p>		

# EL CUASI-INCIDENTE ES EL SÍNTOMA

EL EVENTO ADVERSO ES LA ENFERMEDAD

## DEFINICIONES IMPORTANTES

Fundación SPiNe

*En la gestión de la seguridad del paciente, las palabras no son solo semántica; son herramientas de diagnóstico. Como expertos, sabemos que la mayor barrera para una Cultura Justa es la confusión terminológica.*

### Incidente:

Cualquier evento o circunstancia prevenible que ocasiona o no un daño innecesario a un paciente

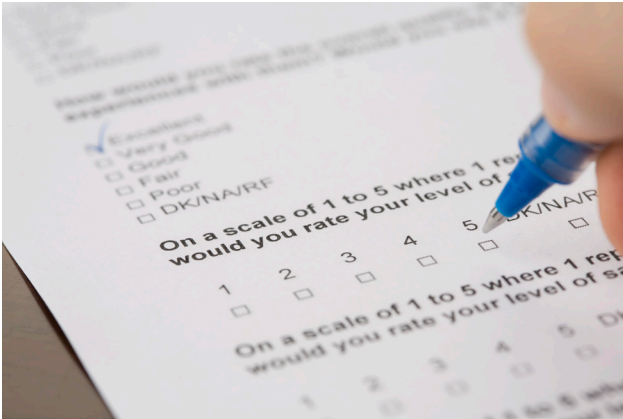
interceptado a tiempo, ya sea por una barrera de seguridad o por puro azar.

### Evento Adverso:

Es el incidente que si alcanza a paciente y le produce una lesión o complicación

### Cuasi-Incidente (Near Miss):

Es aquel error que estuvo a punto de alcanzar al paciente, pero que fue



## EL REPORTE

Fundación SPINe

*En la Era informática, los reportes de incidentes que mejor funcionan son los que se pueden acceder desde cualquier teléfono celular*

Al digitalizar se permite que los datos se conviertan automáticamente en gráficos para que el reporte sea más sencillo de visualizar y más fácil de compartir.

Idealmente un reporte debe contener:

- **El “Qué” (Sin juicio):** Una descripción objetiva de los hechos, evitando adjetivos o búsqueda de culpables.
- **La Gravedad (Triaje):** Clasificación clara entre Near Miss (cuasi-incidente), incidente sin daño o evento adverso.
- **El Contexto (Factores Contribuyentes):** Datos sobre carga de trabajo, distracciones, fallas en equipos o problemas de comunicación.
- **La Acción Inmediata:** Qué se hizo en el momento para mitigar el riesgo o proteger al paciente.
- **Anonimato / Confidencialidad:** Garantía explícita de que la información se usará para el aprendizaje sistémico y no para sanciones.

## Reporte y cultura

Fundación SPINe

*Tios sequis enim volor apis dolupta del et, quoditius dolore voluptur si odi utempos quateca turem.*

El reporte voluntario de incidentes no es una simple herramienta de recolección de datos; es el termómetro más preciso de la madurez cultural de una institución de salud. En una organización donde el personal reporta activamente —especialmente aquello que “casi salió mal”— se manifiesta una cultura basada en la seguridad psicológica y la responsabilidad ética, por encima del miedo al castigo.

Cuando un profesional se siente seguro para decir: “Me equivoqué” o “El sistema falló aquí”, la institución deja de ser un conjunto de individuos aislados y se convierte en un sistema que aprende. El reporte voluntario representa el paso de una cultura punitiva (que busca culpables) a una Cultura Justa (que busca soluciones).

## La Regla de las 4 R

- **Respuesta No Punitiva (Confianza):** Mantener la promesa de que el reporte honesto nunca será motivo de sanción. El personal debe ver que la institución protege a sus “segundas víctimas” (los profesionales que sufren por haber cometido un error).
- **Retorno de Información (Feedback):** Nada mata más rápido el reporte que el silencio. La institución debe mostrar qué cambió gracias al reporte. Si el personal ve mejoras tangibles (nuevas alarmas, cambios en protocolos, mejor iluminación), seguirá reportando.
- **Reducción de la Fricción (Accesibilidad):** Reportar debe ser más fácil que no hacerlo. La simplicidad en el diseño es un mensaje de respeto hacia el tiempo del profesional.
- **Reconocimiento del Centinela (Valorización):** Debemos dejar de premiar al “que nunca se equivoca” y empezar a valorar al que detecta riesgos y los comunica.



## #somospine

*Fundación sin fines de lucro dedicada a transformar la atención sanitaria a través de la seguridad del paciente y la atención centrada en las personas. Nos enfocamos a empoderar a líderes y profesionales de la salud con las herramientas y el conocimiento necesario para crear entornos de asistencia más seguros, humanos y eficientes.*

[www.fundacionspine.org](http://www.fundacionspine.org)  
[info@fundacionspine.org](mailto:info@fundacionspine.org)