

EL FARO DEL CUIDADO

CULTURA JUSTA



María Elena Romano

Durante décadas, el sistema de salud ha operado bajo una falsa premisa: que la perfección médica es una cuestión de mera voluntad y que el error es sinónimo de negligencia. Cuando algo sale mal en un hospital, la respuesta casi instintiva ha sido buscar un culpable, aplicar una sanción y cerrar el expediente. Pero ocultar el error no lo hace desaparecer; solo lo condena a repetirse en el anonimato.

La verdadera seguridad del paciente no nace del miedo, sino de la confianza. Una Cultura Justa traza una línea clara, pero compasiva.

Solo cuando transformemos el reporte de incidentes en un acto de valentía celebrado, y no en una delación temida, lograremos que nuestros hospitales sean lugares verdaderamente seguros.

LAS 10 HABILIDADES PARA FOMENTAR EL REPORTE

Fundación SPINe

Para el personal de salud y los líderes de servicios, desarrollar estas competencias es fundamental para transformar el error en una oportunidad de aprendizaje.

1. *Comunicación Asertiva y Abierta:*

Capacidad para reportar fallos de manera clara, sin temor a jerarquías o represalias.

2. *Escucha Activa y Empática:*

Por parte de los líderes, conteniendo emocionalmente al profesional, sin juzgar ni emitir veredictos apresurados.

3. *Pensamiento Sistémico:*

Habilidad para mirar más allá del individuo y analizar las fallas del entorno que facilitaron el error.

4. *Liderazgo Facilitador y Cercano:*

Capacidad de los jefes de servicio para modelar la vulnerabilidad e inspirar confianza en sus equipos.

5. *Comunicación de Malas Noticias:*

Compasión para informar un evento adverso de manera honesta, transparente y empática a los afectados.

6. *Resolución Colaborativa de*

Problemas:

Destreza para participar en análisis de causa raíz aportando soluciones constructivas.

7. *Gestión Emocional (Resiliencia ante el Error):*

Capacidad para afrontar el impacto psicológico de haber cometido un error (el fenómeno de la "segunda víctima").

8. *Humildad Intelectual:*

Reconocer los propios límites del conocimiento y de la capacidad humana, pidiendo ayuda a tiempo.

9. *Objetividad en la Evaluación:*

Habilidad de los comités de seguridad para separar el error humano aceptable de la conducta temeraria.

10. *Proactividad en la Mejora Continua:*

Compromiso para implementar y sostener los cambios en los procesos.



EL ALIVIO DE ALZAR LA VOZ

Fundación SPINe

LA HISTORIA DETRAS DEL REPORTE

Imaginemos a Lucía, enfermera de neonatología con diez años de experiencia. Al final de un turno extenuante de 12 horas, nota que administró una dosis duplicada de un antibiótico. El bebé está estable, pero el corazón de Lucía se acelera. En el viejo paradigma, ella habría guardado silencio, rezando para que no hubiera consecuencias.

Sin embargo, en su servicio se ha sembrado la Cultura Justa.

Lucía llena el formulario de reporte.

Al día siguiente, su jefa no la cita para sancionarla, sino para tomar un café. Juntas descubren que las ampollas de dos dosis diferentes tienen un diseño idéntico y que las alertas del sistema informático fallaron.

El reporte de Lucía salvó a decenas de bebés de correr la misma suerte.

Humanizar la seguridad es entender que detrás de cada reporte hay un profesional que necesita ser escuchado, no castigado.

La Sabiduría Compartida

El acto de reportar un incidente o un "casi-error" no debe entenderse jamás como una debilidad o una autodelación; es, en su esencia más pura, un acto de profunda generosidad

y responsabilidad profesional. ¡Cuando un enfermero, médico o farmacéutico documenta un fallo en el proceso, está rompiendo el ciclo del silencio y construyendo un escudo

protector para sus compañeros. Compartir la vulnerabilidad de una equivocación permite mapear los puntos ciegos del sistema.



LA SEGUNDA VÍCTIMA: CUIDAR A QUIEN COMETIÓ EL ERROR

Fundación SPINe

Cuidar a los que cuidan es el primer paso para asegurar que nadie tenga que ocultar un error por miedo a la destrucción de su propia identidad profesional.

Cuando ocurre un evento adverso, la prioridad absoluta e indiscutible es el paciente y su familia (la primera víctima). Pero, ¿qué pasa con el profesional de la salud que estuvo involucrado?

El peso de la culpa, el aislamiento y el miedo al juicio social y legal pueden destruir carreras y vidas. Es lo que la literatura médica denomina la “segunda víctima”.

Una institución que vive la Cultura Justa no abandona a sus profesionales en su hora más oscura.

Brindar apoyo psicológico inmediato, garantizar un espacio de contención libre de juicios y acompañar al profesional en el proceso de análisis del incidente son actos de profunda humanización.



El Consuelo del Sistema

Romper el paradigma punitivo exige cambiar la forma en que el sistema reacciona ante la crisis. Cuando ocurre un evento adverso, el impacto psicológico sobre

el profesional implicado —la segunda víctima— puede ser devastador, generando sentimientos de aislamiento, culpa patológica y un miedo paralizante. Si en ese momento

crítico el sistema responde con distancia, burocracia o señalamientos, destruye no solo la salud mental de su trabajador, sino también la confianza de todo el equipo.

Conclusión

Fundación SPINe

La Caja de Cristal de las Oportunidades

Desafiamos a todos los jefes de servicio, supervisores y profesionales de la salud a implementar en sus áreas la dinámica "Aprender en Público":

El Reto:

Durante los próximos 7 días, habiliten un espacio en sus reuniones de pase de sala o ateneos diarios (no más de 5 minutos) llamado "Mi aprendizaje de la semana". Un líder o profesional referente del servicio deberá comenzar compartiendo un error menor, un olvido o un "casi-error" (near miss) que haya cometido, explicando qué factor del entorno lo propició y cómo lo solucionó.

El Objetivo:

Desmitificar la infalibilidad médica. Cuando el equipo ve que su referente admite un error sin ser juzgado ni castigado, las barreras del miedo se desploman y los canales de reporte se activan de manera natural. ¡Anímense a transformar el error en conocimiento compartido!

H

Un error que no se comparte es una oportunidad de mejora que se le niega a toda la comunidad médica.

El verdadero indicador de la madurez de una institución no es la ausencia de errores, sino la rapidez y la calidez con la que abraza al profesional que se equivoca.

La seguridad del paciente nunca será el resultado de normativas rígidas o de manuales archivados en una biblioteca; es el resultado vivo de una cultura organizacional que respira empatía, justicia y aprendizaje constante. No podemos exigir procesos humanos si tratamos a nuestros profesionales como máquinas infalibles.

La Cultura Justa es el puente dorado que une la excelencia científica con la calidez humana, recordándonos que errar es humano, pero ocultar el error por miedo es un fallo del sistema que sí podemos —y debemos— sanar juntos.

¿Quieres herramientas prácticas, protocolos y guías descargables para implementar la Cultura Justa en tu servicio de salud?

Te invitamos a ser parte del cambio. Visita nuestra sección de Blog y recursos académicos en www.fundacionspine.org.

Cada martes y jueves renovamos nuestro compromiso con la comunidad científica aportando valor que transforma realidades en el cuidado de la salud.

¡Te esperamos!



Seguridad de Pacientes Integral Neuquén

#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
info@fundacionspine.org