

Evita culpar a otros y entiende mejor el **error humano**

Esta fuente de información es parte del proyecto de SAIF para líderes, el cual tiene la intención de ayudar a empleadores y líderes de organizaciones a establecer una cultura de seguridad sólida y sustentable usando conceptos y estrategias basados en estudios e investigaciones.

Una trabajadora de 26 años empezó su día laboral en la línea de procesamiento de pelar cebollas donde los trabajadores medio limpian las cebollas y las colocan en la banda transportadora. Después las cebollas pasan por una máquina que las corta y las pela.

Ya que ella necesitaba salir temprano para ir a una cita, le preguntó a su supervisor si ella podía limpiar la máquina después del día de producción en lugar de preparar las cebollas para el envío con otros trabajadores.

Después de conseguir el permiso de su supervisor, ella empezó la limpieza de la máquina soplando aire con la boquilla de una manguera de aire. Luego, lavó la máquina con la lavadora a presión.

Cuando ella terminó, notó que había pasto enrollado alrededor del eje giratorio hacia la cadena de colocación de la máquina. Ella caminó por la derecha alrededor de

la máquina y abrió la puerta de seguridad para sacar el pasto. La puerta de seguridad tenía un interruptor que apagaba la máquina si la puerta se abría mientras la máquina funcionaba, pero la máquina siguió corriendo.

Había un espacio de cuatro a cinco pulgadas entre los dos lados de la cadena que conectaba el piñón superior en el motor de impulsión a un piñón receptor en el eje giratorio. Ella creía que podría simplemente estirarse y agarrar la pequeña cantidad de pasto si lo hacía con cuidado.

Al estirarse para agarrar el pasto, su manga fue agarrada por el piñón receptor giratorio, el cual jaló su brazo dentro y le cortó la mano desde la muñeca.

Este incidente salió en la sección de notas de seguridad de las noticias de OSHA de Oregon, disponible aquí: <https://bit.ly/3wYVvKj>.



En un caso como éste, es fácil culpar a la trabajadora por la lesión porque ella abrió la puerta y metió su extremidad dentro de la máquina. Sin embargo, fueron los sistemas alrededor de la trabajadora, las circunstancias y la cultura del negocio los que provocaron este comportamiento.

¿Cómo fue el trabajador acondicionado para fracasar?

Los trabajadores entrevistados después del incidente dijeron que ellos no tenían permiso para abrir la puerta de seguridad. Luego ellos admitieron que todos lo habían hecho, pero normalmente la máquina se paraba. Tenían instrucciones de buscar al mayordomo (*foreman*) para abrir la puerta de seguridad cuando era necesario, pero la presión de tener que hacer el trabajo a veces acondicionó a los trabajadores a tomar el atajo. Además, la compañía no tenía procedimientos para cerrar y etiquetar (*lockout/tagout*) el equipo.

Todos estos factores crearon el contexto; las circunstancias que provocaron el comportamiento y por último, provocó una lesión.

Culpabilidad no compone el sistema

Aun los mejores trabajadores cometen errores. Los sistemas exitosos están diseñados para prevenir lesiones, aun cuando hay errores. Tienen sistema redundante para confirmar la seguridad.

Echar la culpa o castigar al trabajador no mejora el sistema. Los trabajadores dejan de reportar las lesiones, dejan de usar sus voces si algo sucede mal, y previene el aprendizaje de los errores que suceden y así prevenir eficazmente lesiones futuras.

Todd Conklin, consultor sobre el desempeño humano y organizativo, dice, “Los mismos trabajadores normalmente no ocasionan incidentes serios. Ellos pueden desencadenar condiciones ocultas dentro de los sistemas, procesos, y expectativas del sitio laboral”.

Resumen

Cuando se analizan los incidentes o lesiones en el lugar de trabajo, es más difícil y requiere más razonamiento para ver más allá de las acciones de los trabajadores, pero vale la pena. La manera más eficaz de crear un lugar de trabajo seguro es crear procesos que examinan los sistemas en vez de echar la culpa a trabajadores.

Sidney Dekker, en su libro titulado, La guía práctica para entender el error humano (*The Field Guide to Understanding Human Error*), nos dice:

“Puedes ayudar a cambiar la manera que tu organización considera el ‘error humano’. Esto empieza con preguntas, ver las cosas de otro punto de vista y usar lenguaje diferente”.

“Bajo cada historia simple y obvia sobre el ‘error humano’, existe una historia más profunda y compleja sobre la organización”.

Ideas de actividades

- Piensa en un incidente o lesión reciente en tu local y habla de eso. ¿Tuvo que ver con el comportamiento de un trabajador? Habla del contexto que provocó la lesión.
- Estudia los reportes de investigaciones en la página web de *Oregon Fatality Assessment and Control Evaluation*: ohsu.edu/oregon-fatality-assessment-control-evaluation. Selecciona un tema y habla en grupo. ¿Notas los asuntos del sistema en total?