

¿Por qué ocurren los accidentes?

El abordaje de la seguridad ha sufrido múltiples modificaciones a lo largo del tiempo. ¿Cómo debe explicarse la ocurrencia de un accidente? ¿Cuál es el enfoque más adecuado? ¿Cuál es el punto más importante al que se le debe prestar atención a fin de trabajar en la prevención? ¿A las personas? ¿A las organizaciones? ¿A ambas? ¿En qué proporción?

La gestión de la seguridad ha cambiado a lo largo de los años. El foco ha virado de las máquinas y los aspectos técnicos a las personas y sus actitudes y conductas. Ante la ocurrencia de un accidente, la consideración de estas variables por separado parece insuficiente para dar cuenta de la multiplicidad de causas y aristas en juego. Una mirada integral resulta más prometedora. Dentro de los enfoques sobre seguridad, se pueden distinguir tres modelos que le dan distinto peso a lo individual u organizacional.

1. **El modelo personal:** El acento de la seguridad recae en las personas y en su capacidad de elegir “libremente” entre comportamientos seguros e inseguros. Las principales causas de los errores y accidentes están puestos en los factores individuales como la falta de atención o de memoria, la desmotivación, la falta de cuidado o de destrezas, la escasez de conocimientos o de experiencia. La responsabilidad de un accidente recae especialmente en la persona que presionó el último botón. El último eslabón de la cadena. Desde esta perspectiva, las medidas preventivas están más orientadas a revertir únicamente los factores de la persona, a través de un sistema de premios y castigos, auditorías, mejora en los procesos de selección y capacitación del personal.
2. **El modelo de la ingeniería:** La seguridad es percibida como algo que hay que “instalar” a través de la ingeniería, específicamente la ergonomía. Los errores humanos no se consideran simplemente el producto del comportamiento individual, sino como el emergente de los desajustes entre el ser humano y la máquina. El foco está puesto en las características del lugar de trabajo o de la relación entre el hombre y la máquina.

3. **El modelo organizativo:** El presente modelo implica un cambio radical en relación al modelo personal. El error humano es conceptualizado más como una consecuencia que como una causa de un accidente. Los errores son “síntomas” que revelan la presencia de condiciones latentes en el sistema en general y afectan negativamente a la integridad de las defensas.

El enfoque organizacional cobra un valor primordial como sustrato básico en el que los aspectos técnicos y humanos se desarrollan: da sustento a los valores, las decisiones, las prácticas y los hábitos de trabajo. Posee la ventaja de brindar una mirada más completa e integral sobre la seguridad, y por lo tanto más fructífera para todo trabajo preventivo.

A fin de profundizar en su comprensión; conviene establecer un paralelismo con el enfoque epidemiológico de las enfermedades. Siguiendo los planteos de Hollnagel Erik en Barreras y prevención de Accidentes, para explicar la aparición de una enfermedad en una persona, deben tenerse en cuenta la conjunción de tres elementos en simultáneo:

- Poseer patógenos residentes.
- Que los patógenos se combinen con un “factor local” o desencadenante.
- Que las defensas sean inadecuadas o que fallen.

Con los accidentes sucede algo muy similar. Existen fallas latentes en el sistema, que están presentes mucho antes que se inicie la secuencia del evento no deseado. Cuando estas fallas latentes se combinan con condiciones locales desfavorables (Presiones para aumentar la producción/Falta de personal, extensas jornadas de trabajo, entre otras.) y con defensas ineficaces o inexistentes; el terreno resulta fértil para que el desastre se produzca.

Las bases de este enfoque fueron exitosamente retomadas por el psicólogo británico James Reason en su reconocida teoría del queso suizo, donde lo organizacional cobra un rol primordial. En efecto, dentro de los principales supuestos de la teoría podemos mencionar:

- El error humano es una consecuencia, más que una causa. Es un síntoma de disfuncionamiento del sistema, y no la causa de los accidentes.
- El comportamiento inseguro de los operadores de primera línea, no es la fuente real de los accidentes e incidentes.
- El error es indudablemente inevitable, ya que forma parte de la “condición humana”.

- La seguridad de los sistemas no pueden depender de que los operadores de primera línea no cometan errores. Si el error es parte de la condición humana, las organizaciones deben diseñar sistemas capaces de prever y capturar el error, a través de barreras de defensa.
- Los accidentes tienen una trayectoria concreta. Que suele tener un punto de partida en la organización y que suele ser “detenida” por medidas preventivas, o por barreras de defensa, adecuadamente diseñadas y mantenidas.

Conclusión:

El desafío consiste en hacer un análisis complejo y vencer los reduccionismos que intentan explicar la seguridad desde su aspecto más visible o más obvio. Es importante ir más allá de los comportamientos inseguros de los operadores de primera línea. Y poder hacer visible lo invisible. Analizar las condiciones o fallas latentes del sistema, el estado de las barreras e incluso los comportamientos de las personas de un modo integral, a la luz del contexto organizacional en el que el trabajo se desarrolla.

Restringir la mirada “al que presionó el último botón”, sólo conduce a cerrar rápidamente las investigaciones, asignar culpables, y adoptar medidas precarias y poco útiles. La prevención requiere de una actitud valiente para evaluar la interacción entre lo organizacional y lo individual, lo técnico y lo humano; dando cuenta de la seguridad como un entramado cultural.

Fuentes:

1. Reason, J. (2010). La gestión de los grandes riesgos. Principios humanos y organizativos de la seguridad. Editorial Modus Laborandi. Madrid.
2. Hollnagel Erik, Barreras y prevención de Accidentes. Editorial Modus Laborandi. Madrid. Mayo 2009.
3. Reason, J. La gestión de los grandes riesgos. Principios humanos y organizativos de la seguridad.
4. Reason, J. (2009). El error humano. Editorial Modus Laborandi, Madrid. Cap. 7 “Los errores latentes y los desastres en los sistemas”. Pp. 243 a 254.
5. Reason, J. (2010). La gestión de los grandes riesgos. Principios humanos y organizativos de la seguridad. Editorial Modus Laborandi. Madrid. Cap. 1: “Amenazas, Defensas y Pérdidas”, Pp. 32 a 45.
6. Reason, J. (2010). La gestión de los grandes riesgos. Principios humanos y organizativos de la seguridad. Editorial Modus Laborandi. Madrid. Cap. 6: “Navegar por el espacio de seguridad”, Pp. 162 a 169.
7. Cultura Preventiva. Fiso Kit 2013 Proactivar. Sheffick Smith, Ricardo, Bs. As., 2013.