



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA



Dr. Gary L. Cochran

## Para generar sistemas de salud más seguros se requiere cambiar de mentalidad

Karla Richmond

Profesor graduado de Harvard y asociado del Centro Médico de la Universidad de Nebraska abordó el tema de la seguridad farmacológica y de salud en los hospitales

4 ABR 2022 Salud

“Somos muy similares entre sí. Los mismos problemas que hay en Estados Unidos, también los hemos encontrado en otros países del mundo”.

De esa forma el Dr. Gary L. Cochran, prestigioso epidemiólogo graduado de Universidad de Harvard y doctor en Farmacia de la Universidad de Nebraska, inició uno de los temas más sensibles en el campo clínico: **los errores del personal de salud que ponen en peligro la vida del paciente.**

El Dr. Gary L. Cochran fue invitado por la Facultad de Farmacia, de la Universidad de Costa Rica (UCR), en el mes de marzo del 2022 a fin de abrir el nuevo curso lectivo con aprendizajes orientados a la **seguridad de las y los pacientes**, así como a la disminución de los riesgos y los errores en los espacios clínicos.

Con total sinceridad, el especialista compartió varios casos y **equivocaciones usuales en su país natal por parte del personal de salud**, con el propósito de que sirvan como enseñanza para las futuras generaciones y no ocurran en Costa Rica.

Un ejemplo de un error común era confundir la jeringa de tuberculina (usada para administrar medicamentos y realizar una prueba de tuberculosis) con la jeringa utilizada para suministrar insulina. Eso ocasionó confusiones en las dosis de administración.

Asimismo, en el campo del cuidado, se registraron casos de niños y niñas que en los Estados Unidos sufrieron de estrangulamiento por causa del tubo de alimentación.

“Para crear un sistema de salud seguro se requiere de aprendizaje y de una institución en donde las personas aprendan de sus errores. Para ello se necesitan datos, pero no se pueden obtener datos sin una buena cultura en los hospitales y **si el personal de salud no se siente seguro de notificar por miedo a ser castigado**”, dijo Cochran.

Ante un tema tan delicado, pero de alta importancia para la salud pública nacional, el especialista decidió compartir un rato de su tiempo con el objetivo de realizar un abordaje amplio del tema, ofrecer soluciones y brindar un mensaje a las futuras generaciones que se forman en el campo de la salud para que, en todo momento, salvaguarden la vida del paciente como su máxima prioridad.

**-Dr. Gary L. Cochran, usted ha investigado la efectividad de los sistemas de salud y el uso de medicamentos, así como de las tecnologías de la información para mejorar la seguridad y la calidad de la atención en salud. Con todo su bagaje en este campo: ¿qué aspectos cree usted que caracterizan a un sistema de salud seguro?**

**Gary L. Cochran (GLC):** “Hay un número variado de componentes. Entonces, no hay una respuesta fácil. Sin embargo, se empieza con la cultura hospitalaria. En ocasiones no existe esa cultura de aprender sobre el sistema y los errores que ocurren y, en otros casos, existe el temor de reportar errores porque mucho del personal de salud considera que será castigado por reportarlos.

Hay muchas cosas que podemos hacer para establecer una cultura de seguridad y muchas de esas acciones están allá afuera en la literatura y en varias organizaciones (dentro y fuera de los Estados Unidos), que pueden ayudar a evaluar la cultura. Pero, sin duda, es una de esas cosas con las que siempre tenemos problemas.

Hay que tomar en cuenta que siempre hay personas nuevas entrando y saliendo del sistema de salud. Por lo tanto, no está solo en establecer una buena cultura y luego, cuando estás listo, te mueves a otro lugar y ya lo olvidaste. Siempre se debe estar trabajando para establecer esa seguridad y mucho empieza por las aulas.

Otro aspecto que caracteriza a un sistema de salud seguro está en que, después de adquirir una cultura en la cual las personas se sientan seguras para reportar situaciones, se tenga un sistema para recolectar la información. De esta forma, para que las personas comiencen a informar sobre errores, accidentes y otros eventos que sucedieron en el hospital, debemos tener alguna forma de recopilar toda esa información y luego analizarla o evaluarla”.

**-¿Qué herramientas se pueden utilizar para recolectar información cuando el personal de salud está temeroso de hacer reportes, justamente, por ese miedo a ser castigado?**

**GLC:** “Si se tiene una cultura en la que las personas tienen miedo de denunciar, tienen miedo de meterse en problemas, ser despedidas o no ser promovidas, hay distintas herramientas que podemos utilizar. Algunas de estas son autoevaluaciones y las llamamos desencadenantes. El objetivo es ver qué pasa.

Luego, se analiza si esos desencadenantes son cosas malas que suceden debido a errores que, de otra forma, no podrían conseguirse con una entrevista o grabación. Los datos son realmente importantes pero, primero, se debe crear la cultura para que la gente informe y aprenda de sus sistemas.

Una de las estrategias que usamos más en los Estados Unidos es la notificación voluntaria en los informes, como la mayor parte de nuestra información sobre lo que está pasando en el hospital.

Luego, usamos otras herramientas como el de análisis de las causas y de otros dispositivos para ayudarnos a identificar cuál es la motivo subyacente. Además de eso, implementamos cambios en el sistema, en la forma en que practicamos y usamos los medicamentos en los hospitales o en cualquier entorno. Posteriormente, hay algunos seguimientos y ese es el gran proceso que ocurre continuamente.

Una vez más, la cultura se encuentra en la parte superior porque, sin una buena cultura positiva y liderazgo de los administradores, las personas no se sentirán cómodas reportando accidentes o errores. Como consecuencia, eso significa que no puedo aprender nada y no puedo cambiar el sistema. Así es como lo pienso, primero comenzamos con la cultura y luego recopilamos información, la analizamos y hacemos cambios en el sistema.

Esta es una respuesta realmente larga pero, de todos modos, lo más importante que diría es eso: tienes que aprender de la información interna, como si estuvieras hablando con personas que informan errores que ocurren dentro de un hospital o dentro de una clínica. De ahí aprendemos primero pero, también, necesitamos aprender de lo que otros están haciendo, en otros hospitales y lo que ellos también han aprendido.

Por lo tanto, es buscar datos de información internos y externos que nos ayuden a realizar cambios dentro de una organización”.

**-En su carrera como investigador, ¿cuáles son los principales errores que ha encontrado dentro de los sistemas de salud que ha visitado?**

**GLC:** “Los errores más comunes que hemos identificados están al recetar, ya sea que se trate del medicamento incorrecto, un diagnóstico incorrecto o una prueba de laboratorio cuyos resultados jamás llegaron al médico.

Desde que el médico prescribe un medicamento se abren las puertas a que una serie de errores puedan ocurrir. Puede ser que dispensemos el medicamento equivocado, tengamos la formulación incorrecta, que la concentración esté mal y hasta que la función renal del paciente no sea lo suficientemente buena para la dosis.

Ciertamente, puede haber errores de administración. Una vez que se dispensa el medicamento y luego va la realidad. Así, los errores que he visto son muy amplios y diversos. Justo por eso es que se necesita toda esa información. Se requiere aprender acerca de los errores que ocurren en la prescripción, dispensación y administración, para que podamos hacer los cambios y que el sistema sea más seguro”.

**-Anteriormente usted dijo que para establecer esa cultura de seguridad en los sistemas de salud se requiere de un buen liderazgo. ¿Qué componentes debe tener ese liderazgo?**

**GLC:** “El primero es el compromiso y la innovación en soluciones. Es vital que las jefaturas tengan un compromiso con esto porque los empleados lo sabrán. Los doctores, las enfermeras, los farmacéuticos, que son las personas que brindan la atención, siempre miran hacia el liderazgo. Si al liderazgo se le pone un valor dentro de la cultura, entonces se comenzará a valorarlo con el tiempo. Una de las características es que tienen que haber buenos líderes en una organización y no me refiero solo a ser solidario.

Aquí entramos a otro punto clave: se requiere tiempo y dinero. Nadie tiene mucho dinero por eso, cuando digo que necesito apoyo, no quiero decir que les estoy pidiendo a los administradores del hospital que me den mucho dinero. Sin embargo, tienen que pensar que, si le van a pedir a una enfermera o a un médico que se involucre en un análisis de error para cambiar el sistema, ya estos tienen sus agendas muy ocupadas.

Por eso, si solo pides más, es difícil que lo hagan bien. Ya tienen un trabajo de tiempo completo y les vamos a pedir que se dediquen más horas a otro proyecto. ¿Qué se puede hacer? Una opción es darles una hora para asistir a las reuniones enfocadas en la seguridad del paciente.

Esa es una forma en que un líder puede apoyar, porque no proporciona un montón de dinero pero sí tiempo. Así que no les estamos pidiendo a estos empleados que hagan solo trabajo extra, lo incorporamos como parte de su trabajo.

Hay otras técnicas que los líderes pueden hacer en muchas organizaciones cada semana. El liderazgo de alto nivel, incluido el director ejecutivo de un hospital, recorrerá diferentes áreas de su hospital y hablará con los empleados al respecto. Así que lo primero es el liderazgo. Lo segundo es ese aprendizaje, por supuesto”.

**-Eso que usted indica de los recursos es importante, en especial para un país en vías de desarrollo como Costa Rica que vive un déficit fiscal importante y grandes retos económicos. Con base en su experiencia y sus visitas a otros territorios en vías de desarrollo, ¿qué pueden hacer los países cuyos recursos no son suficientes para iniciar un cambio?**

**GLC:** “Hay mucho que se puede hacer si hay un buen liderazgo en la parte superior. Muchos de los hospitales más pequeños en los Estados Unidos que he visto no tienen muchos recursos o personal adicional para trabajar en la mejora de la calidad. En estos casos es la misma enfermera la que lidera la seguridad del paciente.

En definitiva, esos hospitales pequeños no tienen el dinero para comprar todas las tecnologías sofisticadas. No obstante, el hecho de que la organización sea más pequeña hace que el efectuar cambios sea más fácil, en comparación con un hospital grande que tiene miles de empleados.

Es difícil cambiar a una organización grande. Un hospital más pequeño facilita la toma de decisiones y cambios. Así que no es siempre con un cambio tecnológico costoso. Hay otras formas más baratas de tecnología. Déjame darte un ejemplo.

Si tengo dos medicamentos que pueden causar daños graves y la muerte si no se usan adecuadamente, hay que pensar en cómo los almacenamos y quién tiene acceso a ellos. No se deberían poner cerca los medicamentos que pueden confundirse fácilmente. Por lo tanto, se debe cambiar la forma de almacenamiento y eso es gratis.

Si hay fármacos de quimioterapia, que son muy tóxicos, entonces no deben mezclarse con medicamentos regulares que una enfermera simplemente vendría y usaría. Otra recomendación es revisar dos veces. El farmacéutico por lo general revisa dos veces, así como el médico y las enfermeras”.

**-En sus investigaciones usted rescata mucho la tecnología como un aliado vital en el proceso. ¿Hay algunas con un costo accesible que, eventualmente, puedan ser usadas en Costa Rica?**

**GLC:** “Hay una tecnología que está siendo bastante adoptada en los Estados Unidos, incluso en los hospitales pequeños, y se está convirtiendo en una piedra angular de la seguridad. Estos son los códigos de barra en la muñeca del paciente.

Antes de administrar el medicamento, ya sea uno intravenoso o uno oral, escaneamos el código de barras del paciente y se entra al sistema informático para asegurarnos de que haya un pedido de ese medicamento para esa persona. Eso ayuda mucho a evitar errores de administración y lleva implementándose cerca de 10 años en los Estados Unidos.

El código de barras es uno de los mayores cambios que hemos tenido. Las tiendas de comestibles lo han estado usando durante años para el inventario y para cobrarle a la gente. En el cuidado de la salud, en eso hemos estado atrasados, pero ahora lo estamos usando y se usa en todo el sistema. Da muchos beneficios, como asegurar que el medicamento sea el correcto y hasta en el reabastecimiento del mismo.

Otra de las cosas que hicimos en hospitales pequeños donde decían que no podían costear herramientas tecnológicas fue investigar. Ahí descubrimos que había una cantidad de medicamentos que se daban y que se no estaban facturando. Implementamos, entonces, una tecnología que se llama gabinete dispensador automático y se logró recuperar todos los costos que estaban perdiendo.

Entonces, en hospitales pequeños nosotros tratamos de encontrar una manera en la que el recurso se vea como un aliado para la seguridad de los pacientes, pero también para mejorar la eficiencia y, en este caso, la facturación. Esto ayuda a justificar los costos”.

**-Es muy importante esto último que menciona, básicamente, buscar soluciones innovadoras y no enfocarse en el problema como si fuera un camino sin salida. ¿Cómo podemos ayudar a los hospitales con un financiamiento limitado a encontrar el dinero o los recursos para la tecnología?**

**GLC:** “No hay una respuesta fácil. Esto cuesta dinero y el dinero tiene que venir de alguna parte. Si no hay dinero, tienes que ser creativo. El mensaje que quiero dejar claro es que el no tener dinero jamás debe ser la excusa para no hacer nada.

Animo a los hospitales pequeños a que empiecen a sentarse, observen los errores que están ocurriendo y luego piensen en cómo desarrollan o diseñan un sistema. Si esas técnicas no están disponibles en esos pequeños hospitales, ahí es donde la gente como yo, que trabajo en la seguridad de los medicamentos, puedo entrar y colaborar con una organización y enseñarles algunas de las herramientas. Por ejemplo, cómo hacer un análisis de causa raíz o mejorar su cultura de seguridad.

Realmente, estoy muy interesado en aprender de Costa Rica para ver lo que ya están haciendo en esta área y cómo yo puedo contribuir y las herramientas que puedo proporcionar. También, qué puedo aprender de ustedes para llevar sus sistemas a algunos de los pequeños hospitales estadounidenses, pues los mismos errores que ocurren en los Estados Unidos son del mismo tipo que ocurren aquí: el código. Así que hay mucho. Podemos aprender unos de otros para probar y mejorar los sistemas”.

**-El primer paso, entonces, sería evaluar las necesidades. ¿Qué instrumentos se pueden implementar?**

**GLC:** “Se puede enviar una encuesta de cultura a todos los empleados y ver dónde están las brechas. Quizás los administradores o los médicos piensen que todo está bien, pero las enfermeras u otros grupos no piensan lo mismo. Hay que tratar de averiguar estas brechas o estas desconexiones, por qué están allí y trabajar en ellas.

Una encuesta cultural de forma anónima te da una idea de lo que los empleados piensan y, a su vez, pueden decir libremente lo que piensan. Esa información permite tomar decisiones.

En lugares que ya tienen una comisión que vela por la seguridad del paciente solo se requiere revisar y asegurar que su organización siga esas pautas. Hay grandes listas de

verificación o autoevaluaciones que comienzan con la prescripción y pasan por la transcripción, dispensación y administración.

Es necesario tomar una lista, priorizar y decir, quiero comenzar aquí el próximo trimestre o, el próximo año, vamos a comenzar aquí. Actualmente, hay algunas autoevaluaciones importantes que se pueden usar para tratar de averiguar dónde se encuentra el sistema de salud en todo ese esquema de seguridad. En los Estados Unidos hay diferentes recursos disponibles.

También, en los Estados Unidos cada dos semanas una organización llamada Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos publica un boletín a fin de mejorar la atención médica. Cada hospital se fija en los errores que produce y luego los envía. Esto permite tener información nacional sobre qué está pasando en todo el país.

Eso se rescata en el boletín y lo usamos para verificar y ver si estamos siguiendo o no las mejores prácticas. Tenemos la oportunidad de mirar y decir: ¿en mi organización somos vulnerables a estas mismas cosas? ¿Podemos arreglarlos antes de que alguien salga lastimado?”

**-En esta penúltima pregunta me encantaría que usted le diera un mensaje a nuestros estudiantes del área de la salud. ¿De qué manera ellos y ellas son claves en todo este proceso de seguridad en los sistemas de salud?**

**GLC:** “No cambiamos de la noche a la mañana. En primer lugar, tenemos un largo camino por recorrer en los Estados Unidos. Nosotros estamos lejos de ser perfectos. Voy a mostrarte un ejemplo. Cuando llegué a un hospital, había una enfermera que acaba de ser declarada culpable por un error que ocurrió y que podría ir a prisión por ocho años.

Así que todavía tenemos que trabajar en nuestra cultura, en cómo valoramos los informes y en cómo culpamos a las personas por los errores. Hace 20 años, cuando comenzamos esto, la gente tenía miedo de denunciar. Los médicos se sentían incómodos y creían que no vamos a responsabilizar a las personas, lo cual no es cierto.

Tenemos una cultura justa. Cuando las personas toman decisiones que conducen a errores, deben rendir cuentas. Cuando el sistema contribuye al error no responsabilizamos al individuo, cambiamos el sistema. Así que ha tomado tiempo para que los administradores, los médicos, las enfermeras y los farmacéuticos se acostumbren. Las y los estudiantes actuales serán la próxima generación de personas que harán esto.

Entonces, en mi opinión, la seguridad del paciente debe incluirse en el plan de estudios. No solo de una escuela de Farmacia, sino también la escuela de Enfermería y Medicina. Si todos entienden la importancia de esto y cómo deben trabajar juntos, se puede mejorar el sistema como equipo.

Durante 20 años, algunas de las personas mayores, enfermeras, farmacéuticas, médicos se habrán jubilado. La nueva generación los irá reemplazando con el tiempo y se podría empezar a normalizar esa cultura de reportar los errores. Costa Rica no debe esperar 20 años para cambiar su cultura, esa es una de las cosas que me gustaría que todos los estudiantes que se gradúan comprendieran”.

**-¿Hay algún elemento primordial que deban siempre tomar en cuenta?**

**GLC:** “Sí. La comunicación. Todos son un equipo: médicos, enfermeros, farmacéuticos, etc... Veamos el caso de las aerolíneas que trabajaron para mejorar la seguridad de la aviación. Al investigar los accidentes ocurridos, se identificaron que muchas veces había alguien más en el avión que sabía que existía un problema, pero que tenía miedo de decírselo al capitán y parecer estúpido.

La tripulación no decía nada, entonces ocurría un error y el avión se estrellaba. Así que han trabajado muy duro en la industria de la aviación para hacer comprender a todos, desde la tripulación de vuelo hasta los copilotos y los pilotos, que son un equipo que trabaja por los mismos objetivos: tener un vuelo seguro y aterrizar. Hoy, hay menos accidentes.

De esa forma, se ha fomentado una comunicación entre todas las profesiones en el cual todos se ven como parte de un equipo y todos aportan información importante a eso. Necesitamos hacer lo mismo en el sistema de salud. El farmacéutico y las enfermeras no pueden tener miedo de hablar con los médicos.

No quiero que parezca que los médicos son malos o algo por el estilo. Muchas veces son personas amables, pero las enfermeras y los farmacéuticos no quieren parecer tontos. No quieren parecer que no saben lo que están haciendo, así que no siempre alertan cuando algo malo está sucediendo. Esa es una de las cosas que les diría a los estudiantes más jóvenes que deben hacer: interactuar con otras carreras. Se sentirán más cómodos estando juntos y comunicándose”.



[Jennifer Jiménez Córdoba](#)

Periodista, Oficina de Divulgación e Información

Área de cobertura: ciencias de la salud

[jennifer.jimenezcordoba@ucr.ac.cr](mailto:jennifer.jimenezcordoba@ucr.ac.cr)