



# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## CARTAS AL DIRECTOR

### La autonomía de gestión de los equipos de Atención Primaria en Cataluña

#### Management freedom of Primary Care teams in Catalonia

*Sr. Director:*

El Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria de Cataluña se inició en el año 2007 con el objetivo de consolidar la Atención Primaria como eje principal del sistema sanitario<sup>1</sup>. Dicho plan, en su fase operativa, incluye entre sus proyectos priorizados la implantación de la autonomía de gestión de los Equipos de Atención Primaria (EAP). Entendemos por innovación cualquier cambio en los procesos de las instituciones que genera valor añadido. Definimos autonomía de gestión como una nueva relación entre el EAP y la empresa a la que éste pertenece, formalizada a través de un pacto o acuerdo de gestión, que dota a los profesionales del EAP de mayor capacidad de decisión sobre la gestión de la actividad y los recursos económicos, junto con mayor corresponsabilidad sobre los resultados del equipo<sup>2</sup>.

El sistema sanitario catalán separa la compra de servicios sanitarios de la provisión, y con respecto a ésta, el Institut Català de la Salut (ICS) asume el 80% de los servicios de Atención Primaria<sup>3</sup>.

En los últimos años, diferentes proveedores sanitarios (ICS, GesClínic, CASAP, etc) han desarrollado sus propios modelos de autonomía de gestión. En el año 2008, el ICS inició una experiencia demostrativa para desarrollar un modelo propio que difiere de la autogestión al mantener la relación contractual entre el profesional sanitario y la empresa proveedora<sup>4</sup>. Los buenos resultados obtenidos durante el año 2009 por los 10 EAP participantes en la prueba piloto han generado tantas expectativas que casi 90 equipos solicitaron entrar en el proyecto durante el presente año 2010.

La satisfacción de los profesionales que participan en el proyecto y sus buenos resultados asistenciales y económicos han sido presentados en foros y jornadas, a pesar de que no han sido todavía publicados.

La encuesta de calidad de vida profesional realizada el año 2009 a todos los EAP del ICS mediante el cuestionario estandarizado QVP-35 mostró mejores resultados en los equipos con autonomía de gestión que en el resto de equipos.

La autonomía de gestión dota de capacidad de decisión a los profesionales: la gestión de recursos humanos conlleva

un aumento de la eficiencia, racionalidad y flexibilidad; y la gestión de sus agendas les permite aumentar su accesibilidad.

En cuanto a los resultados económicos, destaca la optimización de las plantillas que permite mejorar la eficiencia en la gestión del personal mediante la flexibilización de los horarios de trabajo, incluyendo cambios en el tiempo total de dedicación (presencial y localizada) y en la forma de comunicación con el usuario (correo electrónico, SMS, teléfono).

Los modelos actuales de autonomía de gestión en Cataluña incitan a la búsqueda de la eficiencia y calidad de los profesionales sanitarios.

La garantía de unos estándares de calidad de la atención sólo se pueden obtener a partir de la redistribución de tareas (= nuevos roles competenciales), disminución de la burocracia, correcta gestión de la demanda y cambio en el modelo de atención y relación con el paciente (presencial/virtual).

Otro proyecto impulsado por el Plan de Innovación de la Atención Primaria y Salud Comunitaria de Cataluña del Departamento de Salud, y complementario al proyecto de la autonomía de gestión es la acreditación de los EAP. Dicha acreditación establece unos estándares de calidad orientados a la excelencia<sup>5</sup> y constituyen el impulso y el garante de la nueva orientación de los EAP.

La incorporación paulatina de los EAP en el proyecto de acreditación, junto con el incremento de centros en autonomía de gestión, conducirá indiscutiblemente a una transformación de la atención primaria en Cataluña que esperamos dé buenos resultados en un futuro próximo.

## Agradecimientos

A Blanca Muntané, Montserrat Vilalta y Silvia Fortuny.

## Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària 2009 [consultado 11/1/2011]. Disponible en: <http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/piapisc/piapisc11febrer2010.pdf>.
2. Memòria d'activitats 2008. Institut Català de la Salut 2009 [consultado 11/1/2011]. Disponible en: [http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria.activitats.2008\\_5.htm](http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria.activitats.2008_5.htm).
3. Segura A, Martín-Zurro A. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya. Barcelona: directores; Institut d'Estudis de la Salut; 2005.

4. Pellejà J. La autogestión en los servicios de salud. *Rev Calid Asist.* 2006;21:277.
5. Davins Miralles J, Calvet Junoy S, Pareja Rossell C. Experiencia del plan de mejora de la calidad del Centro de Salud La Mina (1989-2004). *Aten Primaria.* 2006;38:501-5.

L. Camp<sup>a</sup>, J. Vilaseca<sup>a,\*</sup>, J. Benavent<sup>b</sup> y J. Davins<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria, Servicio Catalán de la Salud, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Subdirección de Atención Primaria e Integración de Servicios, Institut Català de la Salut, Barcelona, España*

<sup>c</sup> *Subdirección General de Servicios Sanitarios, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 31386jvl@comb.cat (J. Vilaseca).

doi:10.1016/j.cali.2011.02.009

## E-yatrogenia: un nuevo riesgo clínico

### E-iatrogenesis: a new clinical risk

*Sr. Director:*

Son numerosos los estudios, publicados tanto en la literatura médica inglesa como en la española, que demuestran que los *Computer Provider Order Entry* (CPOE, sistemas informatizados de prescripción de medicamentos) tienden a reducir los errores de medicación y por tanto pueden contribuir significativamente a mejorar la seguridad del paciente<sup>1,2</sup>. No obstante, en los últimos años se están reportando, en países anglosajones, nuevos tipos de errores relacionados con los CPOE<sup>3-7</sup>, cuya existencia es aún poco conocida en nuestro país.

Comunicamos un caso de error de medicación relativamente frecuente y de potencial gravedad, atribuible –al menos en parte– al uso de un sistema informatizado de prescripción. Se trata de una paciente de 81 años, con antecedentes de fibrilación auricular permanente, en tratamiento anticoagulante oral (TAO), que ingresó por descompensación de insuficiencia cardíaca. Durante su ingreso y debido probablemente a interacciones farmacológicas, la paciente requirió ajustes de dosis de acenocumarol, cuya dosis habitual era de 17 mg semanales. Al detectarse un valor de INR de 4,7, sin evidencia de sangrado, su médico modificó la pauta para reducir la dosis del día a 1 mg (equivalente a un cuarto de comprimido de 4 mg). El programa informático de prescripción de nuestro Hospital señala la dosis diaria de TAO como «irregular cada 24h» y en miligramos (mg). En este caso, el profesional de enfermería malinterpretó que la dosis prescrita para aquel día era de 1 comprimido (es decir, 4 mg) y no de 1 mg, y la paciente recibió 1 comprimido de 4 mg. Por suerte, al día siguiente la paciente comentó al médico responsable su extrañeza por la toma de 1 comprimido entero, y esto permitió reconocer el error y corregir inmediatamente la pauta sin que se presentaran efectos adversos. Aunque este error tiene un componente imputable al profesional, no puede obviarse el efecto de confusión del propio programa, que ya había sido advertido, como efecto adverso, en otros tratamientos «irregulares» a través del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP), recientemente implantado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Avedis Donabedian en algunos de nuestros hospitales.

A medida que los nuevos sistemas informatizados de prescripción de medicamentos (CPOE) y otros componen-

tes de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) han ido implantándose en hospitales y otros centros sanitarios, se ha observado que –como ocurre con la mayoría de las innovaciones tecnológicas– estos sistemas tienen ventajas evidentes, pero también pueden ser causa de inesperados efectos negativos. Campbell et al<sup>8</sup> han descrito hasta nueve tipos de consecuencias «inintencionadas» de las CPOE, las cuales deberían de ser muy tenidas en cuenta por informáticos y gestores implicados en la informatización asistencial. En 2007, Weiner et al<sup>9</sup> acuñaron el término *e-yatrogenia* para denominar la categoría «tipo-7» de Campbell: los nuevos tipos de errores. Estos autores definen como *e-yatrogenia* «aquel daño al paciente causado, al menos en parte, por la aplicación de las TIC».

La implantación de nuevos programas informáticos en nuestros hospitales está comportando una gran variabilidad de sistemas, de manera que se hace cada vez más necesario disponer de sistemas de control, validación y certificación de dichos programas. Un ejemplo de ello es el instrumento *Leapfrog CPOE Evaluation Tool* (<https://leapfrog.medstat.com/>), que se está aplicando a hospitales norteamericanos para valorar el riesgo de aquellos errores prevenibles y potencialmente más peligrosos de los sistemas de CPOE hospitalarios. Este instrumento distingue entre diferentes tipos de errores potenciales de los CPOE, como son la duplicación terapéutica, la ausencia de límites de dosificación o advertencias a dosificaciones excesivas, las alertas por alergias, las vías de administración contraindicadas o las interacciones. El instrumento *CPOE Evaluation Tool* proporciona un *score* global que resume los resultados de la valoración de las diferentes categorías, y este indicador –que permite comparar entre los diferentes programas comercializados– es publicado periódicamente por la propia empresa Leapfrog.

Así pues, pensamos que, quizá por la lógica expectación que despiertan las TIC en los hospitales, no se está prestando la suficiente atención sobre sus potenciales riesgos, los cuales –de no ser reconocidos y evitados a tiempo– podrían comportar nuevos tipos de errores, e incluso un aumento de litigios<sup>10</sup>.

## Bibliografía

1. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press; 1999.
2. Álvarez Díaz AM, Delgado Silveira E, Pérez Menéndez-Conde C, Pintor Recuenco R, Gómez de Salazar López de Silanes E, Serna