

- Mejora en la calidad de la investigación y del desarrollo del ensayo. El doble chequeo se está convirtiendo en un requisito muy demandado por parte de los promotores de ensayos clínicos.

Como principal inconveniente se encuentra el que no siempre pueda disponerse de personal para su realización. Esta es la causa de que en un 3% de las dispensaciones no se realizara el doble chequeo.

Nuestra experiencia nos permite afirmar que el doble chequeo es un proceso que minimiza los posibles errores que pueden tener lugar en la preparación y dispensación de fármacos. Debido al aumento en seguridad del paciente y en calidad en la gestión de las muestras de ensayos clínicos conseguida con esta metodología de trabajo, sería conveniente ampliar su implantación al proceso de preparación de las muestras intravenosas.

## Financiación

No se dispone.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. National Academies Press; 2000.
2. Luna D, Garfi L, de Quiros FB, Gómez A, Martínez M. Desarrollo e implementación de un Sistema de Prescripción Electrónica-SPE. InfoSUIS. 2001;11:4-7.
3. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. JAMA. 1995;274:35-43.
4. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. JAMA. 1995;274:29-34.
5. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991;324:377-84.
6. Raschke RA, Gollihare B, Wunderlich TA, Guidry JR, Leibowitz AI, Peirce JC, et al. A computer alert system to prevent injury from adverse drug events: development and evaluation in a community teaching hospital. JAMA. 1998;280:1317-20.
7. Hidalgo Correias F, Bermejo Vicedo M, de Juana Velasco P, García Díaz B. Implantación de un programa de prescripción médica electrónica en un hospital del INSALUD. Farm Hosp. 2002;26:327-34.
8. Conroy S, Davar Z, Jones S. Use of checking systems in medicines administration with children and young people. Nurs Child Young People. 2012;24:20-4.
9. ISMP Canada. Lowering the risk of medication errors: Independent safety checks. ISMP Canada Safety Bulletin. 2005;5.

J.M. Caro Teller\*, A. Fernandez Vazquez, M.P. Goyache Goñi, S. Cortijo Cascajares, I. Escribano Valenciano, I. Cañamares Orbis y J.M. Ferrari Piquero

*Servicio de Farmacia, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [josemanuel.caro@salud.madrid.org](mailto:josemanuel.caro@salud.madrid.org) (J.M. Caro Teller).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.03.004>

## Implantación de un sistema de comunicación integral on-line en un centro de salud



## Implementation of an integral on-line communication system in a health center

Sra. Directora:

A raíz del editorial de Carles March «La salud 2.0, los blogs y las revistas científicas»<sup>1</sup> publicado en el volumen 29 de su revista, queríamos hacerle conocedora de una experiencia que hemos iniciado y consolidado en el Centro de Salud de Alta Resolución (CSAR) El Serral, de Sant Vicenç dels Horts. Se trata de la implementación de la herramienta Office Communicator® en los diferentes estamentos del centro de salud.

La herramienta constituye un elemento de comunicación interna global que permite establecer interacciones tipo chat, enviar archivos a tiempo real, realizar videoconferencias y compartir escritorios digitales entre los usuarios conectados a las estaciones de trabajo de la institución. Ello posibilita la ruptura de la barrera espacial entre los

profesionales, minimizando las interrupciones visibles en los actos tanto asistenciales como administrativos, y mejora la efectividad y la resolución de los mismos. En última instancia incrementa la satisfacción del paciente y la de los propios profesionales.

Bajo la premisa de que la mejora de la comunicación interna proporciona una oportunidad para introducir beneficios en la productividad<sup>2</sup>, así como para transformar procesos e incluso para crear innovadoras formas para abordar la atención al cliente, hemos detectado 4 áreas clave de mejora que nos ha proporcionado la herramienta:

1. Incremento de la productividad individual, permitiendo que los profesionales ahorren tiempo en las actividades diarias mediante el *click to talk*, sin necesidad de buscar los números ni proceder a la marcación telefónica, con el consiguiente ahorro de tiempo. Por ejemplo, con dispositivos como el que utilizamos, los profesionales pueden comunicar su disponibilidad, su voluntad de comunicarse con otros y el medio de contacto preferido; así mismo, los profesionales pueden ver si alguien está disponible e iniciar un contacto rápida y fácilmente. Los mensajes instantáneos han ayudado a reducir las demoras del

*front-office*, permitiendo comunicarse sin generar retrasos con un menor coste de reanudación de actividad y pasar a una conversación de voz de manera inmediata si fuera necesario. Hay que tener en cuenta que estos beneficios pueden resultar difíciles de cuantificar a nivel empresarial.

2. Incremento de la productividad grupal en función de la suma de la productividad individual para mejorar el trabajo en equipo. Esta usa las mismas herramientas que la productividad individual, con la suma de otras como la conferencia, la videoconferencia o el escritorio compartido. Por ejemplo, el director está desarrollando una presentación para una reunión interna y requiere colaboración remota del referente de calidad que se encuentra realizando una tarea en el área asistencial; cuando hay disponibilidad estos se comunican a través del trabajo remoto, con la consiguiente reducción en uso de telefonía y de interrupciones.
3. Reingeniería de procesos internos incorporando la comunicación multifuncional mediante la racionalización, e incluso la reestructuración de los mismos para maximizar su eficiencia. Especialmente la de aquellos procesos que implican comunicación intensiva y/o que son propensos a demoras cuando se requiere una intervención humana. Como ejemplos tenemos la mejora de la resolución de una consulta presencial urgente: el administrativo receptor de la demanda puede contactar con el personal sanitario y ubicar al paciente en la consulta que aporte mayor resolución y menor demora, lo cual mejora la experiencia del cliente.
4. Transformación de la cultura organizativa del centro acelerando la identificación de nuevos canales de colaboración para establecer un ecosistema entre los profesionales que ha conseguido generar sinergias basadas en la confianza y en el incremento directo de la productividad<sup>3</sup>, lo que repercute en el grado de fidelización del paciente<sup>4</sup>.

En función de nuestra experiencia también consideramos que cualquier entorno sanitario que emplee esta estrategia de comunicación global debería tener en cuenta el «exceso de productividad» que puede generar. Para evitar este riesgo, que se manifiesta en forma de demandas excesivas e innecesarias a un mismo usuario disponible, las empresas deben considerar por adelantado las capacidades que se requieren para cada tipo de empleado y definir cuáles son los resultados que les gustaría alcanzar con estos equipos específicos<sup>5</sup>. También sería importante proporcionar a los profesionales el entrenamiento más apropiado para optimizar el uso de la herramienta, así como la elaboración de un manual de estilo para la comunicación homogénea.

## Bibliografía

1. Carles March J. La salud 2.0, los blogs y las revistas científicas. *Rev Calid Asist.* 2014;29:1-2.
2. *Gestión eficaz del trabajo en equipo*. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1998. p. 127-8.
3. Antequera Vinagre JM, Arias Menéndez E. *Sistema sanitario y recursos humanos. Manual para gestores y profesionales*. Madrid: Díaz de Santos; 2005.
4. Danet A, Romera I, Prieto MA. *Equipos con emoción*. Granada: NOVARTIS: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011.
5. García Millán A, Criado Álvarez JJ. Atención Primaria y trabajo en equipo. *RISAL*. 2012;4:1-9.

P. Vivó Tristante\* y F. Rodríguez Muñoz

*Centro de Salud de Alta Resolución (CSAR) Sant Vicenç dels Horts, Institut Català de la Salut, Sant Vicenç dels Horts, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [perevivo@gmail.com](mailto:perevivo@gmail.com) (P. Vivó Tristante).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.j.cali.2014.03.006>

## Análisis de la implantación de un programa de telemedicina en atención primaria en el área de salud de Ibiza y Formentera



### Analysis of the introduction of a telemedicine program in the primary health care area of Ibiza and Formentera

Sra. Directora:

Es conocido el desarrollo de tecnologías para la transmisión de información vía *online* (historia clínica, recetas) que incorporan elementos como la analítica o la radiología. Sin embargo, hay descritos pocos proyectos para la atención primaria.

Para que un programa de telemedicina sea exitoso necesita del recurso humano y que la administración apoye el proyecto, además de un buen perfil coste-eficiencia y que

los gestores crean en ello, tomando un papel activo en su puesta en marcha y difusión<sup>1</sup>.

El área de salud de Ibiza y Formentera es un área de gestión única que engloba tanto a atención primaria como atención hospitalaria y que incluye a las 2 islas. Por esta circunstancia se planteó la necesidad de buscar fórmulas para no sobrecargar las consultas de especialistas hospitalarios con derivaciones que obedecían a una necesidad de información o resolución de dudas del médico de familia sobre el paciente en cuanto a su tratamiento, evolución y seguimiento, conservándose toda la seguridad del paciente que garantiza el cumplimiento de la Ley orgánica de protección de datos.

La difusión del proyecto del área de salud, con la finalidad de aumentar su aceptación y disminuir dificultades<sup>2</sup>, se realizó en 3 fases: 1.ª fase: programa piloto; 2.ª fase: extensión al resto de centros de salud mediante charlas formativas y entrega de manual de instrucciones; y 3.ª fase: inclusión de servicios hospitalarios al sistema de telemedicina.