



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ARTÍCULO ESPECIAL

La seguridad del paciente en los contratos de gestión

C. Campillo-Artero

Subdirección de Evaluación Asistencial, Servei de Salut de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España

Recibido el 14 de febrero de 2011; aceptado el 7 de julio de 2011

Disponible en Internet el 29 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE

Seguridad
del paciente;
Contrato de gestión;
Medición;
Separación
de funciones

Resumen La seguridad del paciente está adquiriendo carta de naturaleza en los contratos de gestión de los servicios de salud. Como la experiencia acumulada en seguridad es menor que en otras áreas asistenciales, conviene revisar algunas de sus vertientes para mejorar su inclusión en los contratos. En este artículo se ofrecen opiniones y recomendaciones sobre diseño y revisión del apartado de seguridad de los contratos de gestión, y reflexiones extraídas de trabajos metodológicos publicados y de opiniones recabadas informalmente de clínicos, quienes mejor conocen los entresijos de las prácticas seguras e inseguras. Tras repasar ciertas particularidades de estos contratos, se describen criterios para priorizar en ellos objetivos y acciones en seguridad, claves de su evaluación y se subraya la necesidad de sustituir intervenciones aisladas por actuaciones sistémicas y multifacéticas. Por último, se analizan errores, limitaciones y oportunidades de mejora que se observan al vincular los contratos con indicadores, sistemas de información y de notificación de eventos adversos, y se destaca la influencia que ejercen en su cumplimiento las reglas de juego y factores conductuales de los profesionales.

© 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Patient safety;
Management
contracts;
Measurement;
Commissioning

Patient safety in management contracts

Abstract Patient safety is becoming commonplace in management contracts. Since our experience in patient safety still falls short of other clinical areas, it is advisable to review some of its characteristics in order to improve its inclusion in these contracts. In this paper opinions and recommendations concerning the design and review of contractual clauses on safety are given, as well as reflections drawn from methodological papers and informal opinions of clinicians, who are most familiar with the nuances of safe and unsafe practices. After reviewing some features of these contracts, criteria for prioritizing and including safety objectives and activities in them, and key points for their evaluation are described. The need to replace isolated activities by systemic and multifaceted ones is emphasized. Errors, limitations and improvement opportunities observed when contracts are linked to indicators, information and adverse event reporting systems are analysed. Finally, the influence of the rules of the game, and clinicians behaviour are emphasised.

© 2011 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Correo electrónico: carlos.campillo@ibsalut.es

Introducción

Cuando las funciones de compra y provisión de servicios están separadas, se necesitan herramientas que permitan coordinarlas, que faciliten al financiador dar directrices de gestión de los servicios a los proveedores de la atención médica, a éstos a solicitar y gestionar adecuadamente los recursos que aquéllos asignan, y a todos a conjugar y adecuar sus funciones a las necesidades de salud de la población, a prestar una atención segura, de calidad y coste-efectiva, y, aunque no se haga, a rendir cuentas a la sociedad con transparencia¹⁻³.

Para cumplir con estos cometidos se requieren herramientas de gestión. Una de ellas es el contrato de gestión. En él se consignan los objetivos, las acciones concretas que han de acometerse, el presupuesto asignado para hacerlo y la forma como se evaluará su consecución.

El diálogo entre directivos y profesionales es aún insuficiente y el conocimiento de los primeros sobre clínica y procesos de atención, y de los segundos sobre gestión, notablemente mejorable. La prevalencia de ambos problemas todavía es alta en muchos países^{1,4}. De su pervivencia o mitigación dependerá en alguna medida que la tan trillada gestión clínica avance *de facto*.

Inclusión de la seguridad en los contratos de gestión

En los últimos años la seguridad forma parte de ellos. La experiencia acumulada en seguridad por los directivos de los servicios de salud centrales y de los centros asistenciales por responsables de unidades o institutos de gestión clínica y por personal médico y de enfermería es menor que en otras áreas asistenciales. Este motivo justifica revisar aspectos clave de la seguridad para su idónea inclusión en los contratos, estén relacionados o no con el despliegue a escala autonómica de la *Estrategia en seguridad del paciente*⁵.

En este artículo se ofrecen opiniones y recomendaciones de ayuda al diseño y la revisión del apartado de seguridad del paciente de los contratos de gestión, así como reflexiones extraídas de algunos trabajos metodológicos publicados y, sobre todo, de la información y las opiniones recabadas informalmente de clínicos.

La pretensión subyacente no es académica sino pragmática. Los clínicos son quienes mejor conocen los entresijos de las prácticas seguras e inseguras, su participación activa es esencial para elaborar contratos de gestión adaptados a la realidad asistencial y creíbles, y su liderazgo es una de las piedras angulares en que descansa la capacidad de gestión que pueden proporcionar dichos contratos. Se comentan, por último, algunas interpretaciones conceptuales erróneas que acaban plasmándose en algunos contratos.

Algunas directrices para diseñar y revisar el apartado de seguridad de los contratos de gestión

Tipos de contratos y su adaptación a los centros

Al valorarlos en conjunto, en la práctica se aprecia que unos contratos de gestión se limitan a indicar *qué debe hacer* el

centro asistencial (por ej., reducir la incidencia de infecciones nosocomiales o aumentar el número o el porcentaje de pacientes ingresados que están identificados inequívocamente, o reducir el número, la frecuencia o la tasa —no son lo mismo— de errores de medicación). En otros contratos se añade *cómo se ha de hacer* (por ej., mediante la promoción del lavado de manos con solución hidroalcohólica, aumentando el número de dispensadores y su colocación en los lugares pertinentes, actualizando el protocolo de antibioticoterapia, impartiendo cursos sobre ciertos temas, mejorando la limpieza de los quirófanos y el comportamiento de todas las personas que en ellos entran y salen, colocando pulseras de identificación a un porcentaje creciente de pacientes o a todos los pacientes cuando se les ingresa a partir de cierta fecha...).

En otros casos, se barajan ambas aproximaciones y se concede mayor o menor peso relativo a cada una en dependencia del conocimiento que se tenga de cada área de actuación, de que sea una actividad novedosa o se trate de una práctica habitual, o del grado de dirigismo o del alcance de la descentralización y de la toma de decisiones y de la consiguiente autonomía que se confiera a los centros.

A la importancia del punto anterior se añade la de adecuar el contrato de gestión a la situación en que se encuentra el centro asistencial en cada periodo de su renovación (consecución de objetivos el año anterior, experiencia en seguridad, etc.). Conociendo de cerca los centros es posible observar si los deseos de mejorar la gestión e impulsar la seguridad del paciente eclipsan las posibilidades, la factibilidad y la viabilidad de los proyectos que se intenta impulsar, para adaptar los objetivos, entre otros elementos determinantes de la viabilidad, a sus circunstancias, capacidad, recursos, idiosincrasia y rendimiento en años anteriores en la esfera de la seguridad y en las más íntimamente relacionadas con ella.

Notable peso específico en esta visión ha de tener la revisión de los éxitos y los fracasos del centro y de otros similares en años precedentes, su velocidad de avance y el grado de cumplimiento con los objetivos marcados, así como la consideración de experiencias exitosas en centros propios y ajenos al servicio de salud.

Congruencia de objetivos y actividades

Dejando al margen el plan estratégico en seguridad y la valoración de en qué grado es congruente el contrato de gestión con sus líneas de acción, un primer paso consiste en valorar la claridad y corrección con que en el contrato se formulan y describen los objetivos, las acciones y el modelo para su evaluación. No en todos se aprecia claridad, congruencia y corrección.

No hay que sobrecargar los contratos con innumerables objetivos, acciones e indicadores, práctica aún frecuente. El bienintencionado afán por gestionar y medir a veces es desmesurado, y en este caso, siempre ineficiente. Téngase en cuenta el peso específico relativo que ha de tener la seguridad en el conjunto del contrato. Trátese también de ajustar este apartado a los recursos financieros, materiales y humanos que a la seguridad se destinan. La infradotación de actividades desemboca irremisiblemente, si se mantiene en el tiempo, en descreimiento del contrato y, en el mejor

de los casos, en entretimiento de la consecución de los objetivos fijados.

Hay que cerciorarse de la idoneidad o no de trabajar en todos los bloques o líneas de seguridad o solo empezar o continuar con los más maduros, y decidir si hacerlo en todos los centros y servicios a la vez o proceder por fases, pilotando actividades en unos, avanzando con proyectos ya maduros en otros. Es importante dar tiempo para que se consoliden programas y actuaciones de reciente incorporación. A veces, los centros con más experiencia pueden servir de campo de pilotaje y validación de unos proyectos y ofrecer valiosas enseñanzas, cuya incorporación en periodos posteriores en otros aumenta la probabilidad de que los adopten adecuadamente —sin precipitación, preparando previamente el terreno en ellos— y de que también alcancen los objetivos genéricos en el plazo previsto.

Obligado es subrayar que algunas intervenciones de mejora de la seguridad, por sus características intrínsecas, por su incidencia en distintos servicios o por ser más o menos oportunas, pueden ser antagónicas o mostrar, por el contrario, sinergia. De lo que ha de huirse siempre es de esa inclinación al mimetismo inopinado, a hacer lo que otros han hecho sin reflexionar a fondo y sin informarse bien, implantarlo en los centros y, por ende, consignarlo en el contrato de gestión sin que las partes que lo firman lleven a cabo análisis previos de viabilidad y lo consensuen de antemano⁴.

La eficiencia reflejada en los contratos

Se ha mencionado reiteradamente en la bibliografía la *paradoja de la evaluación*: con frecuencia las tecnologías se adoptan antes de disponer de suficientes pruebas de su eficacia y seguridad. Es conveniente tenerla presente al decidir incorporar o no en los contratos tecnologías nuevas e instaurar mecanismos de control de su efectividad, seguridad y eficiencia^{6,7}. Al decidir qué actividades se van a incluir en el contrato considérese, además, su valor añadido, su valor incremental respecto al de las acciones que se están desarrollando. Importa tanto su efectividad clínica como su eficiencia social^{8,9}.

Los responsables del diseño de los contratos deben ser precavidos, por consiguiente, con la incorporación de aparatos, modelos de gestión, actividades, paquetes de acciones, programas informáticos, etc., demasiado novedosos, poco validados¹⁰.

Por todo ello, es esencial priorizar intervenciones, con criterios consabidos y sin olvidar que a menudo la mejora de la seguridad supone la incorporación de tecnologías médicas, actividades o sistemas de organización y práctica nuevos que no sustituyen a algunos que están en uso o que sí lo hacen en mayor o menor medida (efectos de sustitución y expansión)^{7,11}. A menudo es útil consultar resultados de análisis coste-efectividad, de impacto presupuestario y análisis marginal, porque también pueden ayudar sobremanera a planificar y priorizar acciones en seguridad del paciente¹²⁻¹⁴.

Por último, no soslayar aspectos de la seguridad del paciente que siguen permaneciendo en un segundo o más alejado plano, como la seguridad y los efectos en los pacientes de pruebas diagnósticas, aparatos y dispositivos médicos, y programas informáticos de ayuda al diagnóstico y de prescripción electrónica¹⁵⁻¹⁸.

Conocer a fondo y de antemano lo que queremos mejorar y cómo

Conocer de primera mano, con detalle y en conjunto, los elementos de la seguridad del paciente en que se quiere actuar es imprescindible para aumentar la probabilidad de mejora y garantizar la credibilidad de los objetivos y las acciones fijados en un contrato de gestión. Si es posible, las intervenciones han de incidir en distintos eslabones de la cadena causal para aumentar la efectividad de la medida de mejora¹⁹⁻²³.

Antes de elegir intervención, debemos informarnos a fondo de sus beneficios, riesgos y costes (no solo de los monetarios). Y en las nuevas actividades que se incluyan en el contrato recordar que al coste inicial de implantación hay que sumar el de su mantenimiento, so pena de dejar truncados proyectos por haber subestimado costes y otros recursos⁴.

Se han de prever también los peligros que entraña tanto la implantación prematura de proyectos maduros (antes de tener al personal capacitado, por ejemplo), como el desarrollo de proyectos prematuros (con diseños apenas esbozados, con insuficiente dotación de recursos, con informatización de registros no validados...) ^{1,4,21,24}. Si es necesario, hay que evaluar antes de implantar y no precipitarse.

A semejanza de la adopción de cualquier nueva tecnología, no debe olvidarse que entre los destinatarios de un proyecto de mejora de la seguridad encontraremos los que la aceptan de inmediato (*early adopters*), los que siempre son *los últimos en subirse al carro* (*skeptical late majority*) y los que se encuentran entre ambos extremos de la distribución²⁵. Omitir este principio de la difusión de innovaciones puede trocar el deseo en frustración a corto plazo.

Antes de iniciar el despliegue de una actividad, conviene identificar y sortear las barreras y resistencias al cambio que responden a intereses, estilos de práctica, formación y paradigmas asentados^{1,4,21,26-28}. El momento de hacerlo es al diseñar proyectos de mejora, no luego.

Apuntes sobre la evaluación de los contratos

La evaluación de las intervenciones ha de diseñarse al mismo tiempo que la intervención, no *a posteriori*^{2,4,21}. Cuando sea posible, pilotar antes de implantar y buscar experiencias de otros. En ausencia de innovaciones *verdaderas*, es mejor trabajar con copias adaptadas de lo que otros han hecho muy bien.

Un modelo ideal de evaluación incluye indicadores de estructura, proceso y resultado de un proyecto, programa, intervención o conjunto de acciones de mejora. Desde hace tiempo se subraya la importancia de medir, no solo estructura y proceso (como se ha venido haciendo durante años), sino también resultados. Y ello traduce fielmente una necesidad^{20,24,29}.

Prever que la evaluación de algunos objetivos del contrato de gestión puede obligar a usar diseños complejos que trasciendan la capacidad analítica de los responsables o los recursos necesarios para acometerla correctamente (personal, participantes, tiempo). Medir bien puede ser más importante que medir. Por ejemplo, en varias publicaciones

se comentan las ventajas que ofrece respecto a otros diseños empleados en estudios de seguridad del paciente el denominado *stepped wedge design* (*diseño en cuña por pasos*)^{30,31}.

La denominada fidelidad (*fidelity*) de las intervenciones (ver si las actividades se han desarrollado tal como estaba previsto) ha de revisarse siempre^{4,29}. Si no se han desplegado como se planeó o sobrevinieron imprevistos, parte de los resultados obtenidos con la intervención puede no deberse a la intervención *per se*, sino a otras acciones acometidas que la desviaron de lo previsto o a la *interacción* entre unas y otras.

Temas específicos en seguridad del paciente y su inclusión y tratamiento en los contratos de gestión

De numerosas comunicaciones informales con clínicos y evaluaciones de contratos de gestión no publicadas se colige la necesidad de abordar, aunque de forma solo esquemática, varios temas a los cuales debe prestarse especial atención en los contratos de gestión, porque su omisión o interpretación errónea puede reducir el rendimiento y la eficiencia de algunas actividades incluidas en ellos, producir externalidades negativas y debilitar su credibilidad.

Actuar en sistemas, no en sus elementos aislados

Hay problemas sistémicos cuya solución o mejora depende de actuaciones sistémicas y multifacéticas (emprender más de una acción simultáneamente). Los mayores logros en seguridad (aviación, anestesia) no son resultado de una sola acción sino de conjuntos de acciones³². Un obstáculo prevaliente a la mejora de la seguridad es atacar solo un flanco de un problema sistémico exclusivamente con medidas aisladas. Algunas medidas de mejora no son efectivas porque se circunscriben a un solo eslabón de todo el proceso asistencial y omiten otros factores intercurrentes clave (por ej., la informatización de la prescripción no mejora por sí sola la seguridad ni la adecuación de la prescripción)^{15,16,19-22}.

No menos importante es olvidar que los efectos observados de algunas actividades no son la resultante de un solo factor, sino de la interacción entre varios factores^{16,21,33}. Por ejemplo, una interacción se observa cuando introducimos una medida de mejora, como el lavado de manos, con o sin formación básica previa del personal. Los resultados son mejores si se hace con personal previamente formado y sensibilizado, o con y sin incentivos adecuados, caso, este último, en que se produciría una interacción entre tres variables: efectos de la formación, de la incentivación y del lavado de manos.

En otras palabras, las intervenciones no siempre tienen efectos uniformes; sus efectos (por ej., mejora de la prescripción y de la seguridad en las transiciones por medio de un farmacéutico que supervise la medicación en ellas) pueden ser distintos en función de los valores de la variable en que se quiere incidir o de variables intervinientes^{21,26,33}. Poco se insiste en distinguir las acciones que se implantan en grupos de profesionales de las que inciden en profesionales individualizados (a veces los profesionales más proclives al error

son los que menos se exponen a actividades de mejora de la seguridad y de formación).

Medir adecuadamente o no medir

La calidad de un registro depende en última instancia de la fiabilidad de los peores datos que contiene¹⁰. Sin sistemas de información adecuados (fiabiles y depurados y actualizados periódicamente) el recorrido de un proyecto es corto. Las tecnologías de la información y la comunicación han de estar al servicio del rediseño de procesos, de su mejora parcial, no transformarse en su (ingenuo) sustituto¹⁰.

Al considerar la adquisición de nuevos sistemas de información y programas informáticos, cotejemos el margen para aprovechar más y mejor los existentes (por ej., el CMBD), mejorándolos si es posible, con la de comprar o crear nuevos *ad hoc*, y considerando los recursos adicionales que eso supone, el valor añadido que se espera de los nuevos y el potencial rendimiento que pensamos obtener con ellos^{10,34}.

Si se utilizan tasas, razones o proporciones para medir resultados en un contrato de gestión, hay que asegurarse de que se definen clara y correctamente el numerador y el denominador y que se minimiza la introducción de sesgos (por ej., por notificación muy incompleta de eventos, por notificación preseleccionada o interesada de unos u otros eventos, por manipular el denominador, incluyendo a menos de los pacientes expuestos a un intervención de mejora para aumentar la tasa de respuesta, etc.)^{21,26,33}.

Debe tenerse en cuenta la *razón señal/ruido* al definir variables de resultado. Los eventos adversos verdaderos son de muy baja frecuencia. Por ello, se recomienda escoger eventos adversos en el numerador que sean inequívoca consecuencia de un error, o bien solo casos (pacientes) que presentan daño de causa conocida indudable^{29,33}.

Distinguir entre acciones que apuntan a dianas muy concretas (uso de la lista de comprobación quirúrgica) y acciones más difusas (las que inciden en muchas facetas y servicios de la organización: formación, proyectos con actuaciones múltiples como los de bacteriemia y neumonía zero, mejora de la seguridad de los fármacos). En las segundas se combinan múltiples exposiciones a numerosas causas potenciales y no pocos efectos distintos. Deslindar causas y efectos para aislar las diferentes asociaciones causales puede ser muy difícil. Hacer atribuciones infundadas y pagar el alto tributo consiguiente, muy fácil.

Tener presente que en actividades complejas pueden mejorar unos aspectos y no otros, aunque todos ellos estén relacionados.

Afortunadamente no se producen tantos resultados adversos como errores se cometen.

Sistemas de notificación

No escasean las experiencias que promueven la notificación de eventos adversos sin fomentar previamente el adecuado aprendizaje y las medidas de mejora que han de desprenderse de la información que brindan los sistemas de notificación. La formación de todos sus usuarios potenciales ha de preverse al fijar objetivos y prescribir actividades en los contratos.

En los primeros años de promoción de la seguridad del paciente en la mayoría de países se fomentó la notificación de *toda*. Hoy ya no se recomienda hacerlo, sino notificar solo aquellos eventos adversos medibles con fiabilidad y verdaderamente prevenibles^{21,26,29,35-37}.

Hay aumentos de la frecuencia del evento adverso que solo traducen un ascenso de su notificación (más frecuente en las primeras etapas de la implantación de un sistema de notificación), no una elevación real de su incidencia¹⁸. Lo mismo ocurre cuando cambia la definición de una enfermedad.

Con los datos que brinda un sistema de notificación de eventos adversos no suele tenerse denominador (población en riesgo del evento adverso del numerador). Sin denominador no hay tasa, y sin tasa no se puede medir el riesgo ni su evolución. Es conveniente conocer eventos adversos aislados, pero más aún cuantificar el riesgo, su evolución y el efecto (y la efectividad) de las medidas tomadas para mitigarlo^{21,26,29,30}. La carencia de tasa lo impide.

Al construir denominadores, prestar especial atención en discernir claramente entre número de pacientes en determinada situación y número de ellos expuestos inequívocamente al error. Si se selecciona el primero, las tasas de error pueden ser menores por tener un denominador mayor (no todos los pacientes contabilizados en esa situación están expuestos) y por ello, subestimar el riesgo.

Combinar sin confusiones diferentes métodos de medición y captura de un mismo fenómeno puede ser útil, porque el cotejar los diferentes resultados que arrojan, teniendo en cuenta qué mide exactamente cada uno y cómo, junto con sus respectivas limitaciones, puede ayudarnos a detectar la verdadera causa del problema (fenómeno conocido como *triangulación*). Esta causa se nos puede escapar por usar solo uno²⁷. A veces es preferible barajar la incorporación en los contratos de diferentes métodos de evaluación de riesgos: por ejemplo, valorar las ventajas e inconvenientes del uso de análisis modal de fallos y efectos frente a los modelos de riesgo probabilístico. Escoger el más adecuado en virtud de lo que se desea obtener y a tenor de las características específicas de cada centro. Conviene a veces combinar más de un sistema de detección de eventos adversos^{21,26,27,30,33,38}.

Hay que ser cauteloso al trabajar con herramientas gatillo y eventos centinelas: su detección puede tener muy baja sensibilidad, baja especificidad o bajo valor predictivo positivo. A menudo se carece de un estándar de comparación o, de tenerlo, puede ser inadecuado. Los sistemas de detección de eventos centinela pueden capturar diferentes problemas, cada uno de ellos con distinta validez diagnóstica²⁹.

Hay medios alternativos de medir y detectar riesgos o eventos adversos: algunos recomiendan emplear, por añadidura a los habituales, sistemas más expeditivos, menos convencionales, poner de manifiesto *lo que los clínicos ya saben* e implantar medidas de mejora sobre la base del conocimiento local y personal²¹.

Los sistemas de cribado de errores no deberían utilizarse sistemáticamente con fines comparativos entre centros. Cada centro puede definir y medir el mismo fenómeno de distinto modo. Y debe procurarse especial precaución con los sistemas de medición que dependen del proveedor y están vinculados con incentivos. En este caso pueden encontrarse sistemas que miden específicamente aquello de lo que

depende el incentivo, lo cual no siempre se corresponde con lo que debería medirse por su importancia, gravedad, riesgo, impacto, etc.^{39,40}.

Las comparaciones entre resultados de sistemas de notificación pueden estar frecuentemente sesgadas porque los eventos se definen o miden de forma distinta en los distintos centros participantes y porque acostumbran ser muy incompletos y selectivos^{21,26,29,30}.

En varios países se están haciendo públicos, tiempo después de venir difundiendo resultados de calidad, los de seguridad clínica de los centros asistenciales, como medida para incentivar la mejora y la competitividad entre ellos. Pero a sabiendas de que su implantación aislada rinde menos resultados que cuando se combinan con otras medidas, como la incentivación basada en pago por resultados (*pay for performance* o *P4P*) y otras acciones^{36,37}. La cultura asentada en el silencio organizativo o en la censura no mejora la seguridad.

No incluir en los contratos como objetivo la evitación de eventos adversos que no sean evitables con certeza (por ej., las caídas patológicas no lo son). Este error se ha cometido en iniciativas dirigidas a no financiar readmisiones, estancias o eventos adversos por medicamentos, a pesar de que pueden no haber sido evitables^{21,35,37,41,42}.

Otras consideraciones

Hay cierta propensión a no centrarnos en los problemas que mayor importancia, gravedad o impacto tienen en seguridad en un centro asistencial, sino a fijarnos en aquellos para los cuales se dispone de más datos, están más de moda o han recibido mayor atención de investigadores o del personal clínico por cualquier motivo.

Exigir evidencias incontestables antes de actuar puede conducir a la parálisis. Hay que intentar alcanzar el difícil equilibrio entre disponibilidad de evidencias publicadas, sentido común y existencia de información sólida, aunque no contrastada científicamente, que recomiende actuar de un modo concreto^{21,26}.

No implantar medidas sin suficiente guía y formación previas, del mismo modo que no debería fomentarse la investigación de forma ambigua y sin ofrecer suficiente formación continuada —no puntual— a los profesionales.

En las intervenciones dirigidas a procesos clínicos cabe esperar mucho efecto en pocos casos; en las destinadas a gestión, efectos pequeños en múltiples procesos clínicos y variables de resultado (suele observarse en las intervenciones difusas). O, en otras palabras, podemos encontrarnos ante grandes resultados o efectos en pocas cosas o pequeños efectos en muchas³³. Omitir este hecho puede resultar en la fijación de objetivos inalcanzables o ilusorios en los contratos de gestión y la evaluación incorrecta de progresos o estancamientos.

Al pensar en adoptar una intervención de otros, descartar que no se esté sobreestimando su validez externa. Es posible que esa intervención se haya realizado en un centro con dilatada experiencia²⁴. En un mismo centro pueden coexistir unidades con alto y bajo rendimiento y experiencia.

Algunas acciones en seguridad pueden obligar a cambiar actitudes, creencias, formas de trabajar, reglas de juego consolidadas desde hace décadas, pueden alterar el *statu*

quo de ciertos profesionales o colectivos; también pueden forzar a revelar conflictos de interés. Hay que hacerlo cuidadosa y pacientemente (manifestarle a alguien que ha de cambiar es decirle implícitamente que lo que hace o cree ya no es válido o está mal). Olvidar el origen de estos escollos al cambio puede garantizar el rechazo frontal de una propuesta de mejora^{1,2,21,26,28}.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los comentarios de Paz Merino, Maricruz Martín, Dino Comas y Gaspar Tamborero han ayudado a mejorar el borrador de este artículo.

Decidí redactar este artículo a partir de enriquecedoras conversaciones que he mantenido durante algunos años con clínicos de varios hospitales y centros de salud sobre contratos de gestión. Mi especial agradecimiento a Paz Merino, Dino Comas, Elena Bustamante, Gaspar Tamborero, Fernando Alcaide y Joan Salvá. Los errores que aquí se hayan introducido son míos.

Bibliografía

- Ham C. World class commissioning a health policy chimera? *J Health Serv Res Pol.* 2008;13:116–21.
- Campillo C. La seguridad del paciente. ¿Estamos seguros de ella? *Gest Clin Sanit.* 2009;11:83–8.
- Campillo C, Merino P, Comas B. Minutas de una tertulia en seguridad del paciente. *Gest Clin Sanit.* 2009;22:105–8.
- Campillo C. Proyectos que fracasan en servicios de salud: una aproximación etiológica. *Gest Clin Sanit.* 2007;32:42–7.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en seguridad del paciente. MSC: Madrid; 2005.
- Institute of Medicine. Assessing medical technologies. Washington: DC: National Academy Press; 1985.
- González B. El cambio tecnológico en sanidad. Determinantes, efectos y políticas. En: González López-Valcárcel B, editor. Gestión de la innovación y difusión de tecnología en sanidad, 3. Barcelona: Masson; 2005. p. 5–74.
- Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc).* 1990;95:385–8.
- Phelps CE, Parente ST. Priority setting in medical technology and medical practice assessment. *Med Care.* 1990;28:703–23.
- Campillo C. Fracturas en la informatización de los servicios de salud. *Gaceta Sanit.* 2008;22:371–7.
- Cutler DM, McClellan M. Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs.* 2001;20:11–29.
- Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. Cost-effectiveness in health and medicine. Nueva York: Oxford University Press; 1996.
- Trueman P, Drummond M, Hutton J. Developing guidance for budget impact analysis. *Pharmacoeconomics.* 2001;19:609–21.
- Ruta D, Mitton C, Bate A, Donaldson C. Programme budgeting and marginal analysis: bridging the divide between doctors and managers. *Br Med J.* 2005;330:1501–3.
- Person SA, Moxey A, Robertson J, Hains I, Williamson M, Reeve J, et al. Do computerized clinical decision support systems for prescribing change practice? A systematic review of the literature (1990–2007). *BMC Health Serv Res.* 2009;9:154.
- Poon EG, Keohane CA, Yoon CS, Dittmore M, Banne A, Levztion-Korach O, et al. Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. *N Engl J Med.* 2010;362:1698–707.
- Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes. *JAMA.* 2005;293:1223–38.
- Cohen D, Billingsley M. Europeans are left to their own devices. *Br Med J.* 2011;342:d2748. doi:10.1136/bmj.d2748.
- Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin BD, et al. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualising and developing interventions. *Qual Saf Health Care.* 2008;17:158–62.
- Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *Br Med J.* 1998;316:1154–7.
- Henriksen K. Partial truths in the pursuit of patient safety. *Qual Saf Health Care.* 2010;19 Suppl. 3:i3–17.
- Schryve PM. Systems thinking and patient safety. En: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., editors. Advances in patient safety: from research to implementation. Vol 2. Concepts and methodology. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. p. 1–4. AHQR Publication No. 05-0021.
- Goldmann D. System failure versus personal accountability—the case for clean hands. *New Engl J Med.* 2006;355:121–3.
- Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin BD, et al. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 2. Study design. *Qual Saf Health Care.* 2008;17:163–9.
- Roger EM. Diffusion of innovations. 3rd ed New York: The Free Press; 1983.
- Watcher RM. Patient safety at ten: Unmistakable progress, troubling gaps. *Health Aff.* 2010;29:1–9.
- Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin BD, et al. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 4. One size does not fit all. *Qual Saf Health Care.* 2008;17:178–81.
- Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care technologies. *Aust New Zealand Health Policy.* 2007;4:23. doi:10.1186/1743-8462-4-23.
- Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin BD, et al. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 3. End points and measurement. *Qual Saf Health Car.* 2008;17:170–7.
- Shojania KG. The frustrating case of incident-reporting systems. *Qual Saf Health Care.* 2008;17:400–2.
- Brown C, Lilford RJ. The stepped wedge trial design: a systematic review. *BMC Med Res Methodol.* 2006;6:54.
- Pronovost PJ, Goeschel CA, Olsen KL, Pham JC, Miller MR, Berenholtz SM, et al. Reducing health care hazards: lessons from the commercial aviation safety team. *Health Aff.* 2009;28:w479–89.
- Brown C, Lilford RJ. Evaluating service delivery interventions to enhance patient safety. *Br Med J.* 2009;338:159–63.
- Consultar los atlas de variaciones en la práctica médica y los métodos empleados para su construcción en www.atlasvpm.org [consultado 27 Ene 2011].
- Leape LL, Berick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA.* 2002;288:501–7.

36. Shojania KG, Duncan B, McDonald K, Wachter RM, editores. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001. Evidence Report/Technology Assessment No. 4; AHRQ publication 01-EO58.
37. Pronovost P. Medicare payment for selected adverse events: building the business case for investing in patient safety. *Health Aff.* 2006;25:1386-93.
38. Marx DA, Slonim AD. Assessing patient safety risk before injury occurs: an introduction to sociotechnical probabilistic risk modelling in health care. *Qual Saf Health Care.* 2003;12 Suppl II:ii33-8.
39. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de incentivos. *Gac Sanit.* 2008;22:143-55.
40. Ortún V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. *Rev Cal Asist.* 2007;22:1-6.
41. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *New Engl J Med.* 2007;356:486-96.
42. Inouye SK, Brown CJ, Tinetti ME. Medicare nonpayment, hospital falls, and unintended consequences. *New Engl J Med.* 2009;360:2390-3.