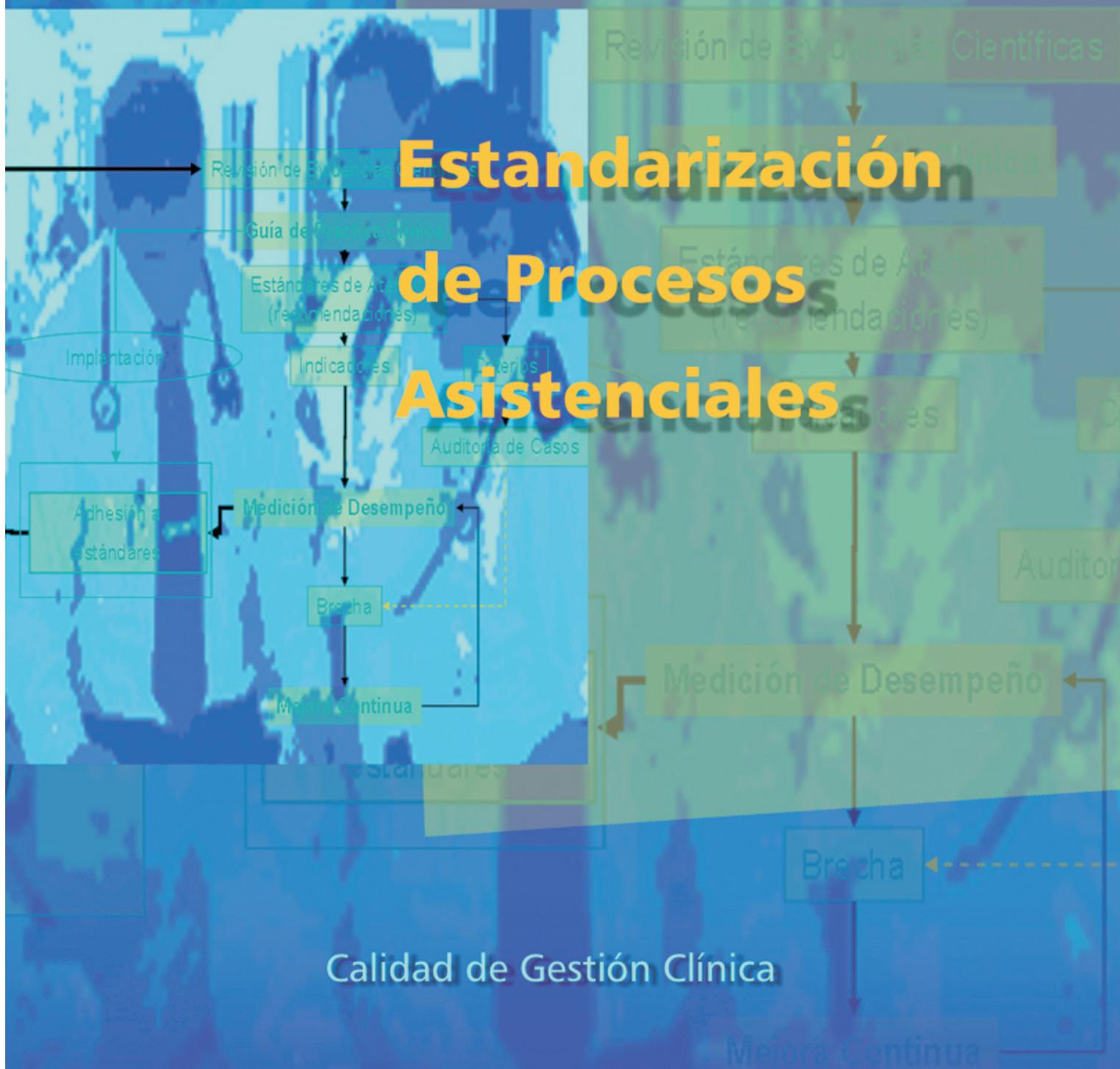


Estandarización de Procesos Asistenciales



Estandarización de Procesos Asistenciales

Calidad en la Gestión Clínica



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

Martínez Sagasta, Carlos, comp

Estadarización de los Procesos Asistenciales
Calidad en la Gestión clínica
1ª ed., Buenos Aires
Ministerio de Salud de la Nación 2007

48p.; 28x20cm.

ISBN: 978-950-710-106-9

I. Recursos humanos en salud
II. Título

© Ministerio de Salud de la Nación 2006
con el apoyo de OPS

ISBN: 978-950-710-106-9

El presente documento fue aprobado por la Resolución Ministerial nro. 1606/06

Tirada 1000 ejemplares

Compilador: Dr. Carlos Martínez Sagasta

Revisores: Dr. Mario de Luca

Dr. Pichon Riviere

Corrector: Dr. Juan Carlos Franchina

Diseño: Andrés Venturino (OPS)

Este documento puede ser reporducido en forma parcial sin permiso especial
pero mencionando la fuente de información.

**Estandarización
de Procesos
Asistenciales**

Calidad en la Gestión Clínica

Autoridades Ministeriales

Ministro de Salud de la Nación
Dr. Ginés Mario González García

Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias
Dr. Carlos Alberto Soratti

Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización
Dra. Claudia Madies

Dirección de Calidad de los Servicios de Salud
Dra. Analía Amarilla

Comisión Asesora

Centro de Investigaciones Epidemiológicas
Academia Nacional de Medicina
Dr. Mario de Luca

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria
Dr. Enrique Pichon Riviere

Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica
Dr. Carlos Martínez Sagasta

Indice

Prólogo	6
I - Introducción	7
II - Marco Conceptual	9
IIa - Marco conceptual en la estandarización de procesos	9
IIb - Evaluación de la calidad a través de procesos asistenciales	10
IIc - Selección de problema o patologías para el desarrollo de GPC u otros estándares de atención	10
IId - Tipo de documento	11
IIE - Guías prácticas clínica	11
IIF - Protocolo	12
IIg - Algoritmos	13
IIh - Vías clínicas	14
IIi - Procedimientos	15
IIj - Norma	15
III - Elaboración e Implementación	17
IIIa - Elaboración de la guía	17
IIIa 1 - Integración del equipo de trabajo	17
IIIa 2 - Como organizar el equipo	18
IIIa 3 - Características y organización del equipo	19
IIIa 4 - Planificación de las tareas	19
IIIa 5 - Análisis de la situación actual	20
IIIa 6 - Análisis de la atención vigente	22
IIIa 7 - Propuesta de modificaciones	22
IIIb - Elaboración del documento	23
IIIb 1 - Elaboración de la versión preliminar de la guía	23
IIIb 2 - Reuniones de consenso	23
IIIb 3 - Elaboración de la guía definitiva	24
IIIb 4 - Criterios de AGREE para desarrollo de guías	24
IIIc - Implantación	26
IIIc 1 - Requisitos mínimos para la implantación	26
IIIc 2 - Definición de objetivos	26
IIIc 3 - Sistema de incentivos	26
IIIc 4 - Difusión	27
IIIc 5 - Desafíos para una educación adecuada en la Implementación de guías	28
IIIc 6 - Inicio de las actividades	29
IIId - Apéndice	29
IV - Evaluación de calidad a través de las guías	33
IVa - Principios básicos de la evaluación de calidad	33
IVb - Medidas de desempeño	35
V - Mejora de la calidad y liderazgo	40
Va - Mejora de la calidad	40
Vb - Abordaje en cuatros pasos a la mejora de la calidad	40
Vc - El espectro de los abordajes a las mejoras de la calidad	43
Vd - Mejoras de desempeño	44
Ve - El rol del liderazgo	46

| Prólogo

La efectividad clínica es un tema inherente a la misión de las instituciones de salud. Por esa razón, no puede estar ajena en una visión responsable de la calidad asistencial.

Es muy probable que la evolución en la efectividad esté liderada por equipos de salud con una actitud proactiva, conformados por profesionales dispuestos a cerrar la brecha entre el conocimiento y la acción, y que se muestren responsables en el uso de los recursos.

Respecto a la eficiencia, fueron varios los intentos frustrados en pretender tomar atajos para alcanzar la viabilidad financiera. Hoy, en cambio, la estandarización de procesos asistenciales se avizora como una alternativa más pausada y progresiva, pero más racional en un contexto de calidad y seguridad.

Este documento está dirigido a aquellos profesionales y administradores que se atreven a liderar los cambios necesarios, aún en tiempos difíciles. También a aquellos que comprendan que el desafío más trascendente de una guía de práctica clínica comienza al día siguiente. Y, especialmente, a los que no los paralizan las imperfecciones, porque confían en que la próxima vez lo van a hacer mejor.

Dra. Claudia Madies

Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización
Ministerio de Salud de la Nación

I - Introducción

La estandarización de procesos asistenciales en los servicios de salud fue implementada durante años a través de las clásicas normas de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, el desarrollo de la Epidemiología Clínica, la Medicina Basada en la Evidencia y la Investigación en Servicios de Salud le otorgaron nuevas dimensiones.

Los puentes que están surgiendo entre la investigación y la práctica asistencial y entre ésta y la gestión son cada día más sólidos y tanto la actividad asistencial como la Administración de Salud y la Salud Pública están dejando de ser compartimentos estancos. La información fluye en todos los sentidos generando una retroalimentación positiva entre todas estas actividades.

La medición sistemática de procesos y de resultados clínicos, así como las repercusiones económicas que éstos generan, y las intervenciones en las organizaciones para mejorarlos, surgen como nuevas áreas de desarrollo en los servicios de salud. Éstos empiezan medir su efectividad en forma colectiva, más allá de las experiencias individuales entre los pacientes y los profesionales de la salud.

A la clásica capacitación continua basada en la incorporación e nuevos conocimientos en los profesionales, se le está incorporando la implementación de evidencias científicas en la práctica. El aprendizaje no se agota en la mera expresión documental de una guía clínica. Los datos emergentes de la evaluación de la propia práctica a través de mediciones y los cambios que deben introducirse para mejorarlos, también conforman el sustrato de una nueva capacitación continua, más orientada a la efectividad clínica, a mantener una ecología asistencial más adecuada, y aún a generar mecanismos de recompensa profesional más apropiados.

En las últimas décadas, la administración de salud intentó nutrirse de otras industrias para mejorar sus dificultades de financiamiento, severamente amenazadas por los costos crecientes. Aunque los resultados de estas intervenciones produjeron en muchos casos efectos indeseables como insatisfacción de los profesionales y de los propios pacientes, introdujo - también a regañadientes - el sentido de eficiencia en la cultura asistencial.

Sin embargo, fueron los mismos profesionales, especialmente los de importantes centros académicos, quienes comenzaron a promover las respuestas adecuadas, no sólo conteniendo el gasto sino promoviendo además una atención más efectiva. Hoy en día la calidad y la eficiencia dejaron de ser conceptos prejuiciosamente antagónicos y tanto la efectividad clínica como el cuidado de los recursos forman parte de la ética profesional.

A través de los documentos que conforman esta serie se pretende orientar a los lectores en diferentes aspectos inherentes a la estandarización de procesos asistenciales. En primer lugar se intenta aclarar algunos aspectos relacionados con la nomenclatura de la estandarización de procesos. Las sutiles diferencias entre guías de práctica clínica, protocolos y normas, por sólo nombrar algunas, no siempre quedan claras cuando se las menciona y muchas veces estos términos suelen utilizarse como sinónimos en forma inadecuada. También se ilustra acerca de como implementar la estandarización en un servicio o una organización, cómo medir el cumplimiento de los estándares y cómo introducir mejoras continuas en los procesos.

Los documentos están orientados no solamente a los hechos puramente técnicos que implican estos desarrollos, sino que además también hacen referencia a aspectos organizacionales que resultan críticos a la hora de implementarlos. Estos aspectos no son considerados menores, dado que es sabido que el proyecto mejor conformado desde el punto de vista técnico puede fracasar si no se cuenta con el apoyo institucional y el liderazgo adecuados.

Este aporte sobre la estandarización de procesos asistenciales se presenta apenas rozando aspectos de la Medicina Basada en la Evidencia o de la Revisión Sistemática de la Literatura (de la cual existe abundante y buen material en nuestro idioma). Más allá de que la metodología de instrumentación de las evidencias científicas se ha consolidado, existen controversias acerca de los estudios disponibles. Existen muchos estudios, cuyos resultados son negativos, que pueden no llegar a publicarse y esto debe tenerse en cuenta a la hora de efectuar recomendaciones. Sin embargo, aún con una cuota de sano escepticismo, el camino de la estandarización, medición y mejoras continuas merece ser recorrido, tanto para mejorar la calidad del cuidado de los pacientes como para enriquecer con aportes genuinos la complejísima gestión en salud.

Se pretende pues con este documento, brindar a todos los integrantes de los equipos de salud de las instituciones públicas y privadas del país, una introducción a los elementos básicos de la calidad asistencial, el cual obviamente puede ser ahondado con la abundante bibliografía específica existente.

II - Marco conceptual

II a - Marco conceptual en la estandarización de procesos

Se ha documentado y demostrado claramente que personas con el mismo problema de salud a menudo reciben diferentes evaluaciones o tratamientos. Estas diferencias en el proceso de atención pueden conducir a diferencias en los resultados clínicos y además variaciones en los costos.

La adopción de estandarización de procesos supone la necesidad de gestionar un cambio cultural, organizativo y profesional que permita estandarizar los conocimientos de los profesionales, y la comprensión de los beneficios aportados por el uso de estos estándares tales como:

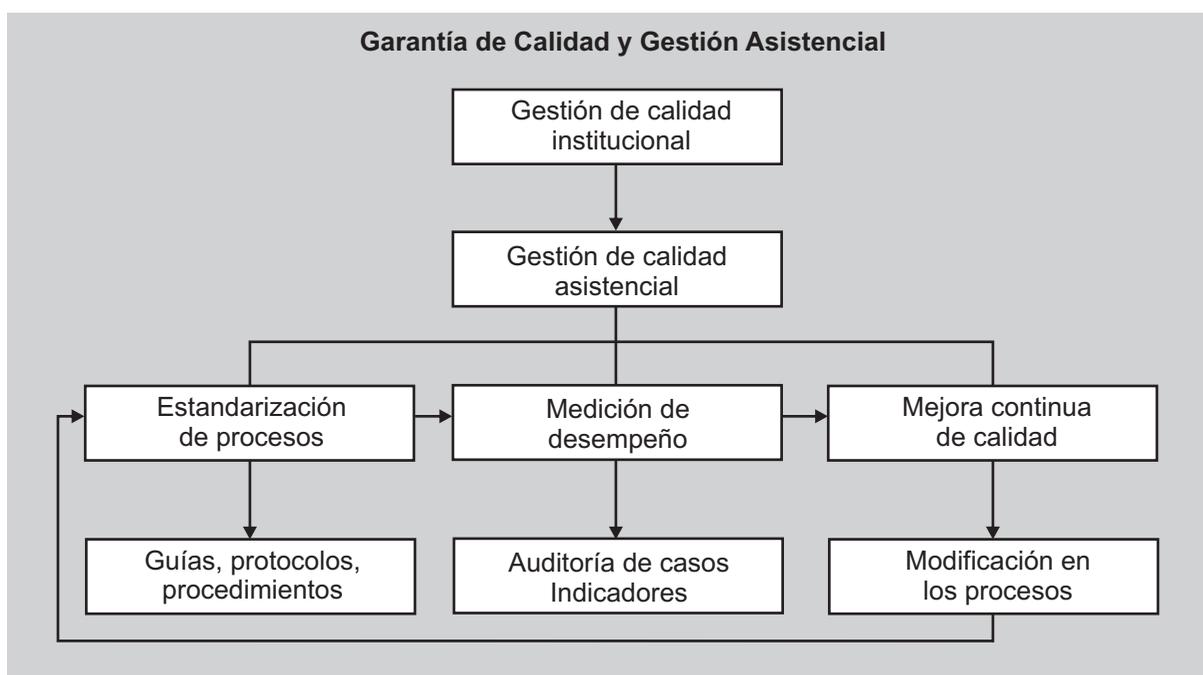
- cambio de actitudes entre los profesionales - interiorización de que las recomendaciones mejoran los cuidados -.
- cambio de comportamiento - de modo que la práctica clínica tenga en cuenta las recomendaciones -.
- cambio en los resultados clínicos y en la salud de la población, mejorando la calidad de la atención, la salud y la satisfacción del paciente.

Es importante tener en cuenta que aunque estos conceptos resulten relativamente sencillos de entender, generar estos cambios conlleva algunas dificultades que vale la pena tener en cuenta.

La revisión de algunos estudios previos demuestra que la falta de aceptación cultural de estándares de atención en la comunidad médica es un problema recurrente y que debe considerarse seriamente. Muchas veces percibidos como externos e impuestos para reducir costos, no resulta fácil lograr que se identifiquen como documentos que resumen la mejor evidencia disponible para abordar problemas.

Por esto, debería comprenderse que los documentos que definen estándares de atención no constituyen un objetivo en sí mismo, sino que en realidad son herramientas necesarias tanto en la disminución de la variabilidad innecesaria en los procesos, así como de la evaluación y mejoras de la calidad asistencial.

En el marco de la garantía de calidad, la gestión en calidad asistencial es una actividad directamente ligada a la práctica y este accionar impacta directamente en los resultados en salud.



Como puede observarse en el esquema esta actividad va mucho más allá de la documentación de estándares para la atención. Su finalidad es producir cambios positivos en las conductas y recursos utilizados que lleven a obtener mejores resultados.

II b - Evaluación de calidad a través de la estandarización de procesos asistenciales

Habitualmente, se ha prestado más atención a los progresos médicos en lo concerniente a nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento, que a la información sistemática de cómo se brinda la atención tanto en pacientes individuales como en poblaciones.

Las variaciones que se observan en el proceso de atención llevan a diferencias en los resultados en términos de salud como enfermedad, discapacidad o muerte y, también a diferencias en los costos - aún sin producir necesariamente cambios en la salud.

Por lo tanto, es necesario generar un marco de referencia o un modelo para entender la salud en términos de mediciones. Uno de los objetivos principales de la atención en salud es conseguir buenos resultados para los pacientes, tan cercanos a lo óptimo como sea posible. La estandarización de procesos asistenciales, por ejemplo las guías de práctica clínica (GPC), constituyen un primer paso para ello.

II c - Selección de problemas o patologías para el desarrollo de GPC u otros estándares de atención

Más allá de las preferencias o intereses individuales existen algunos criterios para seleccionar una patología o un problema.

En el caso de que exista una población cubierta, los problemas de salud identificados en ella como más importantes constituyen el marco de orientación y apoyo en la decisión. En caso de no disponer de una selección previa de problemas, se deberán definir una serie de criterios que, valorados en forma conjunta, permitan seleccionar la patología.

En relación a los criterios para la selección de la patología, en general se toman en cuenta las siguientes variables

- Mayor prevalencia, es decir, aquellas que afectan a mayor cantidad de personas
- Mayor trascendencia para la comunidad por el grado de sufrimiento que generan o por el consenso social sobre su gravedad
- Mayor demanda de servicios
- Mayor variabilidad en la práctica clínica y susceptibles de mejora por normas o pautas de actuación
- Historia natural de la enfermedad conocida y gestión factible en el entorno específico

II d - Tipos de documentos

Las estandarización de procesos asistenciales puede ser documentada a través de diferentes ponderaciones, adquirir diferentes formatos y adecuarse al alcance que tenga en su implementación.

En el contexto actual, es altamente probable que los diferentes documentos disponibles sean denominados de diferentes formas, guías, protocolos, algoritmos. Estas denominaciones no necesariamente responden formalmente al tipo de documento generado y es posible que carezcan del rigor metodológico adecuado.

Es importante destacar que cualquiera sea el formato que se adopte para la documentación de la estandarización de conductas asistenciales, los contenidos deben estar sustentados en las mejores evidencias científicas disponibles, adaptadas al contexto local.

A continuación se definen y describen los formatos principales en los que este tipo de documentos pueden presentarse.

II e - Guías de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son enunciados* sistemáticamente desarrollados para asistir al profesional y al paciente acerca de las decisiones de la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas (definición adoptada por el Institute of Medicine, EEUU - Field y Lohr).

Las GPC contienen todas las actividades que se deben realizar sobre pacientes con determinadas patologías, en sus aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos, incidiendo en el nivel asistencial en que la actividad es más eficiente (Lohr y cols., 1998). Conllevan, asimismo, un sistema de evaluación del proceso y de los resultados, así como del grado de su utilización.

Engloban, por tanto, desde las actividades puramente clínicas hasta las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, junto con los aspectos evaluativos. Las guías son recomendaciones y carecen, por tanto, del carácter de obligatoriedad de otros elementos normativos.

Permiten que los pacientes dispongan del máximo de conocimientos sobre su enfermedad y

* También traducido en otros documentos como estamentos o recomendaciones (statements en el original)

sobre las actividades convenientes para la mejora de su estado de salud, a la hora de mostrar sus preferencias (Cabana y cols., 1999; Sackett y cols., 2000).

Las guías tienen por objeto ocuparse de problemas concretos de salud; y pueden referirse a diagnósticos clínicos específicos, a grandes síndromes o a condiciones clínicas generales. La hipótesis subyacente a las GPC es considerar que una actuación adecuada en el momento oportuno de cada fase de la historia natural de la enfermedad. Supone evitar el inicio de muchas patologías, producir una mejora en su pronóstico y en la calidad de vida de los pacientes, reducir las complicaciones y provocar una disminución de los costos asociados en las fases más avanzadas.

II f- Protocolos

Los protocolos clínicos de actuación contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un segmento limitado o acotado del dispositivo asistencial.

Los protocolos definen el manejo del cuidado de los pacientes para situaciones o condiciones específicas. Por ejemplo, los protocolos pueden ser escritos para el cuidado de los pacientes (sondados con sonda nasogástrica o vesical). El protocolo describiría como cuidar del paciente con un tubo colocado, y el procedimiento detallará como insertar o colocar la sonda. Estos estándares podrían determinar cuán a menudo evaluar al paciente, cómo evaluarlo y qué tipo de tratamientos son necesarios.

Los protocolos también pueden estar escritos para categorías de pacientes, por ejemplo cuidados en maternidad. Los protocolos describirían atención prenatal, atención postparto, así como atención de emergencia tales como eclampsia o parto prematuro (los algoritmos también son una forma alternativa de presentación en estos casos).

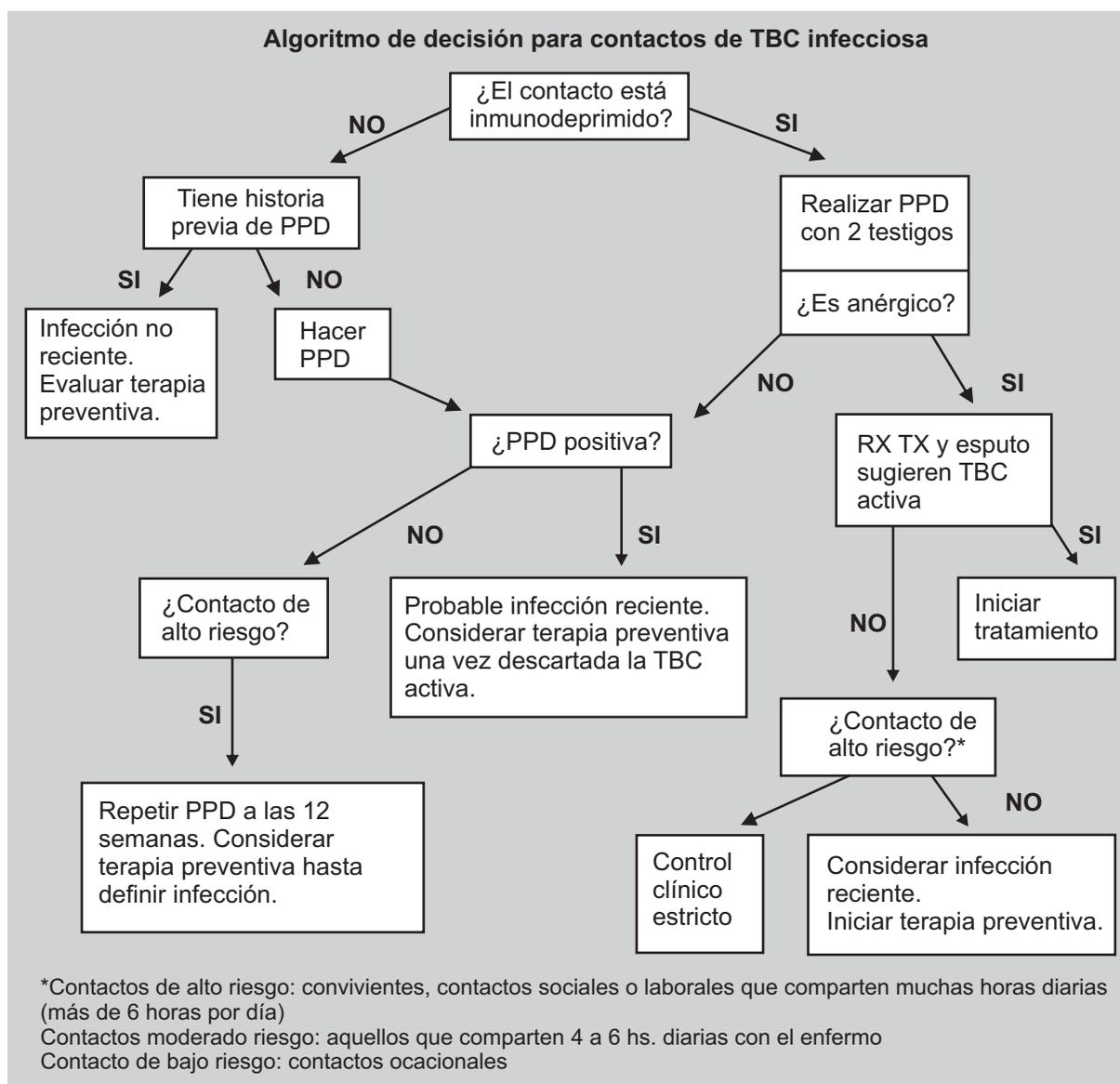
Algunas diferencias observables entre guías y protocolos	
Guías	Protocolos
Ámbito más general	Ámbito más específico-local
Carácter prescriptivo	Carácter normativo
Flexibilidad clínica	Rigidez de aplicación
Basados en la síntesis del Conocimiento	No necesariamente basados en una síntesis sistemática del conocimiento. Mejor si se basan en guías previas.
Metodología sistemática	Grupos de expertos
Atributos u objetivos definidos	Indefinición en la elaboración
Consenso a posteriori	Consenso a priori
Multidisciplinariedad en la elaboración	Puede o no existir un equipo Multidisciplinario

II g - Algoritmos

Los algoritmos se escriben en el formato de diagrama de flujo o árbol de decisiones. Este formato provee una rápida referencia visual para responder a una situación. Por ejemplo, los algoritmos son efectivos en departamentos de emergencia y unidades de cuidados críticos. Cuando el personal se enfrenta con una emergencia, como un paciente con una hemorragia, puede tratar al paciente rápidamente siguiendo un algoritmo.

Si bien es cierto que los algoritmos son útiles en unidades en los que se debe tomar decisiones rápidamente, también resultan muy prácticos en todo tipo de servicios por su formato esquemático y sintético. Permiten obtener una visión rápida del problema y sus posibles alternativas de acción.

A manera de ejemplo se muestra el siguiente, relacionado con el manejo de contactos en TBC.



Tomado de R. M 899/01. Soc. Arg. de Medicina Familiar, urbana y rural. Asoc. Argentina de Medicina Familiar. Centro de Investigación y docencia en epidemiología y Salud (CIDES). Asociación Médica Argentina. Guías de Orientación para el diagnóstico y Tratamiento de los motivos prevalentes de consulta en APS.

II h - Vías clínicas (Clinical Pathways)

Las vías clínicas proveen los detalles del cuidado diario para un diagnóstico específico. La diferencia exclusiva de las vías clínicas es que brindan un plan de atención estandarizado día a día. Estos planes son a menudo interdisciplinarios, de tal forma que el cuidado o tratamiento llevado a cabo por profesionales del equipo de salud están todos en el mismo formulario. La ventaja de este formato es que la evolución del paciente está monitoreada diariamente de acuerdo a las intervenciones planificadas y resultados esperados. Cuando el paciente no evoluciona de acuerdo al plan, se debe hacer una evaluación inmediatamente y la "variación" revisada. El paciente puede no estar evolucionando debido a problemas en el sistema; por ejemplo: medicación no suministrada. O puede ocurrir como consecuencia de un problema como intolerancia a la medicación. Independientemente de la causa, los prestadores salud pueden intervenir y efectuar las correcciones debidas.

La forma de presentación más común que adoptan las vías clínicas es la de una matriz temporal. En el eje de las abscisas se coloca el tiempo en divisiones por días o incluso horas y la ubicación del enfermo. En el eje de las ordenadas se distribuyen todas las acciones e intervenciones cuidadosamente distribuidas (evaluaciones y asistencias, determinaciones de laboratorio, tratamientos médicos y cuidados de enfermería, medicación, actividad, fisioterapia, dieta, información y apoyo al enfermo o familiares, y criterios de ingreso o de alta.

Formato tipo para desarrollo de vías clínicas

Nombre de la vía clínica:

Estancia promedio calculada:

	Preadmisión	Día 1	Día 2	Día 3
Evaluación Clínica (e interconsultas)				
Procedimientos médicos (invasivos)				
Procedimientos enfermería y auxiliares				
Medicamentos				
Tests diagnósticos				
Actividad física				
Alimentación				
Educación del paciente				
Plan de alta				
Resultados esperados				
Variaciones				

Hoja de variaciones de la vía clínica

H.C.:

Nombre: Diagnóstico:

Vía clínica:

Día	Evento crítico	Variación y motivo	Conducta seguida	Revisor
Día uno				
Día dos				
Día tres				
Día cuatro				

Tomado de: Moyano H. Importancia de las vías clínicas en la gestión de la calidad y de los costos hospitalarios. Revista Gestión en salud. Mayo 2003. Año 2; Num 5: pp6-11.

II i - Procedimientos

Los procedimientos son instrucciones paso a paso acerca de cómo desarrollar una habilidad técnica. Este formato a menudo incluye el uso de equipamiento, medicación o tratamiento. Ejemplos de procedimientos podrían ser cómo administrar sangre, colocar sondas (nasogástrica, vesical), administrar medicación (oral, rectal, endovenosa), etc.

II j - Norma

La Real Academia Española en su diccionario define como norma, según su segunda acepción, de la siguiente forma “regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades, etc.” Desde el campo del derecho cuando se hable de una norma, estamos hablando de un instrumento que regula y existe obligación en su cumplimiento.

En el Sector Salud las llamadas “normas de atención” constituyen un antiguo atributo de los Servicios de Salud. Las mismas se han gestado fundamentalmente a través de consenso de expertos y revisión bibliográfica y no necesariamente valorando adecuadamente el nivel de evidencia científica de los antecedentes. Habitualmente se suele expresar que las mismas son indicativas y no de cumplimiento obligatorio. Pero la creciente vinculación de lo legal en el sector salud, determina la necesidad de diferenciar claramente lo que es de cumplimiento obligatorio de aquello que no lo es. A raíz de este dilema es que dentro del proceso de normatización de los Servicios de Salud cobra relevancia el concepto de guía, que constituye una orientación y no una exigencia como la norma para el Derecho. **

** Por esta razón, el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica sólo se refiere a normas cuando habla de la Organización y Funcionamiento de los Servicios, no así en los procesos asistenciales

Referencias

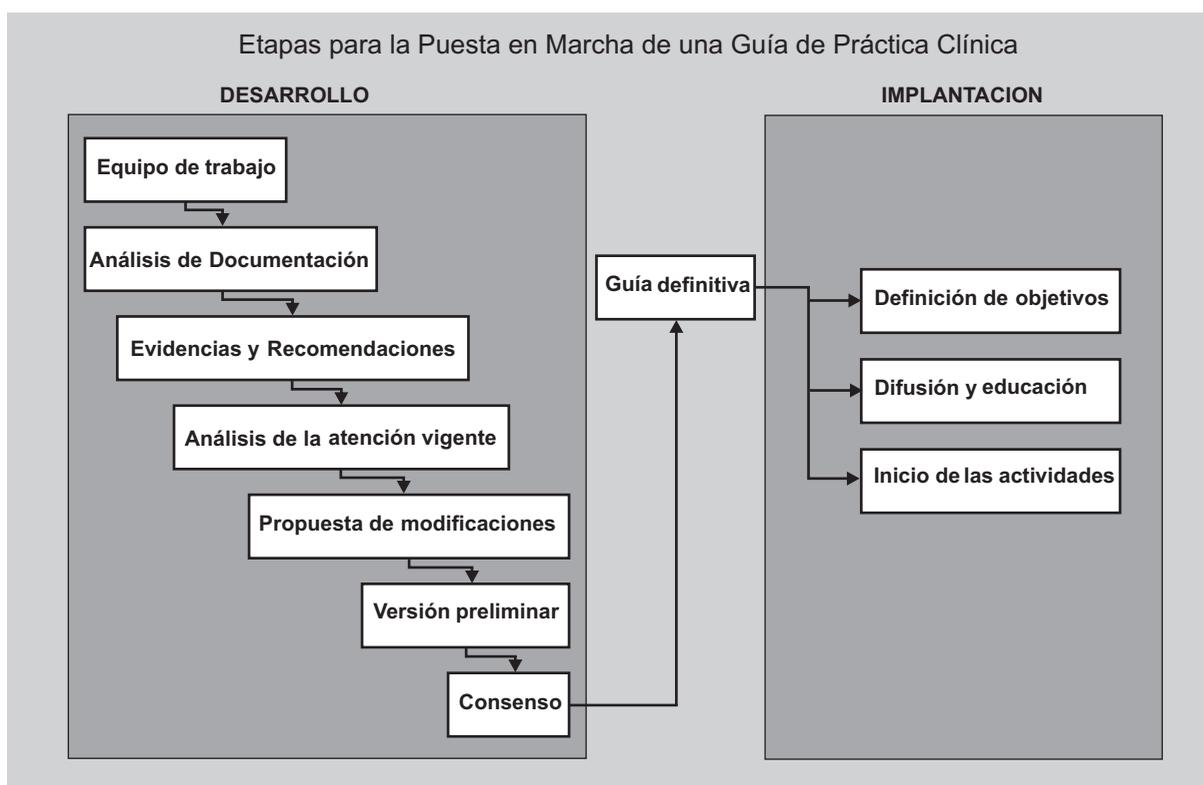
- Agency for Health Care Policy and Research. Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care. Vol 1. Issues. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1995. (AHCPR publication No 95-0045.)
- Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In:
- Field MJ, Lohr KN (eds). Guidelines for clinical practice. From development to use.
- Washington D.C. National Academy Press, 1992.
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR y cols. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999; 282:1458-1465.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. 2ª ed. Londres: Churchill Livingstone, 2000.
- Encarna Grifell Martín, Joan Miquel Carbonell Riera y Felipe Infiesta García. Desarrollo e implantación de Guías De Práctica Clínica. Serie de Documentos Técnicos de CHC Consultoria I Gestió N° 1. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona, febrero de 2002.
- Lohr KN, Eleazer K, Mausekopf J. Health policy issues and applications for evidence-based medicine and clinical practice guidelines. Health Policy 1998; 46: 1-19.
- Taxonomy of health system standards 2001, Other USAID Supported Study. University Research Corp. (URC) Center for Human Services; Joint Commission Resources ·
- Larizgoitia I. Guías de Práctica Clínica. Evaluación Sobre Tecnologías en Salud Para Países del MERCOSUR. OPS. Marzo 2001.
- Resolución Ministerial 899/01. Ministerio de Salud de la Nación. Soc. Arg. de Medicina Familiar, urbana y rural. Asoc. Argentina de Medicina Familiar. Centro de Investigación y docencia en epidemiología y Salud (CIDES). Asociación Médica Argentina. Guías de Orientación para el de Diagnóstico y Tratamiento de los motivos prevalentes de consulta en APS.
- Moyano H. Importancia de las vías clínicas en la gestión de la calidad y de los costos hospitalarios. Revista Gestión en salud. Mayo 2003. Año 2; Num 5: pp6-11.
- Real Academia Española. (1992). Diccionario de la Lengua española XXI. Espasa Calpe. Madrid.
- Williams G. La normatización para mejorar la calidad en los servicios de salud. Calidad en sistemas y servicios de salud. Programa de Educación a Distancia. Medicina y Sociedad. Instituto Universitario CEMIC. Fundación Donabedian. 2001

III - Elaboración e implementación

III a - Elaboración de la guía

Las etapas que se deben sortear para poder implementar exitosamente una GPC son diversas, incluyen varias acciones en diferentes terrenos e involucran a un número de personas que puede ser insospechado.

En el siguiente esquema se puede observar en forma rápida las diferentes tareas que idealmente deberían encararse para la puesta en marcha de una GPC.



Como puede observarse en este esquema la tarea resulta compleja y antes de decidirse a llevar a cabo una actividad de este tipo, deberían revisarse cada una de las etapas que deben sortearse y analizar su factibilidad.

III a 1- Integración del equipo de trabajo

En la medida que la participación de las autoridades sea activa y visible, es mucho más probable que la convocatoria sea exitosa. Esta debe incluir tanto al cuerpo técnico como a las autoridades y la adhesión de los participantes al equipo de trabajo debería ser preferentemente voluntaria.

El equipo de trabajo debería estar constituido por representantes de cada uno de los grupos profesionales relacionados con las actividades o especialidades que involucra la patología o problema que se decida estandarizar. Todos pueden realizar aportes muy significativos para asegurar la factibilidad de los procesos. Si solamente se discuten aspectos técnicos o de las evidencias científicas la adaptación puede resultar dificultosa o impracticable en algunos aspectos.

El perfil de los miembros del equipo debe contemplar a profesionales que están en contacto habitualmente con pacientes que presentan esa patología o problema y, en lo posible, con reconocimiento de sus pares en el ámbito de su actividad.

En algunas circunstancias los miembros del grupo de desarrollo pueden tener conflictos de intereses de diversa índole. En estos casos esto debería resolverse previamente de forma tal de asegurar la objetividad del proceso de elaboración posterior.

En algunos casos puede requerirse la presencia de expertos o profesionales que no estén en contacto directo con el equipo, pero que pueden ser claves en la implantación de la guía. Ejemplos de este tipo de expertos serían el oftalmólogo, el dietista o el psicólogo en una guía de atención para diabetes.

Una vez que se constituye el equipo, deberán considerarse aquellos requerimientos de capacitación en diversos temas relacionados con el diseño de las guías. Para el desarrollo de la guía se requieren algunas habilidades que tienen relación con diferentes áreas del conocimiento tales como:

- Búsqueda bibliográfica y recuperación de documentos
- Epidemiología
- Bioestadística
- Investigación en servicios de salud
- Conocimiento del manejo asistencial del problema
- Manejo de procesos en grupo
- Escritura y edición.

Es posible que sea necesario incorporar o reforzar conocimientos en estos temas y el desarrollo de una guía es una buena oportunidad para hacerlo a través de un caso concreto y no exclusivamente desde la teoría, como muchas veces suele ocurrir.

III a 2 - Cómo organizar el equipo

Es necesario designar un responsable, director o coordinador del equipo, preferentemente un profesional relevante de la organización. Deberá contar con capacidad técnica y científica en la patología sobre la que se desarrollará la GPC y con aptitudes para liderar el grupo. Si quien está dispuesto a coordinar el grupo, por alguna causa, no fuera una figura relevante, deberá contar con el apoyo explícito de otra figura de peso institucional.

Es importante que el responsable sea respetado por sus pares, dado que será el encargado de conducir las reuniones y llevar a cabo el seguimiento y control de los avances. Sin un adecuado seguimiento y acatamiento de los cronogramas, el proyecto puede diluirse en las urgencias de las actividades diarias.

Asimismo, es necesario que alguien se responsabilice de documentar todo el proceso de elaboración, junto a un grupo encargado de la edición del documento. En este deben participar el

director del equipo. Este grupo deberá encargarse de redactar los documentos de base para la discusión por parte de todo el equipo, así como la guía definitiva.

En algunos casos, resulta útil designar una persona que se encargue de plasmar lo estipulado en la agenda, contactando a los participantes y convocando a las reuniones.

III a 3 - Características y Organización del Equipo

- Multidisciplinario en todos los niveles y orientado a la patología
- Reconocimiento científico y personal en los integrantes
- Convocatoria y apoyo de autoridades reconocidas
- Contar con un referente experto en el problema
- Director del equipo con capacidad técnica y científica en la patología
- Responsable de documentar claramente el proceso de elaboración
- Grupo encargado de la edición del documento
- Responsable de la agenda y citación a los participantes

III a 4 - Planificación de las tareas

El profesional responsable de la coordinación de los procesos de elaboración de GPC deberá reunir al equipo e informarles del trabajo a realizar, cómo se prevé que lo lleven a cabo y los plazos estipulados para las tareas. Esto incluye las etapas principales y el cronograma contenidos en el plan de acción. Es importante que se diseñe un diagrama con las tareas, responsables y tiempos esperados (p. Ej un diagrama de Gantt) y que se respeten al máximo estos plazos.

Los gráficos de Gantt proporcionan una guía gráfica para realizar una serie de actividades, ya que muestra la fecha de inicio, duración y superposición de las actividades.

ESQUEMA BÁSICO DE DIAGRAMA DE GANTT						
	01 - abr	15 - abr	01 - may	15 - may	01 - jun	15 - jun
Tarea A						
Tarea B						
Tarea C						
Tarea D						

Los gráficos de Gantt son muy útiles en las etapas de planificación, para marcar el inicio esperado de cada actividad y para trazar los vínculos cronológicos entre las actividades. Los gráficos de Gantt también sirven para hacer un seguimiento del avance de las actividades y reprogramar estas actividades si el avance se ha retrasado.

Cómo usarlo

- **Paso 1.** Indicar todas las actividades que se deben realizar para implementar una solución.
- **Paso 2.** Determinar cuándo debe comenzar cada actividad y enumerarla en orden cronológico.
- **Paso 3.** Trazar el esquema para el gráfico de Gantt indicando las fechas de implementación a lo largo de la parte superior de una hoja de papel. Indicar las actividades en una columna al lado izquierdo.
- **Paso 4.** Para cada actividad, marcar su fecha de inicio. Determinar la duración de cada actividad y, con la ayuda de una barra horizontal, marcar su duración en el gráfico. Continuar este proceso para cada actividad.
- **Paso 5.** Examinar el gráfico y determinar si es posible efectuar todas las actividades que se deberán realizar en forma simultánea.

Los cronogramas y los gráficos de Gantt son óptimos para:
Planificar un proyecto de mejoramiento de la calidad de acuerdo a las actividades y el tiempo
Comprender la superposición y secuencia de las actividades
Vigilar el avance y reevaluar los plazos si el proyecto está retrasado con respecto a lo planificado

Para que lo planificado se cumpla es necesario un liderazgo claro y también un análisis realista de los tiempos que puede insumir cada tarea, considerando que las mismas requieren un esfuerzo adicional y que habitualmente no son remuneradas. No cumplir con los plazos puede resultar desalentador para el equipo, por lo cual estos aspectos deberán vigilarse adecuadamente, o a través de comunicaciones personales con los encargados de cada una de las tareas o bien a través de reuniones de equipo donde se muestren los progresos obtenidos.

III a 5 - Análisis de la situación actual

Documentación existente

Uno de los supuestos que se debe asumir es que el equipo que participe en la confección de la guía difícilmente cuente con una formación exhaustiva en actividades relacionadas con la revisión crítica de la literatura. Es importante tener claro este punto, y antes de diseñar una guía desde cero, resulta mucho más recomendable revisar el material que ha sido publicado al respecto, proveniente de fuentes confiables, y volcar todos los esfuerzos en adaptar localmente la guía.

Esto no sólo reduce el esfuerzo inicial haciendo más factible la tarea, sino que permite volcar mayores esfuerzos en asegurar la adhesión a la guía, medir desempeño a través de sus estándares y promover mejoras continuas de la calidad.

Para iniciar la elaboración de la guía, el equipo deberá analizar todos los elementos disponibles que hagan referencia a la patología seleccionada con el fin de facilitar el proceso. La documentación a revisar debe abarcar: guías existentes (de la propia organización o servicio, de sociedades científicas y otros organismos) y publicaciones científicas de diferentes fuentes.

Siempre que sea posible, las guías locales deberían surgir de guías nacionales con sólo algunas modificaciones para adaptarse a los requerimientos locales. De todas formas, cuando no existen guías nacionales, será necesario buscar otras fuentes de evidencia para poder desarrollar la guía.

Si se parte de una guía ésta debe estar basada en el mayor nivel de evidencia disponible y consecuentemente su grado de recomendación. Deben estar detallados los criterios utilizados para incluir o excluir las evidencias identificadas por la búsqueda. Estos criterios deben ser descriptos explícitamente y las razones para incluir y excluir las evidencias (ver recuadro) deben estar claramente establecidos. Por ejemplo los autores de la guía pueden decidir incluir sólo evidencias de ensayos clínicos aleatorizados y excluir los estudios no escritos en inglés.

Esquemas de Clasificación de Evidencias y Recomendaciones (ver Apéndice al final del capítulo)
Categoría de la Evidencia
Ia evidencia de meta-análisis de estudios aleatorizados controlados Ib evidencia de por lo menos un estudio aleatorizado controlado IIa evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización IIb evidencia de por lo menos algún otro tipo de estudio quasi-experimental III evidencia de estudios descriptivos no-experimentales, como estudios comparativos, de correlación y estudios de casos y controles IV evidencia de reportes de comités de expertos u opiniones de experiencia clínica de autoridades respetadas, o ambas.
Fuerza de la recomendación
A basada directamente en evidencia de categoría I B basada directamente en evidencia de categoría II o recomendación extrapolada de evidencia categoría I C basada directamente en evidencia de categoría III o recomendación extrapolada de categoría de evidencia I o II. D basada directamente en evidencia de categoría IV o recomendación extrapolada de categoría de evidencia I, II o III.

Es importante que se haga una descripción de los métodos utilizados para formular las recomendaciones y de cómo se ha llegado a las decisiones finales. Los métodos pueden incluir por ejemplo un sistema de votación, técnicas formales de consenso (como Delphi, por ejemplo) Deben especificarse las áreas de desacuerdo y los métodos para resolverlas.

Sobre las guías existentes, se debe analizar tanto su validez como la legitimidad para el equipo. Para ello, el sistema más objetivo se basa en la aplicación de una serie de preguntas o criterios de evaluación estándares, como los utilizados por algunas agencias internacionales. También es útil conocer si el personal de salud sigue o no sus recomendaciones en la práctica diaria y los motivos, ya que esto puede orientar sobre cómo abordar algunos aspectos de la nueva guía.

El análisis de los artículos científicos y las revisiones realizadas sobre las intervenciones que se aplicarán en la atención de la patología seleccionada debe identificar la mejor evidencia existente en el momento sobre la eficacia de las intervenciones.

Deben aportarse los detalles de la estrategia utilizada para la búsqueda de la evidencia incluyendo los términos de búsqueda usados, las fuentes consultadas y el rango de fechas cubierto. Las fuentes pueden incluir bases de datos electrónicas (por ejemplo MEDLINE, EMBASE, CINAHL), bases de datos de revisiones sistemáticas (por ejemplo Cochrane Library,

DARE) búsqueda manual en revistas, revisión de comunicaciones de congresos y otras guías clínicas (por ejemplo la US National Guideline Clearinghouse, o NICE - Reino Unido).

En un documento (Fundación Salud) se hace referencia a que la actualización bibliográfica, la revisión no sistemática de la literatura, los métodos de consenso entre profesionales, así como la adaptación local de GPC de reconocimiento internacional suelen ser los métodos más utilizados para la elaboración de GPC, mientras que la revisión sistemática con o sin meta-análisis, el análisis de costo efectividad y las preferencias de los pacientes, lamentablemente apenas se utilizan en la práctica. Esta tendencia debe ser revertida.

Las guías que se basan en el consenso u opinión de expertos o en una revisión no-sistemática de la literatura pueden no reflejar correctamente los conocimientos vigentes y por lo tanto pueden estar sujetas a sesgos de contenido. Ejemplos de este tipo de guías suelen ser mucho más frecuentes que lo deseable. La literatura utilizada en la guía clínica debería ser identificada a través de una estrategia de búsqueda explícita, seleccionada a través de criterios de inclusión y exclusión definidos y evaluados contra estándares metodológicos consistentes. Algunos ejemplos de organizaciones en las que se pueden encontrar referencias basadas en estas metodologías fueron mencionadas anteriormente.

III a 6 - Análisis de la atención vigente

Una vez analizadas los guías existentes y revisada la literatura, debería realizarse una revisión de la atención vigente, para evaluar cómo se está realizando el proceso de atención, identificar discrepancias con la evidencia y proponer las posibles modificaciones.

Para ello, deben considerarse los procesos principales, directamente relacionados con la atención al paciente, y los procesos de soporte que son colaterales como suministro de material o insumos, suministro de productos farmacéuticos, documentación clínica, etc.

El objetivo de esta actividad es conocer cómo se está manejando la patología seleccionada en el medio en el que se deberá aplicar la guía por elaborar. Identificar los puntos críticos del proceso

- actividades descritas en la práctica actual que no tienen concordancia con las recomendaciones
- todas aquellas actividades recomendadas por la evidencia que no se realizan en la práctica actual.

Para ello, se describen todas las actividades que se realizan actualmente dentro del proceso principal de atención al paciente, qué profesionales intervienen, así como el lugar donde se realiza. Vale aclarar que veces estos procesos son muy dispares o directamente no son identificables claramente por falta de uniformidad en el accionar o porque determinadas recomendaciones de la guía resultaron novedosas. En estos casos deben definirse nuevos procesos.

III a 7- Propuesta de modificaciones

Las recomendaciones pueden requerir recursos adicionales para ser aplicadas. Por ejemplo, puede necesitarse más personal especializado, nuevos equipos, o tratamientos farmacológicos caros que podrían tener implicaciones en la financiación, aunque es probable encontrar habitualmente deficiencias de organización. Puede resultar trascendente documentar una discusión sobre el impacto potencial en los recursos.

Para ello, y una vez identificados los problemas y sus posibles causas, el equipo de trabajo, junto con los profesionales que se requieran en cada momento, deberán plantear de manera conjunta y consensuada las posibles modificaciones que se incorporarán en la GPC por elaborar.

III b - Elaboración del Documento

III b 1 - Elaboración de la versión preliminar de la guía

Con todos los elementos surgidos hasta este momento, debe efectuarse una síntesis de la práctica actual, la evidencia científica consultada y propuestas de modificaciones consensuadas del proceso de atención, para elaborar una versión preliminar de la guía. El objetivo de este documento es que sirva como elemento de trabajo y discusión a todos los miembros del equipo de trabajo, y como base para la elaboración de la guía definitiva.

La versión preliminar de la guía define las actividades que se realizarán en todo el proceso asistencial (tanto las clínicas como las administrativas relacionadas con el proceso de atención), el rol de los profesionales en cada ámbito, el grado de resolución de cada nivel asistencial implicado, así como los criterios para las derivaciones de pacientes. Para cada una de las actividades clínicas deberá especificar su frecuencia, el nivel asistencial en que se realiza, el profesional que la indica y el que la ejecuta.

Una vez redactado el documento, debe ser remitido a todos los miembros del equipo de trabajo y al experto de referencia, para que procedan a su análisis exhaustivo y realicen las observaciones que consideren oportunas.

El contenido de la versión preliminar de la guía de práctica clínica (sin que esto implique un esquema rígido) podría resumirse de la siguiente manera:

- Índice
- Introducción
- Objetivo, definición del problema de salud y caracterización
- Actividades preventivas
- Actividades de diagnóstico
- Intervenciones terapéuticas (farmacológicas y no farmacológicas)
- Seguimiento y control
- Criterios de derivación
- Bibliografía

III b 2 - Reuniones de consenso

Con el objeto de analizar detenidamente el contenido del documento y llegar a un acuerdo respecto a los aportes que los miembros del equipo de trabajo y el clínico experto de referencia hayan realizado, se deben llevar a cabo una o más reuniones de consenso. Ésta se debe desarrollar en un ámbito que evite las interrupciones y asistirán el equipo de trabajo y el experto de referencia. Para optimizar el resultado de esta reunión, es recomendable la presencia de un moderador o dinamizador externo experto o conocedor, como mínimo, de las técnicas de trabajo en grupo y de las técnicas de consenso, que guíe el desarrollo de la reunión.

Dependiendo de la complejidad de los temas, del grado de controversia que exista y del nivel

de discusión que se establezca, esta reunión de consenso se puede realizar en varias sesiones. Los acuerdos deberán ser tomados siempre por consenso entre todos los participantes en la reunión.

El resultado de estas la reuniones es la versión preliminar de la guía con las modificaciones que se hayan ido incorporando a través del consenso. Es importante señalar que no se puede dar por concluido el trabajo hasta haber logrado el consenso en todos los aspectos del proceso de atención.

III b 3 - Elaboración de la guía definitiva

Con el proceso de atención consensuado, la comisión de redacción elaborará la guía definitiva. Antes de la elaboración de la guía definitiva - y según corresponda en cada caso - vale la pena tener en cuenta los criterios que utiliza AGREE (Appraisal of Guideline Research and Evaluation) que es una colaboración de países europeos Canadá, EEUU, Nueva Zelanda y Australia para orientar a los desarrolladores de Guías de Práctica Clínica). Aunque estos criterios están destinados fundamentalmente a grupos de desarrollo primario de estas guías, resulta útil tenerlos en cuenta aún cuando se pretenda adaptar una guía.

III b 4 - Criterios de AGREE para desarrollos de guías.

1. Los objetivos generales de la guía deberían ser específicamente descriptos
2. Las preguntas clínicas cubiertas por la guía deberían ser descriptas específicamente
3. Los pacientes en los cuales la guía sería aplicada deberían ser específicamente descriptos
4. El grupo de desarrollo de la guía debería incluir individuos de todas las profesiones relevantes
5. Las preferencias de los pacientes deberían ser consideradas
6. Los usuarios finales de la guía deberían ser definidos claramente
7. La guía debería ser probada con usuarios finales
8. Deberían utilizarse métodos sistemáticos para buscar la evidencia
9. Los criterios para seleccionar la evidencia deberían ser claramente descriptos
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones deberían ser claramente descriptos (consenso formal)
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.
12. Debería existir un vínculo específico entre las recomendaciones y las evidencias que la soportan
13. La guía debería ser revisada externamente por expertos antes de su publicación
14. Debería preverse un procedimiento para actualizar la guía
15. Las recomendaciones deberían ser específicas y no ambiguas
16. Las diferentes opciones para el diagnóstico y/o tratamiento del problema deberían ser presentados claramente
17. Las recomendaciones claves deberían ser fácilmente identificables
18. La guía debería ser apoyada con herramientas de aplicación
19. Las barreras potenciales para la aplicar las recomendaciones de la guía deberían ser consideradas
20. Los costos potenciales de aplicación deberían ser considerados
21. Las guías deberían presentar criterios claves de revisión para propósitos de vigilancia y auditoría.
22. La guía debería ser editorialmente independiente de la fuente de financiamiento
23. Los conflictos de interés de los miembros del desarrollo de la guía deberían ser registrados.

Los usuarios deberían poder encontrar fácilmente las recomendaciones más relevantes. Tales recomendaciones responden a las principales cuestiones clínicas abordadas en la guía. Pueden identificarse de diversas formas. Por ejemplo, pueden ser resumidas en un recuadro, escritas en negrita, subrayadas, o presentadas mediante diagramas de flujo o algoritmos.

Los flujogramas o diagramas de flujo que constituyen la representación gráfica de todo el proceso de atención describen los pasos clave definidos en la guía, de una manera lógica y consecutiva. Su objetivo es facilitar, de forma gráfica, las decisiones clínicas secuenciales (diagnósticas, terapéuticas o de otro tipo) que hay que tomar frente a un problema o situación concreta del proceso de atención. (ver Algoritmo de decisión para contactos de TBC infecciosa - en Antes de Empezar)

Para que una guía sea efectiva necesita ser diseminada e implantada mediante materiales adicionales. Estos pueden incluir por ejemplo un resumen de consulta rápida, herramientas educativas, folletos para pacientes o soporte informático, las cuales deben ser suministradas junto con la guía clínica.

El formato definitivo de la guía debe contener, además algunos elementos importantes para la aplicación y evaluación de la guía. Estos elementos pueden ser indicadores de evaluación, resumen operativo, requisitos mínimos para la implantación.

En los anexos, se pueden incluir materiales educativos, formularios que se aplicarán a pacientes o aquellos elementos que se estimen convenientes. Estos contenidos podrán adaptarse a los diferentes formatos propuestos (ver Antes de Empezar) según las necesidades de implementación.

Un modelo de contenido de la guía de práctica clínica definitiva podría ser el siguiente:

- Índice
- Introducción
- Objetivo, definición del problema de salud y caracterización
- Texto completo sobre el proceso de atención
- Resumen operativo
- Flujogramas y algoritmos
- Requisitos mínimos para la implantación
- Indicadores de evaluación
- Equipo de elaboración
- Fecha de elaboración y fecha propuesta de revisión
- Bibliografía
- Anexos

Debido a que el documento de la guía definitiva puede contener un volumen considerable de información, es importante elaborar un resumen operativo de consulta rápida, que permita a los profesionales encontrar rápidamente aspectos concretos del proceso de atención.

Las guías necesitan ser un reflejo de la investigación actualizada. Deben establecer claramente un procedimiento de actualización. Por ejemplo pueden establecer un cronograma o un sistema para incorporar búsquedas bibliográficas actualizadas regularmente y realizar los cambios requeridos. Habitualmente se propone que la revisión de la guía se efectúe a los 2 años. En aquellas patologías en las que los avances científicos se produzcan con mayor celeridad la fecha de revisión debería acortarse.

Una vez elaborados todos los apartados de la guía, el grupo a cargo de la redacción la distribuye al equipo de trabajo para validar su contenido completo. Los usuarios a los cuales se dirige la guía deben estar claramente definidos en la misma, de modo que éstos puedan determinar de inmediato si la guía es relevante para ellos. Por ejemplo, los usuarios de una guía sobre el dolor lumbar pueden incluir médicos generales, neurólogos, cirujanos ortopédicos, reumatólogos y fisioterapeutas.

Si se cree conveniente, se puede enviar también a otros expertos internos y/o externos a la organización para su revisión y validación definitiva por el grupo de trabajo o través de una nueva reunión de consenso si fuera necesario.

Llegado a este punto la guía debe ser oficialmente aprobada para que cobre vigencia institucional y que el personal comprenda que estos lineamientos en la atención implican un compromiso institucional.

III c - Implantación

III c 1- Requisitos mínimos para la implantación

Es importante contar con un líder o responsable de la implantación. Este responsable se encargará de comprobar que las necesidades de la misma están cubiertas, asegurar su la difusión de la guía a todos los usuarios, organizar la capacitación de todos los profesionales implicados, hacer el seguimiento y la evaluación e informar periódicamente a todo el personal de los avances.

III c 2- Definición de objetivos

Según lo establecido en el alcance de la implantación, y teniendo en cuenta los indicadores de evaluación incluidos en la guía, se deben definir objetivos concretos que se buscan alcanzar en cada actividad, con el fin de especificar los resultados esperados de la implantación y determinar los parámetros de evaluación de la misma. Estos objetivos deberán comprender aspectos del proceso de atención (aplicación de las recomendaciones de la guía), y de los resultados que hay que obtener, teniendo en cuenta que al principio será más fácil centrarse en el proceso, para ir paulatinamente incluyendo objetivos de resultados.

La fijación de objetivos se realizará a partir de la situación actual de la actividad concreta (línea de base), en caso de disponer de dicha información. En caso contrario se puede tomar como referencia valores estándares de la literatura. Es muy importante poder cuantificar aspectos relevantes de la guía. Los procesos de medición son los que realmente evidencian mejoras (o no) en el proceso asistencial que es lo que en definitiva se persigue.

Los objetivos se definirán por un periodo determinado, al final del cual serán evaluados y revisados, y se podrán fijar nuevos objetivos para el periodo siguiente.

III c 3 - Sistema de incentivos

Un aspecto que hay que considerar en la implantación de las guías es la modificación de conductas a través de incentivos a los profesionales. Los incentivos pueden ser de carácter

económico o no, dependiendo de las políticas y posibilidades de la organización y deberían ir ligados al cumplimiento de objetivos. El sistema de incentivos, si existiera, debería ser conocido en detalle por los profesionales que van a aplicar la guía, antes del inicio de la implantación.

Un estudio (Dixon) identificó que en organizaciones privadas en las que se implementaron programas de manejo de enfermedades crónicas, algunos de los factores relevantes para la adhesión a los estándares fueron:

- Metas bien alineadas entre médicos y administradores
- Inversión en tecnología de información y atención a la precisión de los datos clínicos
- El uso de incentivos financieros para modelar la conducta asistencial

En una revisión sistemática (Chaix-Couturier y col.) que evaluó el impacto de los incentivos financieros en los costos, procesos o resultados, se concluyó que pueden ser usados para reducir la utilización de recursos de salud, mejorar la adhesión a las guías de práctica clínica o conseguir alguna meta general en salud.

III c 4 - Difusión

Antes de la implantación, debe asegurarse que la guía llegue a todo el personal de salud que deberá aplicarla. Existen múltiples estrategias de difusión que dependerán del ámbito de elaboración y aplicación, así como de los medios disponibles.

La educación centrada en el profesional es un método relevante utilizado para influir en el cuidado del paciente y mejorar los resultados. La elección de una estrategia, técnica de enseñanza, y contenidos de un programa educacional requiere reflejar objetivos educacionales claros. Estos incluyen mejorar la percepción de las guías y la evidencia en que se sustentan; las creencias acerca de su propiedad, efectividad y factibilidad, y las habilidades necesarias para implementar guías que optimicen la efectividad.

Grimshaw y colaboradores han dividido las estrategias educacionales en dos tipos:

1. estrategias de diseminación, diseñadas para influenciar acerca de la toma de conciencia de que las guías existen, conocimiento y actitudes hacia las guías y sus recomendaciones
2. estrategias de implementación, diseñadas para mejorar la adhesión a las recomendaciones, transformando cambios en conocimiento y actitudes para cambios en la atención.

Existe una superposición considerable en estos tipos de actividades y estrategias que pueden ser utilizadas para afectar el conocimiento, la toma de conciencia, las actitudes y las habilidades. De todas maneras, las actividades diseñadas para afectar el conocimiento y la toma de conciencia son más informativas, mientras que aquellas que necesitan cambiar actitudes y habilidades requieren interacción y oportunidades para practicar las habilidades.

Para el conocimiento y toma de conciencia de las guías, es importante realizar una presentación con los aspectos más significativos de su aplicación a todo el personal de la unidad, con recepción de sugerencias o enmiendas que deberán valorarse.

En cada caso se definirá el número de ejemplares que se entregará y qué profesionales deben tener la máxima accesibilidad a la documentación. Lo más recomendable es entregar un resumen para cada uno de los profesionales del equipo de salud centro o unidad, además de dejar un ejemplar completo para consulta de todo el personal. Cuando sea posible, se utilizará, además,

algún tipo de soporte informatizado. Deberían efectuarse visitas personalizadas de los responsables de la implantación, sobre todo si se detectan resistencias concretas.

Las modalidades de la educación médica continua tradicional, en forma de charlas, ateneos, o notificaciones breves son buenas para mejorar la toma de conciencia, pero tienen poco efecto en relación a las actitudes y habilidades en la atención.

Los talleres ofrecen oportunidades para la interacción y estrategias de enseñanza y aprendizaje múltiples, pero requieren más recursos y tiempo del profesional que la diseminación de información simple. Si se dispone de recursos tecnológicos, los currículos interactivos a través de Internet, los videos interactivos, y otras tecnologías electrónicas también pueden ser utilizados para facilitar el desarrollo de estas actividades.

La educación debe ser considerada e implementada dentro del contexto de otras intervenciones a nivel organizacional, y a nivel de los servicios asistenciales. Las intervenciones para cambiar la conducta del profesional pueden ser agrupadas en tres tipos:

- 1) política organizacional;
- 2) sistemáticas de atención y procedimientos;
- 3) educación del profesional.

Un modelo desarrollado por Green y Kreuter indica que para que los profesionales usen la información que tienen, se necesitan estrategias que permitan la implementación por parte del médico de procesos clínicos recomendados y que refuercen el uso de las guías.

Los sistemas electrónicos de atención y procedimientos, incluyendo seguimiento del paciente y recordatorios a los profesionales, ayudan a los médicos a implementar las guías y cambiar la forma en que se desarrolla la actividad asistencial. La forma más efectiva parece ser el uso de recordatorios y entrenamiento adecuado combinados (Ockene y colaboradores).

Las políticas organizacionales y las normas también deben estimular la aplicación de las guías. Esto incluye la promoción de las actividades de garantías de calidad, transparencia en el desempeño, y soporte para el personal y los sistemas de información que permitan y refuercen la implementación de las guías por parte de los profesionales. Estrategias administrativas y de personal tales como la retroalimentación y mediciones del desempeño también resultan necesarias para reforzar el uso de las guías.

III c 5 - Desafíos para una educación adecuada en la implementación de guías

Si se pretende que los médicos implementen las guías de atención, es necesario que se investiguen sistemáticamente y se mejoren las acciones que favorecen y refuerzan las habilidades ya aprendidas (ver Mejoras Continuas).

Los desafíos de la educación para la implementación de las guías en el lugar de atención son muchos. El primer desafío es el liderazgo organizacional para evitar que los médicos no adhieran a una intervención en particular, o no sepan cuán efectiva es esa intervención. Frecuentemente, una de las primeras preguntas que se formulan es "¿Por qué tengo que aprender esto?". Sin un convencimiento claro, existe una baja probabilidad de que los nuevos patrones de atención se pongan en práctica y se mantengan.

Para lograr este desafío, es necesario educar y trabajar con los líderes administrativos y clínicos a fin de incrementar su comprensión acerca de la importancia del liderazgo y que el compromiso institucional y las expectativas son una meta clave en las mejoras de los procesos y resultados en los pacientes.

Es necesario discutir las implicancias y las necesidades de los médicos, incluso recurriendo a los líderes de opinión para facilitar la discusión. Con una comprensión mayor de las mismas, mejoran las capacidades para diseñar las intervenciones en el lugar de atención.

III c 6 - Inicio de las actividades

Es muy importante fijar una fecha concreta para el inicio de las actividades. Una vez establecida la misma, el líder o responsable de la implantación debe asegurarse que se han cubierto las necesidades identificadas y consensuadas, y que se ha realizado la difusión y la capacitación previstas. Es decir, que los profesionales están capacitados y disponen de los recursos y documentación necesarios, y que están planificados los cambios organizativos correspondientes. Asimismo, habrá que comprobar que todo el personal está en conocimiento de lo que se va a realizar, y que existe el material informativo necesario y adecuado.

III d - Apendice

Las evidencias en las cuales se sustentan las guías surgen de los estudios que soportan tal o cual conducta o establece asociaciones causales entre diferentes variables.

Existen diversos tipos de estudios que genéricamente podrían denominarse como descriptivos o analíticos, de corte transversal o longitudinales, prospectivos o retrospectivos, controlados o no controlados, etc.

No esta la intención de este documento proveer un análisis pormenorizado de la revisión sistemática de la literatura o de la medicina basada en la evidencia. Se considera que existe una serie de documentos disponibles que se ocupan de estos temas y que podrían consultarse si existiera interés en profundizar acerca de los mismos.

No obstante, ya que fueron mencionados anteriormente, a continuación se describen las características generales de los principales estudios que pueden ser encontrados en la búsqueda de las evidencias científicas que sustenten las GPC y algunos otros conceptos útiles que se enuncian a continuación:

Cohorte	Se trata de un diseño de investigación. El termino Cohorte denomina a un grupo de personas con características comunes o grupos de características. Este grupo es seguido a lo largo del tiempo, generalmente, para determinar la incidencia de determinada patología, trastorno o complicación.
Ensayo Clínico Aleatorio Controlado	Es un estudio en el cual los individuos son asignados aleatoriamente (al azar) para recibir o no un procedimiento terapéutico, preventivo o diagnóstico y entonces evaluar el efecto de la intervención. Existe por lo menos un grupo control para evaluar el procedimiento. Un ensayo aleatorizado es un verdadero experimento en que se asignan los pacientes, por un mecanismo aleatorio, a una intervención en estudio o alternativa (otro agente o ninguna exposición en absoluto).

Ensayo Clínico no aleatorio Controlado	Es un estudio en el cual se asignan pacientes a cada uno de los grupos según la conveniencia del investigador.
Estudio Antes-después	Se comparan los resultados en una población antes y después de realizar una intervención o que suceda algún cambio no manipulado por el investigador. En el primer caso evalúa efectividad de una intervención (Ej: programas de garantía de calidad). En el segundo caso evalúa el impacto de algún suceso (Ej: prevalencia de enfermedad pulmonar antes y después de la instalación de una fábrica en el barrio). En el primer caso se considera un estudio de intervención y en el segundo se trata de un estudio observacional.
Estudio Caso-control	Cuando el resultado de interés es muy raro o toma un tiempo largo para desarrollarse, los estudios de cohorte tampoco pueden ser factibles. Los investigadores pueden usar un diseño alternativo en que se identifican los casos (pacientes que ya han desarrollado el resultado de interés). Eligen controles (personas que no tienen el resultado de interés), pero similares a los casos con respecto a determinantes importantes como edad, sexo y condiciones médicas coexistentes. Los investigadores pueden evaluar entonces retrospectivamente la frecuencia relativa de exposición al agente nocivo entre los casos y controles. Como con los estudios de Cohorte, los estudios caso-control son susceptibles de sesgos por características no medidas. Por consiguiente, la fuerza de la inferencia que puede deducirse de los resultados puede estar limitada.
Estudio de Cohorte (Prospectivo)	Cuando no es factible asignar a los pacientes al azar a una intervención, se debe encontrar una alternativa a un ensayo aleatorizado. En un estudio de Cohorte, el investigador identifica grupos expuestos y no-expuestos de pacientes a un determinado factor. Los sigue en el tiempo, mientras supervisa la aparición del resultado de interés (outcome). Es un estudio prospectivo de investigación de factores que podrían causar un trastorno en el cual un grupo está expuesto al factor de riesgo (posible causal) y el otro no. El diseño permite estimar incidencia del evento en expuesto y en no expuestos al posible factor de riesgo.
Estudio de Cohorte Retrospectivo	Cuando el investigador utiliza un seguimiento realizado por otro motivo al de su investigación (Ej: registros de la historia clínica para el seguimiento clínico de los pacientes) y puede reconstruir temporalidad, asegurando que el registro de la exposición fue previo al del evento, se pueden considerar Cohortes retrospectivas.
Estudio de Corte Transversal	Tipo de estudio donde las variables principales se miden una sola vez y prácticamente al mismo tiempo. Son útiles para estimar prevalencia de una enfermedad fundamentalmente si la medición de la patología de interés se realiza con el estándar de referencia.
Estudios Cuasi-experimentales	Constituyen una versión limitada de la estrategia experimental. La limitación más importante es la eliminación del requerimiento de la selección al azar, lo cual impacta en una reducción de la capacidad para establecer conclusiones. Algunos estudios antes y después podrían incluirse dentro de esta categoría.
Meta-análisis	Es una revisión sistemática que combina los resultados de diferentes estudios similares previamente comunicados a través de una estrategia cuantitativa
Revisión Sistemática	Es un tipo de revisión que intenta responder una pregunta específica utilizando estudios ya comunicados a la comunidad científica. Tiene una metodología de búsqueda rigurosa con criterios explícitos de elegibilidad de los estudios. Se realiza una evaluación crítica de los estudios que satisfacen los criterios de elegibilidad. Las revisiones sistemáticas resumen la evidencia científica (en contraste con revisiones narrativas que mezclan opiniones y evidencia). Se realizan siguiendo un protocolo de investigación. La estrategia de búsqueda es reproducible. Estas revisiones se dirigen a preguntas específicas de tratamiento, diagnóstico, o pronóstico.

Referencias

- The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, www.agreecollaboration.org
- Carbonell JM, Suñol R, Colomé L, Nualart L, Guix J, Hernández R. Plan de Atención integrada: una apuesta por la coordinación interniveles a partir del consenso y de la medicina basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 321-326.
- Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 318: 593-596
- Encarna Grifell Martín, Joan Miquel Carbonell Riera y Felipe Infiesta García. Desarrollo e implantación de Guías De Práctica Clínica. Serie De Documentos Técnicos De CHC Consultoria I Gestió nº 1. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona, febrero de 2002
- Massoud, R., K. Askov, J. Reinke, L. M. Franco, T. Bornstein, E. Knebel y C. MacAulay. 2002. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. Serie de monografías de garantía de calidad(1): Bethesda, MD: Publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.
- Eccles M, Freemantle N, Massun J, North of England Aspirin Guideline Development Group. North of England evidence based guideline development project: guideline on the use of aspirin as secondary prophylaxis for vascular disease in primary care. *BMJ* 1998; 316: 1303-1309
- Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Molletson F & Chalmers TC (1992). A comparison of results of meta analyses of randomised controlled trials and recommendations of clinical experts. *Treatments for myocardial infarctions. Journal of JAMA* 268: 240-8
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Implantación y utilización de guías de práctica clínica: instrumentos, recursos y redes" Documento de trabajo nº17. www.fundsis.org/Actividades/publicaciones/Documento%20de%20trabajo%2017.pdf
- Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G, Moran S. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11: 21-28.
- Grol R, Dalhuijzen J, Mokkink H, Thomas S, Veld C, Rutten G. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998; 317: 858-861.
- Lohr KN. The quality of practice guidelines and the quality of health care. In: *Guidelines in health care*.
- Report of a WHO Conference. January 1997, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1998.
- Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Can the NHS learn from US managed care organisations? *BMJ* 2004;328:223-225
- Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care*. 2000 Apr; 12(2): 133-42.
- Ockene JK, Zapka JG. Provider education to promote implementation of clinical practice guidelines. *Chest* 2000;118(2 Suppl):33S-39S
- Grimshaw J, Russell I. Achieving health gain through clinical guidelines. II: Ensuring guidelines change medical practice. *Qual Health Care* 1994; 3:45-51
- Grimshaw J, Hutchinson A. Clinical practice guidelines: do they enhance value for money in health care? *Br Med Bull* 1995; 51:927-940
- Green L, Kreuter M. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. 2nd ed. Mountain View, CA: Mayfield, 1991; 22-31

- Ockene J, Ockene I, Quirk M, et al. Physician training for patient-centered nutrition counseling in a lipid intervention trial. *Prev Med* 1995; 24:563-570
- Ockene I, Hebert J, Ockene J, et al. Effect of training and a structured office practice on physician-delivered nutrition counseling: the Worcester-Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Am J Prev Med* 1996; 12:252-258

IV - Evaluación de calidad a través de las guías

IV a - Principios básicos de la evaluación de calidad

La medición de la calidad de la atención médica es uno de los desafíos más importantes de los próximos años. En las últimas décadas, la efectividad creciente de muchas intervenciones y los costos acelerados de la atención han creado una necesidad de evaluar urgentemente estos problemas.

Existen numerosas razones por las cuales es importante mejorar la calidad de atención, incluyendo el aumento de la transparencia en el accionar de los profesionales y administradores, eficiencia en la utilización de recursos, identificación y reducción de los errores médicos, optimización de la efectividad en la atención, mejoras en los resultados, y alineación de la atención con los intereses de lo que los pacientes quieren, además de lo que necesitan. Debido a que los objetivos de la salud se centran en conseguir buenos resultados o mejoría de los pacientes, es necesario generar un marco de referencia o un modelo para entender la salud en términos de mediciones.

La medición de la calidad debería determinar si el proceso de atención provisto a un paciente o una población

- 1) consiguió buenos resultados (medición de resultados)
- 2) representa aquellos procesos que están asociados con el logro de buenos resultados (medición de proceso).

El proceso de atención incluye elementos tales como medidas preventivas, estudios diagnósticos, tratamientos y otras actividades en la atención del paciente. Estos procesos no sólo implican el mayor componente del costo en salud, sino que la forma en que estos cuidados son suministrados conduce a un importante componente de la satisfacción o insatisfacción del paciente con la atención.

Los resultados clínicos incluyen morbilidad, mortalidad, estado de salud, capacidad funcional y calidad de vida. Estos resultados pueden ser incorporados dentro de los beneficios de la atención o el costo de las complicaciones. La naturaleza de estos resultados pueden también influenciar en la satisfacción o insatisfacción global con la atención.

Para tomar medidas en relación a procesos o resultados se deben tener en cuenta las características individuales y colectivas con que los pacientes ingresan a la atención, tales como factores demográficos o de riesgo y el estado de salud y funcional basal. Estos factores de ingreso determinan el "case mix" o "severity mix" (según la composición de casos o severidad) de la población asistida. Aunque no resulte una tarea sencilla, cada uno de estos elementos del modelo de atención debería ser cuantificado. En la medida en que se disponga de mayor número de datos, se podrán tomar mejores decisiones y más ajustadas.

Las guías de práctica clínica especifican procesos de atención que son conocidos o se piensa que están relacionados con buenos resultados. Una medida de desempeño que derive de una guía

atención es probable que sea un indicador de calidad valedero si reúne estas tres condiciones:

- 1) las relaciones entre proceso y resultado son conocidas
- 2) esa relación forma la base de la guía de atención; y
- 3) los criterios de revisión han sido fielmente derivados de la guía.

La última de estas tres condiciones, derivación fidedigna de los criterios de revisión de las guías, es más probable que ocurra si los temas importantes en los criterios de revisión han sido considerados y se ha seguido un método explícito.

INGRESO	PROCESO DE ATENCION	RESULTADO
Factores demográficos Factores de riesgo Capacidad funcional Estado de salud	Medidas preventivas Estudios diagnósticos Procedimientos Tratamientos Otras actividades de la Atención del paciente	Mortalidad Morbilidad Capacidad funcional Estado de salud Calidad de Vida
↓	↓	↓
"case mix" "severity mix"	Costo de la atención Satisfacción con el proceso	Beneficio Costo de la complicación Satisfacción con el resultado

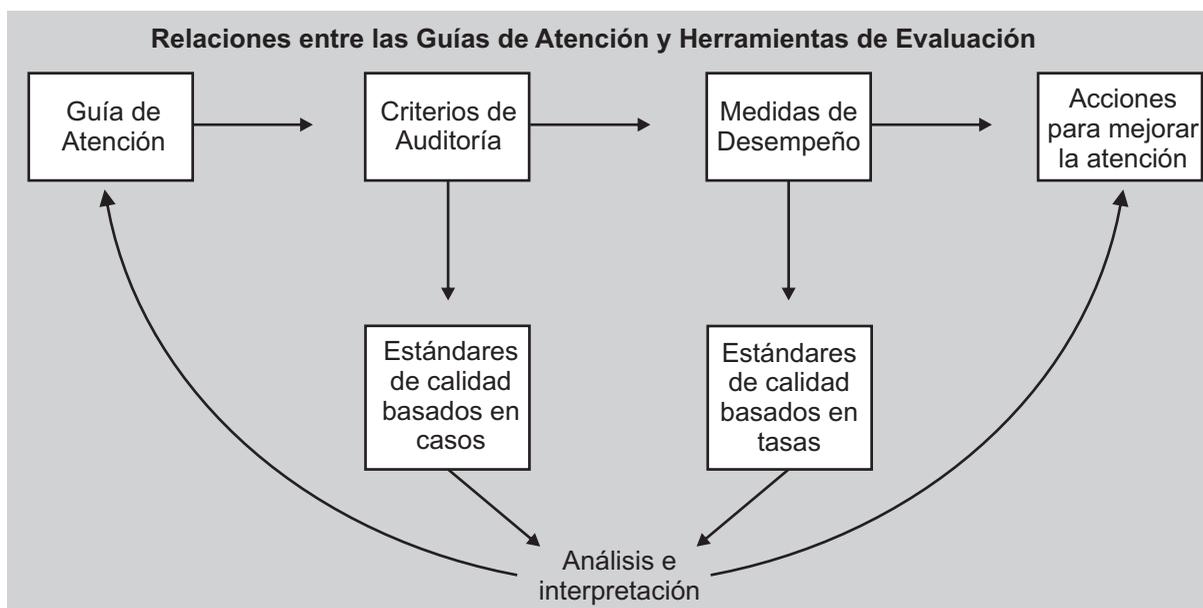
Las guías de atención, los criterios de auditoría médica, las medidas de desempeño y los estándares de calidad son herramientas que pueden ser utilizadas para evaluación de calidad.

Las guías de atención compilan evidencia científica disponible en especificaciones para el proceso de atención que probablemente optimicen la efectividad (buenos resultados). El desarrollo de guías de atención debería ser considerado como la etapa de planificación de las mejoras de calidad, o el primer paso para el manejo de la calidad.

Algunas definiciones para tener en cuenta son:	
Criterios de auditoría médica	Enunciados desarrollados sistemáticamente que pueden ser utilizados para evaluar decisiones específicas de atención, servicios y resultados
Medidas de desempeño	Métodos o instrumentos para estimar o monitorear el grado en el cual las acciones de un prestador conforman la guía de atención
Estándares de calidad	Enunciados que hacen referencia a 1) niveles mínimos de desempeño o resultados 2) excelentes niveles de desempeño o resultados 3) el rango de desempeño o resultados aceptable

Los criterios de auditoría y medidas de desempeño se utilizan para determinar el grado en el cual la atención ha seguido procesos específicos y si los resultados han sido logrados.

Medir el desempeño es la forma de determinar que la atención coincide con las recomendaciones. Las mediciones son comparadas con estándares de calidad, al determinar si la atención ha cumplimentado o no las normas, y en base a ello decidir que acciones deberían ser tomadas si correspondieran.



Para poder, en el futuro, implementar estándares de calidad derivados de las guías de atención, la metodología debería ayudar al sistema a traducir la guía de atención en criterios de auditoría y medidas de desempeño.

El equipo encargado de esta tarea debe establecer los temas que el servicio debe enfrentar y desarrollar los estándares de calidad. La institución o el servicio, de todas formas, debe decidir que criterio de auditoría, medidas de desempeño o estándares de calidad debería desarrollar; como así también determinar el nivel de desempeño que será el estándar de calidad que se quiere alcanzar; y qué acciones tomar para mejorar la calidad de atención.

IV b - Medidas de desempeño

Las medidas de desempeño son un medio a través del cual se puede monitorear la calidad de atención que se presta en un sistema de salud y si además ésta se presta a conciencia en relación a los costos.

En Salud la medición del desempeño es una detallada recolección y análisis de los datos, producidos en el curso de un proceso asistencial, en aquellas áreas para las cuáles existe una sólida evidencia de efectividad de tratamiento dentro de rigurosos niveles científicos

Las mediciones de desempeño pueden estar dirigidas a diferentes niveles del sistema de atención, dependiendo del tipo de datos recolectados y las fuentes utilizadas.

Los diferentes niveles en los cuales las medidas de desempeño pueden ser evaluadas son:

- Planes de salud
- Grupos médicos
- Instituciones de segundo y tercer nivel
- Prestadores individuales
- Programas específicos de tratamiento (transplantes, hemodiálisis)
- Programas de salud pública
- Financiadores de atención

El desempeño puede ser medido a través de varias dimensiones. Algunas, que actualmente pueden verse limitadas por los sistemas de información disponibles, son:

- efectividad clínica (aplicación de intervenciones de salud y su impacto en los resultados)
- acceso a la atención
- valor de la atención

A menudo se hace referencia al costo de la atención. El precio es un elemento obviamente necesario para calcular el valor de la atención que es, en realidad, la unidad de calidad por unidad de precio. El precio es sólo la parte de la información que está más disponible. El precio es explícito y fácil de obtener. La calidad es implícita y difícil de observar sin una medición adecuada.

Medir la calidad de atención es una tarea difícil por un sinnúmero de razones. Particularmente la medición de resultados de la atención médica representa un desafío extraordinario. La ocurrencia, curso y resultados de la mayoría de las enfermedades es altamente variable, lo que dificulta aún más estas tareas.

Para sortear los obstáculos biológicos de las mediciones de desempeño, deben emplearse diferentes abordajes, teniendo en cuenta sutiles variaciones. Sólo a través de una adecuada combinación de estos abordajes los resultados de la medición de desempeño pueden ser razonablemente interpretados.

Entre los elementos más importante para conseguir mediciones de desempeño adecuada pueden mencionarse:

- Emplear una combinación adecuada medidas de proceso y resultado
- Asegurarse que el número de pacientes incluidos en una medida es suficiente para obtener conclusiones válidas desde el punto de vista estadístico
- Asegurarse que las inclusiones y exclusiones de la muestra estén bien especificadas
- Hacer todos los esfuerzos posibles para emplear un método válido de ajuste en base al riesgo de los pacientes
- Registrar cuidadosamente los tiempos de los eventos diagnósticos y terapéuticos y registrar la duración del seguimiento
- Definir y codificar claramente los diagnósticos y procedimientos
- Incluir aquellos detalles clínicos que probablemente varíen para cada enfermedad o condición bajo estudio
- Integrar informes de usuarios y otros datos que no están incluidos en las historias clínicas o la facturación

Una tema común a todas estas consideraciones es la importancia de la precisión de los datos y la información. La medición de desempeño para que sea exitosa requiere excelente información, lo que en definitiva implica excelentes sistemas de información. Esto no necesariamente implica una tecnología cara o sofisticada sino más bien una adecuada metodología de recolección y registro de datos que reflejen en forma objetiva y precisa los hallazgos clínicos, que éstos estén adecuadamente codificados o estructurados y que se hallen disponibles para su manipulación estadística y análisis.

Las mediciones del proceso permiten medir la atención que reciben los pacientes. Si las estrategias diagnósticas y terapéuticas, científicamente avaladas expresadas en las GPC, son monitoreadas los problemas de calidad pueden ser detectados mucho antes de que ocurran diferencias en los resultados.

El tratamiento del infarto de miocardio es un buen ejemplo del poder potencial que tienen las mediciones de calidad basadas en el proceso. Las investigaciones clínicas han establecido claramente los beneficios de la reperfusión aguda, la terapia con aspirina y beta bloqueantes y otros procesos en la atención. En varios estudios se documentó la demora en llevar estas recomendaciones a la práctica y las consecuencias adversas de estas demoras.

El Estudio Cardiovascular Cooperativo llevado a cabo en los Estados Unidos confirmó que variaciones en los procesos preventivos y terapéuticos explican diferencias en las tasas de mortalidad por infarto de miocardio entre hospitales; este proyecto también documentó mejoras en los resultados como consecuencia de mejoras en el desempeño.

Es posible evaluar la calidad de atención utilizando indicadores ya desarrollados previamente o bien éstos pueden ser desarrollados a partir de las guías clínicas. Las GPC sirven, o mejor dicho, deberían servir si están adecuadamente implementadas, para que todos los pacientes con un problema determinado sean sometidos a procesos de atención similares en todos los casos. Estos procesos, claramente identificables en las guías, surgen de las mejores evidencias científicas disponibles en el momento.

Debido a que si los pacientes reciben el manejo indicado del problema los resultados serán mejores, la medición de calidad a través de una GPC, es un proceso de medición en el que se cuantifica el grado de cumplimiento de una guía.

Si se desarrollara una guía local para infarto agudo de miocardio, debido a que las evidencias indican, que la administración precoz de aspirina y beta bloqueantes, por ejemplo, mejoran los resultados en el cuidado de estos pacientes, los procesos de atención en la guía en desarrollo deberían contemplar la administración de aspirina y beta bloqueantes. Por lo tanto el cumplimiento de cada una de estas indicaciones, puede ser un criterio de revisión de la atención de los pacientes con infarto de miocardio siempre que no existan contraindicaciones - criterio de exclusión - .

Ante un caso individual evaluaríamos si el paciente no tenía contraindicaciones que lo excluyeran del criterio y veríamos si se le administró la medicación o no. Si no existían contraindicaciones y se le administró la medicación se puede decir que el paciente fue correctamente asistido. No obstante, este es un caso individual y poco nos aclara si la guía se cumple o no en forma sistemática.

La forma de evaluar el acatamiento o adhesión a las guías es a través del uso de indicadores. El criterio de revisión, por ejemplo, administración de aspirina puede ser convertido en un indicador, esto es la proporción de pacientes con el problema que cumplieron con el criterio. Podemos decir entonces que:

Un indicador es una variable mensurable que puede ser usada para determinar el grado de adhesión a un estándar o logro en las metas de calidad.

Si el paciente tiene alguna contraindicación para recibir aspirina debe ser excluido de la muestra, sólo para este indicador (criterio de exclusión). No obstante este mismo paciente podría ser incluido en la muestra de otros indicadores como el de administración de beta bloqueantes, si es que no tiene contraindicaciones para éste.

Siguiendo con el ejemplo anterior, si encontráramos 80 pacientes con infarto de miocardio que no tienen contraindicaciones para recibir aspirina y a sólo 20 se le hubiera administrado el

medicamento estaríamos en condiciones de decir que el indicador de administración de aspirina en el infarto de miocardio es de $20/80 = 0.25 = 25\%$.

En la situación ideal debiéramos llegar al 100%. Podemos decir que el 25% de los pacientes han sido tratados adecuadamente en base a este criterio o, lo que es lo mismo, que el 75% de los pacientes no recibieron el tratamiento adecuado.

Este 75% define la brecha entre el tratamiento recibido y el tratamiento óptimo que existe en el servicio. Cerrar esta brecha implica avanzar sobre la calidad de atención.

En este contexto es importante tener en cuenta que mejorar la adhesión a la GPC implica tener mejores indicadores para cada uno de los criterios que se decidan medir, o bien, reducir la brecha entre los niveles óptimos de atención y la atención recibida (mejorar la calidad).

En este punto debería fijarse el estándar de desempeño que se pretende alcanzar, por ejemplo si nuestra medición inicial fue del 25 %, llegar a superar el 75% en una primera fase, para luego seguir avanzando. Fijarse una meta es muy importante para cuantificar los logros obtenidos hasta el momento.

Para evaluar el proceso de desarrollo e implantación de una guía, es muy importante conocer el nivel de atención antes y después de la implementación de la guía. Es conveniente efectuar una evaluación retrospectiva de las historias clínicas de los casos a que hace referencia la guía (si es que se puede), efectuando una medición inicial hasta el momento en que la guía fue aprobada.

Estos indicadores deberían compararse con una medición posterior llevada a cabo después de la implantación de la guía para poder medir las diferencias en el desempeño. Esto constituye un primer paso concreto a las mejoras continuas de la calidad de atención.

Los indicadores de desempeño pueden hacer referencia al proceso o a los resultados de la atención. Recientemente, ha resultado más claro que los indicadores basados en resultados pueden tener limitaciones en su capacidad para monitorear la calidad, surgiendo un gran interés en el uso de indicadores de proceso. Esto se ha reforzado por las investigaciones que demuestran una alta dispersión en los patrones de atención de los pacientes, aún para aspectos de la asistencia que se basan en los más altos niveles de evidencia.

En el siguiente cuadro se describen las diferencias entre los dos tipos de indicadores.

Mediciones Basadas en Procesos	Mediciones Basadas en Resultados
Revelan lo que se necesita para mejorar la atención	No revelan los requerimientos para mejorar la atención
Detectan oportunidades de mejora si todos los prestadores logran resultados similares	No detecta oportunidades de mejora si todos los prestadores logran los mismos resultados
Requieren lapsos relativamente cortos para evaluar procesos de atención	Pueden requerir tiempos muy largos para muchos resultados en la atención
Resulta más probable que se pueda atribuir calidad de atención a prestadores específicos	Resulta menos probable que se pueda atribuir calidad de atención a prestadores específicos

Se ajustan de acuerdo a los que pacientes que son asistidos, incluso los criterios de calidad	Requieren ajustes para establecer diferencias aunque esos ajustes rara vez están disponibles.
Necesitan menos pacientes para comparar prestadores (se pueden comparar prestadores con pocos pacientes)	Requieren más pacientes para comparar (los prestadores con pocos pacientes no pueden ser comparados)
Se puede evaluar la atención prestada cuando se modifican los riesgos para la enfermedad en los pacientes	No se puede evaluar la atención prestada cuando se modifican los riesgos para la enfermedad en los pacientes

Referencias

- Agency for Health Care Policy and Research. Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care. Vol 1. Issues. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1995. (AHCPR publication No 95-0045.)
- Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, MI: Health Administration Pr; 1980
- Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. N Engl J Med. 1996;335:966-70.
- Mant J, Hicks N. Detecting differences in quality of care: the sensitivity of measures of process and outcome in treating acute myocardial infarction. BMJ. 1995;311:793-6.
- Weaver WD, Simes RJ, Betriu A, et al. Comparison of primary coronary angioplasty and intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review. JAMA. 1997;278:2093-8.
- Yusuf S, Anand S, Avezum A Jr, Flather M, Coutinho M. Treatment for acute myocardial infarction. Overview of randomized clinical trials. Eur Heart J. 1996;17(Suppl F):16-29.
- Peterson ED, Shaw LJ, Califf RM. Risk stratification after myocardial infarction. Ann Intern Med. 1997;126:561-82.
- Gurwitz JH, Goldberg RJ, Chen Z, Gore JM, Alpert JS. Beta-blocker therapy in acute myocardial infarction: evidence for underutilization in the elderly. Am J Med. 1992;93:605-10.
- Viskin S, Kitzis I, Lev E, et al. Treatment with beta-adrenergic blocking agents after myocardial infarction: from randomized trials to clinical practice. J Am Coll Cardiol. 1995;25:1327-32.
- Krumholz HM, Radford MJ, Ellerbeck EF, et al. Aspirin for secondary prevention after acute myocardial infarction in the elderly: prescribed use and outcomes. Ann Intern Med. 1996;124:292-8.
- Soumerai SB, McLaughlin TJ, Spiegelman D, Hertzmark E, Thibault G, Goldman L. Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction. JAMA. 1997;277:115-21.
- Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Marciniak TA. Early beta-blocker therapy for acute myocardial infarction in elderly patients. Ann Intern Med. 1999;131:648-54.
- Palmer R.H. Process-based measures of quality: The need for detailed clinical data in large health care databases. Annals of Internal Medicine 1997; 127:733-8.

V. Mejora de la calidad y liderazgo

V a - Mejora de la calidad

Mejorar la calidad implica utilizar métodos apropiados para cerrar la brecha entre los niveles alcanzados y los niveles esperados de calidad definidos por estándares. Esta actividad de la gestión de calidad utiliza herramientas y principios para comprender y abordar las deficiencias del sistema, aumentar las fortalezas y mejorar los procesos de atención.

Como vimos en el capítulo anterior, medir el desempeño es un paso muy importante. Si tomamos como referencia al ciclo de Shewhart, medir sería el tercer paso en el ciclo de calidad:

Planificar → Ejecutar → Verificar → Actuar.

Existe una gran variedad de abordajes para las mejoras de la calidad, dependiendo de la estructura y del problema en dónde se quieran aplicar estas mejoras. Desde la simple solución de problemas individuales, hasta la solución rápida de problemas en equipo, soluciones sistemáticas de problemas en equipo y rediseño y reestructuración de la organización. Algunas metodologías para la mejora calidad, como las propuestas por el Quality Assurance Project, incluyen:

- El abordaje en cuatro pasos a la mejora de la calidad
- El espectro de los abordajes a la mejora de la calidad
- Mejora del desempeño

V b - Abordaje en cuatro pasos a la mejora en la calidad.

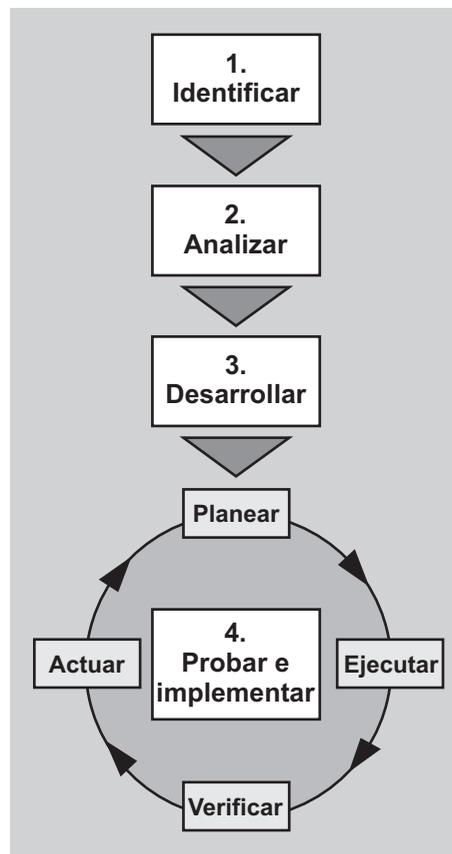
La metodología de mejora en la calidad ha evolucionado a lo largo de los años. Los intentos iniciales en la mejora de la calidad asumieron que las mejoras podrían ser rápidamente logradas a través de la incorporación de más cosas o cosas más nuevas, tales como nuevas máquinas, procedimientos, entrenamiento, o insumos. Se pensó que simplemente incorporando más recursos, o estructura, mejoraría la calidad.

Las personas que han trabajado en calidad saben que el aumento de recursos no necesariamente debe conducir a mejoras en la calidad. Un hecho fundamental es que en muchos casos la calidad puede ser mejorada al desarrollar cambios en los sistemas de salud sin necesidad de incrementar recursos innecesarios. Mejorar los procesos de atención no sólo genera mejores resultados, sino que también reduce el costo a través de la eliminación del despilfarro, trabajo innecesario o repetición del mismo.

La inspección de las actividades o procesos principales es un abordaje que los administradores han utilizado para identificar y resolver problemas. Este método implica un incremento del control sobre el personal y, a menudo, responsabilizado a las personas por los errores.

Esta filosofía de mejorar la calidad mostró éxitos limitados porque no necesariamente identificó barreras para las mejoras o generó apoyo del personal, debido a que mostraron resistencia a ser evaluados. Por el contrario, los abordajes actuales a las mejoras en la calidad examinan cómo pueden ser cambiadas las actividades de tal forma que el personal pueda hacer mejor su trabajo. Por ejemplo, un bajo desempeño en un empleado puede originarse por la falta de suministros, procesos ineficientes, o la falta de entrenamiento o de conducción más que por el desempeño del trabajador en sí mismo.

La filosofía compartida actualmente es que tanto los recursos como las actividades llevadas a cabo deben ser dirigidas en forma conjunta para asegurar la mejora de la calidad de atención. El Quality Assurance Project, por ejemplo, en base a sus experiencias adquiridas a lo largo de estos años, define a la mejora de la calidad en cuatro pasos principales.



■ **Primer Paso.**

Identificar: determinar qué mejorar

■ **Segundo Paso.**

Analizar: comprender el problema

■ **Tercer Paso.**

Desarrollar: establecer hipótesis acerca de qué cambios van a mejorar el problema y desarrollar soluciones estratégicas basadas en estos cambios.

■ **Cuarto Paso.**

Probar e implementar: probar la solución planteada.

La mejora de la calidad no está limitada a llevar a cabo estos cuatro pasos, sino a poner énfasis en la búsqueda continua de cómo mejorar la calidad. Cuando se consiguen mejoras en la calidad, los equipos pueden continuar en la búsqueda de nuevas mejoras para el mismo problema u otros que hayan sido identificados.

■ **Primer Paso: Identificar.**

La meta del primer paso, identificar, consiste en determinar qué mejorar. Esto puede involucrar un problema que requiere una solución, una oportunidad para mejora que requiera definición, o un proceso o sistema que requiera ser mejorado. Entre los problemas o procesos que son comúnmente identificados pueden mencionarse la baja cobertura, recomendaciones inadecuadas, falta de medicamentos, informes de laboratorio perdidos y tiempos de espera excesivos. Este primer paso requiere reconocimiento y oportunidad para la mejora y por consiguiente establecer una meta para mejorarlo. La mejora de calidad comienza por efectuar las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Cómo sabe que es un problema?
- ¿Con qué frecuencia ocurre, desde cuando existe?
- ¿Cuáles son los efectos de este problema?
- ¿Cómo sabemos cuándo está resuelto?

■ **Segundo Paso: Analizar.**

Una vez que las áreas para mejora de calidad han sido identificadas, el segundo paso es analizar lo que se necesita saber o entender acerca de esta oportunidad antes de considerar los cambios.

Los objetivos de los estadios de análisis pueden ser cualquier combinación de las siguientes:

- Clarificar por qué el proceso o sistema produce el efecto que se desea cambiar
- Medir el desempeño del proceso o sistema que produce el efecto
- Formular preguntas de investigación como las siguientes:
 - ¿Quién está involucrado o afectado?
 - ¿Dónde ocurre el problema?
 - ¿Qué sucede cuando ocurre el problema?
 - ¿Por qué ocurre el problema?

Para alcanzar estos objetivos, este paso requiere el uso de datos existentes o la recolección de datos. El grado en el cuál los datos son requeridos depende del tipo de mejoras de la calidad elegido. Las técnicas que analizan problemas requieren clarificar procesos a través de diagramas de flujo o análisis de causa-efecto, revisar los datos existentes, y, cuando se requiera, recolectar datos adicionales.

■ **Tercer Paso: Desarrollar.**

El tercer paso, desarrollar, utiliza información obtenida en los pasos anteriores para explorar qué cambios producirían mejoras. Se formula una hipótesis acerca de cuáles cambios, intervenciones, o soluciones reducirían el problema, y, por lo tanto, mejorarían la calidad de atención. Se desarrolla, entonces, una estrategia de solución basada en esta hipótesis. Es importante recordar que en este punto la hipótesis es predominantemente teórica, en la medida en que no ha sido probada. Una hipótesis es una asunción tentativa hecha para medir sus consecuencias. Se basa en

los conocimientos y creencia de las personas acerca de las causas probables y soluciones del problema.

■ **Cuarto Paso: Probar e implementar.**

Este paso, probar e implementar, está basado en los tres primeros. Una hipótesis se prueba paraa ver si la intervención propuesta o solución produce las mejoras esperadas. Debido a que las intervenciones que prueban ser efectivas pueden no arrojar resultados inmediatos, es importante dar un tiempo para que ocurra el cambio durante el proceso de prueba. El resultado de esta prueba determinará el paso siguiente.

Determinar el paso siguiente después de la prueba de solución

Resultado de la Prueba	Próximo Paso
El cambio propuesto no produjo una mejora.	Comenzar nuevamente el proceso de mejoras y buscar falencias en el cambio propuesto
El cambio propuesto produce mejoras que no son totalmente satisfactorias.	Modificar el cambio propuesto y entonces probar nuevamente la modificación.
El cambio propuesto arroja resultados satisfactorios	Comenzar la implementación del cambio o la intervención.

■ **V c - El espectro de los abordajes a las mejoras de la calidad**

Solución individual del problema. La solución individual de problemas es el enfoque más simple de mejoramiento de la calidad. El enfoque se puede encontrar en el trabajo cotidiano cuando las personas identifican problemas aparentes, reconocen su capacidad de solucionarlos y se sienten con el poder para hacer los cambios necesarios. Lo más destacado de este enfoque es que se usa para abordar problemas que no son interdependientes con otras personas. Esto significa que una sola persona puede tomar e implementar las decisiones necesarias para enfrentar ese problema. La solución individual de problemas requiere poco tiempo y datos y es la menos compleja en términos metodológicos.

Solución rápida de problemas en grupo. La solución rápida de problemas en grupo es un abordaje en el cual una serie de pequeños cambios progresivos se prueba -y posiblemente se implemente- en un sistema para mejorar la calidad. Este abordaje conlleva muchas pruebas de pequeños o medianos cambios individuales en sistemas similares. Al igual que la solución individual del problema, este abordaje puede ser utilizado en cualquier lugar, aunque generalmente requiere que los equipos tengan alguna experiencia en la solución de problemas y/o busquen un mentor para ayudar a implementar este abordaje rápidamente. Este abordaje a la mejora de calidad es menos riguroso en tiempo y recursos que los dos abordajes siguientes porque se basa mayormente en datos existentes y en la intuición del grupo, minimizando, por lo tanto, procedimientos prolongados de recolección de datos. La solución rápida de problemas en equipo puede incluir un análisis de las causas, pero implementado en una forma menos rigurosa que en la solución de problemas sistemática. Los grupos son generados ad hoc (en forma temporaria) y se disuelven una vez que se consigue el nivel deseado de mejora.

Solución sistemática de problemas a través de equipos. Se usa a menudo para problemas complejos o recurrentes que requieren un análisis detallado; frecuentemente produce cambios significativos en los sistemas o procesos. Lo fundamental en este abordaje es un estudio detallado de las causas de los problemas para poder desarrollar soluciones de esta forma. Este análisis detallado generalmente involucra recolección de datos y, por lo tanto, a menudo requiere tiempo y recursos considerables.

Mejoras en los procesos. El más complejo de los cuatro abordajes, la mejora en los procesos involucra un equipo permanente que continuamente recoge, monitorea y analiza datos para mejorar un procesos principal a lo largo del tiempo. Las mejoras en los procesos generalmente ocurren en organizaciones donde se designan recursos permanentes en la mejora de calidad. El equipo permanente puede usar alguno de los otros tres abordajes para la mejora de la calidad, por ejemplo, formar equipos ad hoc para resolver problemas específicos. La mejora en los procesos se usa a menudo para garantizar la calidad de servicios de cierta relevancia en instituciones de salud. Debido a que este abordaje es usado a menudo para responder a procesos centrales de un sistema, varios involucrados contribuyen a esta etapa del análisis. La tabla siguiente compara los cuatro abordajes en mejoras continuas.

	Solución individual de problemas	Solución rápida de problemas en equipo	Solución sistemática de problemas en equipo	Mejoras en los procesos
Cuándo usar el abordaje	Cuando se sabe que el problema depende de una sola persona	Cuando el equipo necesita resultados rápidos y cuenta con muchas ideas intuitivas	Cuando el problema es complejo, recurrente o requiere análisis	Cuando un proceso principal o sistema requiere monitoreo continuo o mejoras continuas
Equipos	Innecesarios	Ad hoc	Ad hoc	Permanentes
Datos	Casi ninguno	Puede funcionar con pocos datos	Necesita datos para llevar a cabo análisis de raíz de las causas para comprender las causas del problema	Puede requerir datos del monitoreo continuo, puede necesitar recolectar más
Tiempo	Poco	Poco	Limitado al tiempo necesario	Continuo

En suma, la experiencia en mejoras de la calidad se ha transformado en una metodología más simple, más robusta, y la aplicación de la metodología de mejoras de la calidad a un rango más amplio de establecimientos ha sido más clara. Los establecimientos incluyen tanto ambientes asistenciales como no asistenciales, y sus abordajes van desde solución individual del problema hasta mejoras del proceso por equipos permanentes. En todos estos abordajes, la metodología y los principios permanecen intactos, aunque sus métodos específicos pueden variar.

V d - Mejoras del desempeño

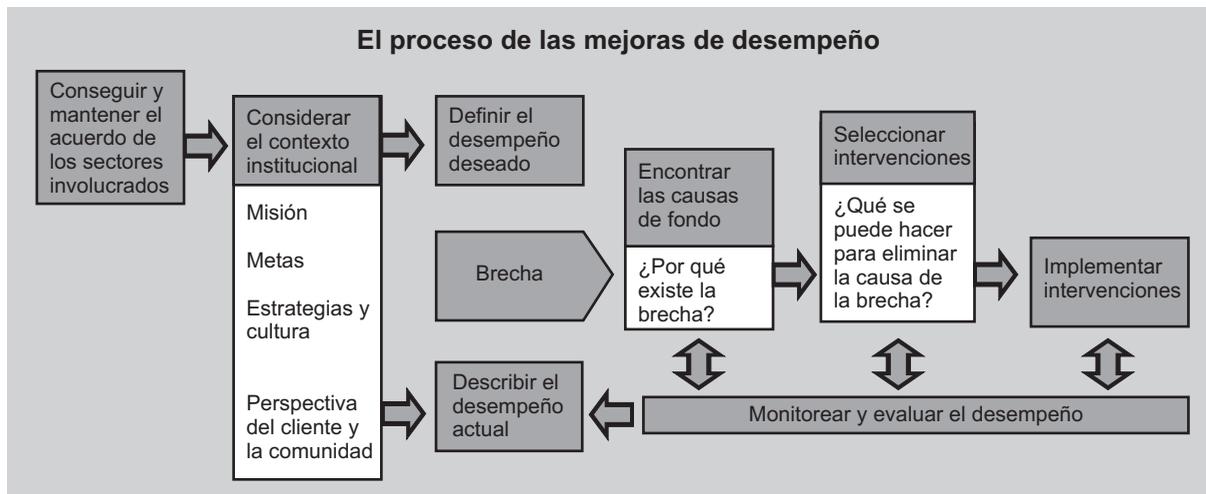
La mejora en el desempeño (MD) es una metodología para mejorar la calidad institucional y el desempeño individual. La MD creció a través de la idea de que un desempeño pobre en la tarea

rara vez se debe solamente a la falta de habilidades y conocimientos del que la realiza, sino generalmente a otros factores en el sistema. La sociedad internacional de mejoras del desempeño (International Society for Performance Improvement) la define como una serie de métodos y procedimientos, y una estrategia para solucionar problemas, como una forma de revelar oportunidades relacionadas al desempeño de las personas. En realidad es una combinación sistemática de tres procesos fundamentales: análisis del desempeño, análisis de las causas, y selección de la intervención.

La MD se refiere al desempeño humano dentro de las organizaciones a nivel individual, de los procesos y de la organización. Utiliza un método sistemático que consta de cinco pasos.

1. Conseguir el acuerdo para la meta del proyecto de todos los grupos, interesados con el que promueve la MD.
2. Llevar a cabo una evaluación de las necesidades de desempeño para identificar brechas en el desempeño y sus causas radicales.
3. Diseñar las intervenciones para cerrar la brecha.
4. Implementar las intervenciones.
5. Evaluar el cambio en la brecha de desempeño.

La figura siguiente describe el proceso de mejoras del desempeño. Como se ilustra en el gráfico, la MD es un proceso sistemático que considera el contexto institucional, identifica brechas entre el desempeño encontrado y el esperado, determina sus causas de fondo, elige una o más soluciones destinadas a cerrar la brecha, y mide el cambio en el desempeño. La evaluación de necesidades de desempeño identifica el desempeño existente o competencia, comparando el estado deseado con el estado actual, y busca la causa de fondo que motiva el pobre desempeño.



Los que implementan MD también identifican la necesidad de entrenamiento futuro cuando existan nuevas tareas, o se introduzcan equipamiento o técnicas, anticipando las futuras deficiencias a medida que las tareas cambian. El análisis de las causas de fondo asegura que las intervenciones recomendadas se basen en los datos y lo que realmente se necesita. A menudo, se implementa una combinación de intervenciones como parte de una solución comprensiva para dar respuesta a las deficiencias de múltiples factores. Las intervenciones en MD incluyen muchas de las mismas intervenciones utilizadas en actividades de mejoras de la calidad tales como: sistemas de información, ayudas laborales, apoyo en el desempeño, selección de personal, supervisión, sistemas de evaluación, mentores o entrenadores, documentación, formación de equipos, y entrenamiento y educación.

V e - El rol del liderazgo

Tal como ocurre desde equipos de fútbol hasta las grandes empresas, la importancia de un buen liderazgo resulta cada día más importante dentro de la actividad asistencial. Este rol principal dentro ha ido cobrando importancia gradualmente y, actualmente, ha sido reconocido como vital (NHS Executive, 1999) especialmente en el desarrollo de la calidad de atención.

En el caso de la atención de la salud existe una distinción entre los directivos administrativos y el liderazgo clínico que puede existir en las personas de grupos profesionales, como médicos o enfermeras, que son la cara de la atención y a quienes los pacientes tienen más presente.

Existe otro tipo de líder del que se piensa que es muy importante en términos de calidad, los "líderes de opinion" que han demostrado su influencia en los cambios inherentes a la atención basada en la evidencia (Thomson, Oxman y Haynes). Dentro del ambiente asistencial estas habilidades de liderazgo son muy valiosas en tanto estén alineadas con los propósitos de la organización como un todo.

El liderazgo existe a todos los niveles dentro de una institución (Ilgen), y habitualmente incluye tareas de gestión. Sin embargo, la gestión ha sido vista como la búsqueda de un orden y estabilidad, mientras que el liderazgo se centra en el cambio adaptativo y constructivo. Los líderes son más proclives a producir y manejar períodos de estabilidad, a menudo mientras se planifican cambios futuros, lo que resulta clave en la implementación de guías clínicas.

Como en toda actividad humana, el cuidado de la salud no escapa a los errores u omisiones. Un buen liderazgo puede ser juzgado también por la capacidad de demostrar que sus equipos detectan los errores y aprenden de ellos (Edmondson), más que simplemente registrar e informar el número de errores producidos.

Es importante la convocatoria de los líderes a generar un ambiente de pensamiento creativo y que sean capaces de proveer al personal la mayor discreción y el control posible, características que demostraron ser capaces de reducir el stress en el personal (Payne, 1999) y crear un sentido de justicia en los mismos que conduzca a una mayor satisfacción con los líderes (Phillips, Douthitt y Hyland).

Un estudio (Firth-Cozens y Mowbray) ha demostrado que las capacidades de liderazgo pueden producir beneficios reales en el cuidado de los pacientes. También es importante resaltar que cualquier juicio acerca de un liderazgo debe ir más allá de la evaluación del desempeño y debe contemplar el bienestar del personal, las formas que el personal desarrolla sus fortalezas, y la forma en que los líderes pueden demostrar que son capaces de reconocer y aprender de los errores y falencias que forman parte de la atención médica.

El liderazgo, tanto a nivel clínico como administrativo, resulta crítico para que el proceso de cambio siga su evolución sin fisuras y pueda alcanzar los objetivos propuestos. Sin este requisito indispensable, la experiencia de implementar una guía clínica, medir desempeño o intentar mejorar procesos, puede ser una actividad que impacte muy poco en la institución, más allá de los esfuerzos individuales que requieren estas tareas.

Referencias

- U.S. Agency for International Development (USAID). The Quality Assurance Project. Methods and Tools. Improving Quality in <http://www.qaproject.org/methods/resimprove.html>
- NHS Executive. Leadership for health: the health authority role. London: NHS Executive, 1999. Ilgen DR. Teams embedded in organisations. Some implications. *Am Psychologist* 1999;54:129-39.
- Kotter JP. A force for change: how leadership differs from management. New York: Free Press, 1990.
- Payne R. Stress at work: a conceptual framework. In: Firth-Cozens J, Payne R, eds. *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley & Sons, 1999:3-16 .
- Phillips JM, Douthitt EA, Hyland MAM. The role of justice in team member satisfaction with the leader and attachment to the team. *J Appl Psychol* 2000;86:316-25.
- Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB, et al. Local opinion leaders to improve health professional practice and health care outcomes (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford: Update Software, 1999.
- J Firth-Cozens and D Mowbray. Leadership and the quality of care. *Qual. Health Care*, Dec 2001; 10: 3ii - 7

Con el apoyo de OPS/OMS



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud