



Libertad y Orden  
Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

# GUÍA PEDAGÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA

## Dirección General de Calidad

**Programa de Reorganización, Rediseño y  
Modernización de las Redes de Prestación  
de Servicios de Salud**



### Proyecto:

Diseño y/o Adaptación de Herramientas Innovadoras para Colombia, de Mejores Prácticas Internacionales de Gestión Clínica y/o Administrativa, para que los Hospitales Mejoren su Desempeño Frente a los Estándares del Sistema Único de Acreditación y el Componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.



**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

## AREA TEMÁTICA

MEDICINA Y GESTIÓN BASADAS EN EVIDENCIA

## LINEA DE TRABAJO

“Adaptación de Guías y Protocolos de Atención Fundamentadas en Medicina Basada en la Evidencia”

GUÍA PEDAGÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE  
LA PRÁCTICA CLÍNICA  
BASADAS EN LA EVIDENCIA





## **MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

### **DIEGO PALACIO BETANCOURT**

Ministro de la Protección Social

### **CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO**

Viceministro Técnico

### **CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA**

Viceministro de Salud y Bienestar

### **RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ**

Viceministro de Relaciones Laborales

### **CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS**

Secretaria General



## **DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS**

### **LUIS FERNANDO CORREA SERNA**

Director General de Calidad de Servicios (E)

### **RODRIGO HERNANDEZ HERNANDEZ**

Coordinador Grupo de Calidad

### **SANDRA INÉS ROZO BOLAÑOS**

Coordinadora Proyecto de Preparación de IPS para la Acreditación

### **FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA**

Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio

### **LIZ ADRIANA MORENO MORENO**

Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio

### **MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS**

Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio



## **EQUIPO UT UNIVERSIDAD CES – GESAWORLD S.A**

### **LUIS F GIACOMETTI ROJAS**

Director Regional Gesaworld SA – Director Estratégico del proyecto UT Universidad CES – Gesaworld SA

### **FERNANDO ACOSTA RODRÍGUEZ**

Coordinador operativo del proyecto. Director de la Unidad de Extensión Universidad CES.

### **DAVID VIVAS CONSUELO**

Director técnico del proyecto. UT Universidad CES – Gesaworld SA. Director del CIEGS Universidad Politécnica de Valencia (España)

### **JAIME ORDÓÑEZ MOLINA**

MD, PhD.

Líder del Grupo de Investigación de Evaluación de Tecnologías en Salud. Universidad CES.

### **ARIEL HABED LOPEZ**

Coordinador regional de proyectos. Gesaworld SA. UT Universidad CES – Gesaworld SA

Este material fue financiado con recursos del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios.

## RESEÑA DE AUTOR

### **JAIME EDUARDO ORDÓÑEZ MOLINA, MD, PHD**

Especialista en Epidemiología. Especialista en Auditoría en Salud. Doctor en Epidemiología. Investigador y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad CES, Medellín. Líder del grupo de investigación Evaluación de Tecnologías en Salud. Integrante de la Sala de Evaluación de Dispositivos Médicos del Instituto nacional de Vigilancia de medicamentos y Alimentos – INVIMA. Docente de cátedra de las Universidades del Rosario, ICESI, Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB, Universidad Santo Tomás sede Bogotá y Universidad Latina de Panamá. Integrante del Comité Editorial de las revistas CES Medicina, CES Odontología y CES Salud Pública



## Contenido

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Presentación .....                  | 8  |
| Guía del Participante .....         | 9  |
| Guía del Tutor .....                | 13 |
| Unidades Didácticas.....            | 15 |
| Simulación y Mejores Prácticas..... | 43 |

## Presentación

Esta guía pedagógica responde a la combinación de las mejores prácticas identificadas a nivel nacional e internacional, que se constituyen en metodologías innovadoras para su aplicación en forma generalizada en las clínicas y hospitales del país

Es resultado de un ejercicio previo de elaboración del inventario de oferta de conocimiento, a partir de un riguroso ejercicio metodológico para la búsqueda y revisión sistemática de literatura, la identificación y selección del conocimiento disponible en el tema que nos ocupa, la organización y valoración del mismo con criterios de evidencia de aplicación efectiva, la selección de las mejores prácticas de gestión clínica y administrativa y el análisis de conveniencia de cada una de éstas, con recomendaciones sobre las herramientas e instrumentos pertinentes y susceptibles de ser aplicados por las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud en el país. [Para ampliar sobre los antecedentes de la formulación de la presente guía, usted puede ingresar en el siguiente link.](#)

Con esta guía se pretende proporcionar al personal de salud los conocimientos necesarios para implementar las guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. Está dirigida a los responsables del área de calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, así como a las enfermeras y a los médicos, tanto especialistas como médicos generales.

La guía está diseñada para que se utilice en la formación del personal de IPS para facilitar el proceso de implementación de las Guías de Práctica Clínica –GPC-. Para su aplicación, se creará un grupo o grupo de estudios, coordinados por un tutor nombrado por el gerente de la IPS.

La guía se compone de una serie de Unidades Didácticas que constituyen el núcleo central, junto con una sección dedicada a experiencias prácticas. Como apoyo al alumno y al coordinador de calidad de la institución, se adjunta una guía docente del participante y otra del tutor.

## Guía del Participante

### 1. Identificación

#### Área

Medicina y gestión basadas en evidencia.

#### Línea

Desarrollo y adaptación de guías y protocolos de atención, fundamentadas en MBE.

#### Instrumento

Guía Pedagógica para la Implementación de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia.

#### Descripción

Se ha desarrollado una guía para la implementación de guías de práctica clínica –GPC- basadas en la evidencia, donde se revisan las principales estrategias de implementación a nivel internacional y se facilitan algunas herramientas para su puesta en marcha en las IPS.

#### A quién va dirigida

Esta guía está diseñada para ser utilizada principalmente por las instituciones que estén inmersas en procesos de mejoramiento de la calidad y quieran implementar GPC basadas en la evidencia.

Se pretende que en cada institución interesada se formen grupos interdisciplinarios integrados por:

- Responsables de garantía de la calidad / gestión clínica.
- Médicos especialistas y médicos generales.
- Enfermeras profesionales.
- Personal del área de la salud relacionado con las diferentes GPC.

## 2. Competencias

### 2.1. Institucionales

- Promover una cultura para mejorar la calidad.
- Favorecer el trabajo en equipo.
- Estimular la investigación en problemas de calidad.
- Promover cambios organizativos.

### 2.2. Específicas

- Mejorar la calidad de la atención en salud en las IPS.
- Identificar las diferentes estrategias de implementación de GPC.
- Establecer los procesos prioritarios que debe implementar la IPS.
- Desarrollar un proceso de implementación de GPC.
- Implementar programas específicos de seguimiento a la adherencia a las GPC.
- Determinar mecanismos que faciliten la difusión e implementación de las GPC propias de cada IPS.
- Aplicar algunas o todas las estrategias de implementación de GPC propuestas en esta guía
- Implementar mecanismos de evaluación de resultados de las GPC.

## 3. Conocimientos Recomendados

La implementación de GPC se enmarca dentro de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad y se fundamenta en cambios organizativos. Por tanto, junto con esta guía se deberán evaluar los siguientes documentos o guías o disponer de conocimientos relacionados con los siguientes temas:

- Herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad.
- Cultura organizacional.
- Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia.
- Procesos prioritarios en los Sistemas Únicos de Habilitación y de Acreditación.

## 4. Resultados Esperados del Aprendizaje

Del estudio de estos módulos de formación se esperan los siguientes resultados:

- Que las instituciones tomen conciencia de la necesidad de implementar cambios organizativos para la implementación de las GPC.

- Que las instituciones y los profesionales identifiquen las diferentes estrategias de implementación de las GPC.
- Que en las instituciones se desarrollen programas específicos enmarcados en el mejoramiento continuo de la calidad en lo relacionado con las GPC.

## 5. Metodología de Enseñanza Aprendizaje

Los contenidos docentes se han estructurado en las siguientes unidades didácticas.

Introducción

Unidad Didáctica 1

Estudios de Evaluación de Estrategias de Implementación de las GPC.

Unidad Didáctica 2

Descripción de las Estrategias de Implementación de GPC.

Unidad Didáctica 3

Evaluación de las Estrategias de Implementación de GPC.

## 6. Metodología de Enseñanza y Aprendizaje

La metodología es un conjunto coherente de técnicas y acciones lógicamente coordinadas para dirigir el aprendizaje de los alumnos hacia determinados resultados. Las actividades previstas para el estudio de este programa se dividen en trabajo presencial y trabajo individual. Este último se realizará a través de una plataforma en Internet, en la cual se puede acceder a unidades didácticas donde figuran los contenidos teóricos y documentación adicional de consulta.

## 7. Planificación del Aprendizaje

| ACTIVIDADES DE TRABAJO PRESENCIAL      |                                                                                                                             |       |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Actividad                              | Descripción                                                                                                                 | Horas |
| Trabajo en Grupo                       | Sesión supervisada por un tutor donde los participantes trabajan en grupo y reciben asistencia y guía cuando sea necesario. | 4     |
| ACTIVIDADES DE TRABAJO INDIVIDUAL      |                                                                                                                             |       |
| Estudio Teórico y Trabajo en Internet. | Estudio de contenidos y trabajo colaborativo en el que pueden compartir documentos.                                         | 2     |
| Aprendizaje Basado en Problemas.       | Situaciones en las que el alumno debe explorar y trabajar un problema práctico aplicando conocimientos interdisciplinarios. | 3     |

El trabajo presencial consistirá en lo siguiente:

- Trabajo en grupo donde se revisarán los conceptos fundamentales de la parte teórica y se discutirá la aplicabilidad práctica a la institución donde se está trabajando.
- Aprendizaje basado en problemas: la tarea central de esta actividad docente es preparar al alumno para establecer un proceso de implementación de GPC; por lo tanto, es muy importante que en cada IPS se conforme un grupo multidisciplinario para la implementación de sus propias GPC, ajustadas a su cultura organizacional.

## 8. Evaluación

La evaluación consistirá en que cada grupo de participantes deberá desarrollar en su IPS un proceso de implementación de una GPC basada en la evidencia, con base en los conceptos adquiridos durante el proceso de formación.

## 9. Recursos y Ambiente

### Recursos en Internet

- Unidades didácticas con soporte electrónico.
- Test de auto-evaluación.
- Documentación de apoyo.
- Enlaces con agencias internacionales.

### Ambiente

- Trabajo individual con material en Internet.
- Trabajo en aula en la IPS.

## Guía del tutor

### 1. Perfil del tutor

El tutor deberá ser un profesional con especialización en Auditoría en Salud o un área afín. También puede ser el profesional que esté al frente de la Oficina de Garantía de la Calidad de la IPS o de la dependencia que realice dichas funciones en la entidad. La persona que lidere este proceso deberá ser encargada por el Gerente de la institución, quien debe asegurarse que dicho profesional cumpla con las condiciones idóneas para llevar a cabo tal función.

### 2. Conocimientos del tutor

El tutor deberá disponer o adquirir previamente a su desempeño como tal, conocimientos sobre:

- Programas de Mejora Continua de la Calidad.
- Conceptos clave que figuran en las Unidades Didácticas.
- Cultura Organizacional.
- Implementación de procesos.
- Evaluación de programas de salud.

### 3. Funciones del tutor

Este programa formativo está diseñado para aplicarse en IPS, y debe seguirse una metodología semi-presencial y proactiva; además, el tutor debe llevar a cabo las siguientes funciones:

**Facilitador**

En la creación y dinámica de los grupos de estudio.

**Coordinador**

Del trabajo de los grupos y su aprendizaje.

**Director**

Del proyecto establecido en cada grupo de trabajo, encargado de implementar una GPC basada en la evidencia en la IPS.

**Evaluador**

De los conocimientos y habilidades adquiridas por los alumnos durante el proceso de formación.

## 4. Estrategia metodológica

La estrategia metodológica combina dos tipos de actividades:

- Actividades de formación apoyados en Internet, con base en los materiales específicos diseñados para la guía.
- Trabajo en grupos al interior de la IPS donde se realice el proceso de formación.

Las actividades del tutor durante el curso serán las siguientes:

- Seleccionar los participantes de la IPS.
- Programar las actividades docentes.
- Diseñar un cronograma de trabajo, con base en los tiempos calculados en la guía, que tomará desarrollar las diferentes actividades.
- Direccionar los diferentes grupos de participantes en el proceso de implementación de GPC basadas en la evidencia en la IPS.



## Unidades Didácticas

### Glosario

### Introducción

#### **Unidad Didáctica 1**

Estudios de Evaluación de las Estrategias de Implementación de las GPC.

#### **Unidad Didáctica 2**

Descripción de las Estrategias de Implementación de GPC.

#### **Unidad Didáctica 3**

Evaluación de las Estrategias de implementación de GPC.

## GLOSARIO

### **Auditoría y Retroalimentación**

Resumen de los procesos y resultados clínicos, con base en información de la historia clínica o de la observación de la práctica clínica; utilizado para aumentar el conocimiento del ejercicio clínico propio y de terceros.

### **Cultura Organizacional**

Suma determinada de valores y normas que son compartidos por personas y grupos de una organización y que controlan la manera que interaccionan unos con otros y ellos con el entorno de la organización. Los valores organizacionales son creencias e ideas sobre el tipo de objetivos y el modo apropiado en que se deben conseguir. Los valores organizacionales desarrollan normas, guías y expectativas que determinan los comportamientos apropiados de los trabajadores en situaciones particulares y el control del comportamiento de los miembros de la organización de unos con otros.

### **Distribución de Materiales Educativos**

Distribución de información educativa impresa no interactiva, audiovisual o producida en un computador.

### **Estructura**

Aquellos aspectos de la infraestructura organizacional que tienen que ver con las decisiones que se toman, la dotación del personal, los patrones de carga laboral, las instalaciones físicas y la disponibilidad de recursos.

### **Evaluación de la Estructura**

Evalúa las locaciones e instrumentos disponibles y utilizados para la prestación de servicios de salud. Esto incluye instalaciones, suministros y equipo, y también puede incluir la estructura organizacional, así como la cantidad y cualificación del personal de la institución de salud. Se refiere a las propiedades y recursos utilizados para proporcionar atención y a la manera como están organizados. Responde a la pregunta: “¿Son suficientes los recursos físicos y humanos para implementar las recomendaciones de la GPC?”

### **Evaluación de los Resultados**

Evalúa el impacto del programa; examina los cambios que se produjeron como resultado del programa y si el programa está teniendo el efecto deseado. Responde a la pregunta: “¿Cuáles son

los resultados de este programa?” También puede responder a la pregunta: “¿Los beneficios del programa justifican los costos?”

### **Evaluación del Proceso**

Evalúa el funcionamiento de un programa. Se centra en lo que hace el programa. Responde a las preguntas: ¿Es una aplicación coherente con la forma en que el programa fue planeado?, y ¿Cómo se puede mejorar el programa?

### **Evaluación del Programa**

Recolección sistemática, análisis y reporte de datos acerca de un programa para ayudar en la toma de decisiones.

### **Evidencia**

Una observación, un hecho, o un cuerpo organizado de información que se ofrece para apoyar o justificar las inferencias o creencias en la demostración de una proposición o un problema específico.

### **Guías de Práctica Clínica –GPC-**

Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención de salud más apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica<sup>1</sup>.

### **Líder de Opinión Local**

Académico y clínico respetado que puede influir en el cambio del comportamiento clínico de los demás.

### **Medicina Basada en la Evidencia**

Representa el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de la mejor evidencia científica aplicada al cuidado y manejo de los pacientes.

### **Opinión por Consenso de Expertos**

Proceso para toma de decisiones políticas, no es un método científico para generación de nuevo conocimiento. A lo sumo, el desarrollo del consenso sólo hace uso de la mejor información disponible, bien sea del conocimiento científico o de la opinión colectiva de los participantes.

### **Recordatorios**

Recordatorios manuales y computarizados para generar cambios en el comportamiento.

### **Reuniones Educativas**

Grupos de estudio de auto-aprendizaje.

**Revisión Sistemática**

Tipo de estudio que pretende recopilar toda la investigación sobre un tema determinado, evaluarlo críticamente y obtener unas conclusiones que resuman el efecto de una intervención sanitaria. No todas las revisiones son sistemáticas; los métodos para revisar la bibliografía científica varían desde síntesis formales y cuantitativas hasta resúmenes subjetivos de datos observacionales. Una revisión sistemática es un ejercicio exhaustivo de búsqueda, evaluación y síntesis de la información.

**Sistemas de Comunicación**

Todos estos procesos formales e informales que están en su lugar para permitir el intercambio de información. Por ejemplo: ¿qué sistemas formales de comunicación están ahí para abordar los problemas clínicos?, ¿para iniciar el cambio a nivel clínico?, ¿existen foros o lugares disponibles para conversaciones informales relacionadas con los aspectos clínicos?, ¿los resultados de estos debates se tienen en cuenta en alguna parte?

**Visitas Educativas de Extensión**

Procesos de educación continua realizados por expertos en el desarrollo de GPC dirigidas a todo el personal encargado de la prestación de servicios de salud.

## Introducción

En este apartado se describen los objetivos, alcance y destinatarios de esta guía.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, cuenta con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), el cual se encuentra regulado por el Decreto 1011 de 2006 y cuyo campo de aplicación incluye la totalidad de los partícipes del proceso de atención en salud en el territorio nacional. Las características fundamentales del SOGCS son Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad, es decir, todas las políticas, procesos y prácticas de este sistema deben ajustarse a estos principios.

En concordancia con los más importantes desarrollos internacionales en cuanto a la normalización de la prestación de servicios de salud, así como con las características mismas del SOGCS, el Ministerio de la Protección Social (MPS) de Colombia, lanzó una guía metodológica propia para la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia. Sin duda alguna, esta herramienta será de gran utilidad para investigadores, tanto nacionales como internacionales, ya que plantea un mecanismo de realización de GPC que permite sistematizar tal proceso, lo que potencialmente generará un beneficio tanto en los usuarios como en la población general en quienes se aplicarán los conceptos allí planteados.

Pero existe una brecha entre la generación del conocimiento y la aplicación o implementación del mismo. Esto sucede por situaciones de índole cultural, pues el conocimiento nuevo significa que hay otra forma de hacer las cosas, y aunque desde el punto de vista científico los médicos y especialistas pueden estar de acuerdo con el contenido de las GPC, esto no necesariamente significa que las apliquen. El objetivo del presente documento es allanar esa brecha que hay entre el conocimiento y su implementación. Mientras esto no se haga, será difícil ver reflejado en la práctica los resultados esperados de esfuerzos académicos tan complejos como el de desarrollar GPC basadas en la evidencia.

## Objetivos

### Objetivo General

Facilitar a los responsables institucionales y a los profesionales involucrados directamente en la prestación de servicios de salud, los conocimientos e instrumentos necesarios para una implementación adecuada de las GPC.

## Objetivos Específicos

1. Identificar las estrategias de implementación de GPC.
2. Aplicar los elementos necesarios para desarrollar un programa de implementación de GPC.
3. Adaptar los procesos de implementación de GPC a la cultura organizacional de la IPS.
4. Desarrollar procesos de seguimiento y evaluación que permitan identificar el nivel de penetración de las GPC en la práctica cotidiana.
5. Utilizar mecanismos de retroalimentación que permitan hacer un proceso de mejoramiento continuo en la implementación de la GPC.

## Área y Línea de Trabajo

La macro área de análisis en la cual se enmarca la presente guía, es la denominada “Medicina y Gestión basadas en evidencia”, cuyo objetivo fundamental ha sido el de desarrollar un proceso que facilite la implementación de GPC basadas en la evidencia, herramienta fundamental del SOGCS.

## Alcance de la Guía

Esta guía está diseñada para ser utilizada en todas las IPS del territorio nacional y en todos los niveles de atención.

## Destinatarios

Los destinatarios de esta guía son los siguientes:

- Responsables de gestión de la calidad de las IPS.
- Profesionales de todos los servicios hospitalarios: médicos especialistas, médicos generales, enfermeras profesionales, y todos los demás profesionales de la salud que tengan algún grado de participación en las diferentes GPC basadas en la evidencia utilizadas en cada IPS.

## Cuestionario de entrada al proceso

Se ha elaborado un cuestionario con el propósito de que usted realice una auto- evaluación antes de ingresar al desarrollo de esta Guía.

1. El objetivo principal de desarrollar una Cultura de Seguridad del Paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud es:
  - a. Contar con un sistema de información que permita hacer procesos disciplinarios a los empleados que cometan errores.

- b. Cumplir un requisito necesario para alcanzar la acreditación por parte del Ministerio de Protección Social.
  - c. Lograr la conformidad con el estándar de seguimiento a riesgos, necesario para obtener la habilitación de la institución.
  - d. Generar un entorno favorable al diálogo abierto en el que todas las personas puedan cuestionar las prácticas y mejorarlas.
2. La responsabilidad de desarrollar una Cultura de Seguridad del Paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud le corresponde a:
- a. La alta dirección (gerente, subdirectores y jefes de sección).
  - b. La oficina de garantía de la calidad de cada institución.
  - c. Todos los empleados con el compromiso de la alta dirección.
  - d. El Ministerio de la Protección Social y los entes territoriales.
3. Cuando se detecte un evento adverso o un incidente durante el procesos de atención en salud, lo primero que debe hacerse es:
- a. Informar a la alta dirección con el fin de realizar un proceso disciplinario a los implicados en dicha situación.
  - b. Lo más recomendable es ocultarlo y hacerlo pasar como una complicación propia de la enfermedad del paciente.
  - c. Debe reportarse dentro de un sistema que tiene cada institución, y esta información debe analizarse para prevenir errores futuros.
  - d. Si es posible, tratar de inculpar a otras personas, con el fin de evitar ser castigado o ridiculizado por parte de los compañeros.
4. Referente al desarrollo de una Cultura de Seguridad del Paciente:
- a. Es la primera recomendación que debe hacerse para mejorar la Seguridad del Paciente, porque facilita implementar las prácticas.
  - b. Genera un gasto económico injustificado a las instituciones porque no se refleja en resultados positivos durante la atención.
  - c. Es un proceso muy difícil al cual sólo pueden tener acceso las instituciones de salud que se encuentren acreditadas.
  - d. Es muy rápido y se logra implementar inmediatamente después de una conferencia que dan funcionarios del Ministerio.
5. En relación con el Clima de Seguridad del Paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud:
- a. Este es posible medirlo en cada institución gracias a la Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente.
  - b. Evaluar dicho clima es un proceso muy complejo que implica la aplicación de encuestas en inglés.
  - c. No hay un valor agregado para las instituciones en medir tal clima porque todos ya saben que es la Seguridad del Paciente.

d. Debe hacerse cada vez que se presente un evento adverso en el servicio que se vea implicado.

## **Documentos de Consulta**

- Centro de Estudios e Investigación en Salud – CEIS de la Fundación Santa Fe de Bogotá y Universidad de Harvard. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de la guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Ministerio de la Protección Social y Colciencias; Bogotá D.C.: 2009.
- Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Institute of Medicine. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington DC: National Academy Press; 1990.
- Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



## Unidad Didáctica 1

### Estudios de Evaluación de Estrategias de Implementación de las GPC

*El conocimiento no es suficiente, debemos aplicarlo  
Desear no es suficiente, tenemos que hacer  
Goethe*

En este apartado se presentan los hallazgos de estudios realizados sobre estrategias de implementación de GPC y los criterios a considerar para decidir la, o las estrategias a seguir.

## 1. Introducción

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un elemento cada vez más común de la atención en salud en todo el mundo. Los sistemas de salud están invirtiendo recursos importantes en el desarrollo e implementación de GPC, justificados en que estas aumentarán la cantidad de información sobre la mejor evidencia clínica, promoviéndose acciones más eficientes y costo-efectivas en salud. En el Reino Unido, el Instituto Nacional de Efectividad Clínica (NICE, por sus siglas en inglés) y la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), así como en los Estados Unidos el National Guideline Clearinghouse, al igual que otras agencias de salud en el mundo, se han establecido para desarrollar GPC.

El objetivo de las GPC es mejorar la atención en salud recibida por los pacientes, mediante la promoción de intervenciones de demostrada utilidad y la desaprobación de aquellas que son ineficaces<sup>2</sup>. Sin embargo, el desarrollo e implementación de las GPC no son gratuitos. En algunos casos, estos costos probablemente son mayores que sus beneficios potenciales. En otras circunstancias, puede ser más eficiente adoptar una GPC menos costosa, pero con estrategias de difusión y aplicación menos eficaces.

La mayor parte de los organismos encargados de administrar la salud tienen relativamente pocos recursos para evaluar la efectividad clínica de las actividades, y los responsables de hacer las políticas deben considerar la mejor manera de utilizarlos para maximizar los beneficios. Por tanto, para tomar decisiones informadas deben considerar una serie de factores. En primer lugar, ¿cuáles son las áreas clínicas potenciales para actividades de eficacia clínica? Éstas pueden reflejar las prioridades nacionales o locales.

En estos casos deben considerarse la prevalencia de la enfermedad, la disponibilidad de intervenciones en salud eficaces y eficientes para mejorar los resultados de los pacientes, y, establecer si hay evidencias que indiquen que lo que actualmente se hace no es lo óptimo. En segundo lugar, ¿cuáles son los posibles beneficios y los costos necesarios para ejecutar las GPC? En estos casos debe tenerse en cuenta la eficacia probable de las diferentes estrategias de diseminación e implementación bajo las condiciones específicas del entorno, y los recursos necesarios para llevar a cabo dichas estrategias de difusión e implementación. En tercer lugar, ¿cuáles son los beneficios probables y los costos, como resultado de los cambios en el comportamiento de los prestadores? A pesar del actual interés que tienen los diferentes organismos de salud en las GPC, aun existe incertidumbre sobre la eficacia que tengan las diferentes estrategias de difusión e implementación que se han utilizado, y sobre los recursos necesarios para hacerlo.

Mientras se han hecho esfuerzos considerables para establecer la eficacia y la costo-efectividad de

las intervenciones clínicas en un número creciente de ámbitos, no se han hecho esfuerzos similares para garantizar que la práctica clínica refleje la mejor evidencia disponible<sup>3</sup>. Con frecuencia se supone que el solo hecho de suministrar información en una forma accesible, influenciará la práctica clínica. Sin embargo cada vez hay mayor conciencia respecto a que el simple acto de suministrar información, no necesariamente se reflejará en cambios adecuados en el desempeño profesional clínico<sup>4</sup>. No obstante lo anterior, esta estrategia continúa siendo ampliamente utilizada con el fin de intentar un cambio en el comportamiento de médicos y enfermeras.

Cada vez hay más propuestas de implementación de GPC y la literatura biomédica es relativamente abundante en este tema; así como evaluar la efectividad de los tratamientos propuestos en las diferentes GPC es importante, lo es también evaluar la efectividad de sus procesos de implementación. En este último campo existen varias investigaciones que se han trazado este objetivo, pero son escasas las que tienen un nivel de calidad suficiente que genere información fiable para tomar una decisión bien informada.

## **2. Estudios de Evaluación de Estrategias de Implementación de GPC**

En los últimos años se han publicado algunas revisiones sistemáticas sobre evaluación de estrategias de implementación de las GPC. Un artículo publicado en 1999 en el *Effective Health Care*, identificó siete revisiones sistemáticas que evaluaban diferentes estrategias de difusión e implementación de GPC<sup>5</sup>. En términos generales, dichas revisiones sistemáticas hallaron que los diferentes procesos de difusión e implementación de las GPC podrían generar algún cambio en el comportamiento de los profesionales, pero también concluyen que las estrategias de implementación de las GPC tienen más probabilidades de ser eficaces si se tiene en cuenta el entorno local, se utilizan intervenciones activas de educación, y simultáneamente se utilizan recordatorios específicos para los pacientes.

Oxman y colaboradores, quienes evaluaron poco más de 100 estudios que evaluaban la efectividad de varias estrategias de implementación de GPC, concluyeron que “no hay varitas mágicas” que conduzcan a un cambio en el comportamiento por parte de los médicos, si no que más bien una serie de intervenciones en vez de una sola, podrían generar tales cambios en el comportamiento de los profesionales del área de la salud.<sup>6</sup> Asimismo, Wensing y colaboradores concluyeron que las intervenciones múltiples que combinan más de una estrategia de implementación tendían a ser más eficaces, aunque pueden ser más costosas.<sup>7</sup> Pero como se mencionó antes, la mayor parte de estas evaluaciones presentan graves deficiencias metodológicas, lo que afecta mucho la veracidad de sus conclusiones.

Más recientemente, Grimshaw y colaboradores publicaron la que, hasta ahora, puede considerarse como la revisión sistemática de mayor calidad sobre el tema, en la que evalúan la efectividad y la eficiencia de las diferentes estrategias de implementación de GPC,<sup>8</sup> entre cuyos hallazgos más importantes pueden mencionarse los siguientes:

- Los recordatorios son las intervenciones que de forma aislada han sido evaluados con mayor frecuencia. Sus resultados sugieren que los recordatorios son una intervención potencialmente eficaz, y es probable que produzca mejoras moderadas en el proceso de atención en salud.
- Los programas educativos de extensión fue la segunda intervención más comúnmente evaluada. A menudo es un componente de una intervención multifacética, de hecho, intrínsecamente es considerado como parte de una estrategia multifacética de implementación de GPC. Sus resultados sugieren que los programas educativos de extensión pueden producir mejorías modestas en el proceso de atención en salud, pero debe evaluarse que los recursos que se inviertan en dichos programas compensen los cambios esperados.
- La evidencia sobre la efectividad de los materiales educativos, la auditoría y retroalimentación y las intervenciones dirigidas a los pacientes fueron robustas debido a que había menos evaluaciones de estas intervenciones. Sin embargo, el efecto promedio observado para los materiales educativos como intervención única en la práctica rutinaria, parece importante, especialmente teniendo en cuenta su viabilidad y su relativamente bajo costo de difusión.

La principal debilidad que tienen estas conclusiones es que se basan en estudios efectuados principalmente en EE.UU. y algunos otros en Europa, lo que dificulta la extrapolación de sus resultados a otros sistemas de salud por fuera de estas regiones, razón por la cual, independientemente de la estrategia implementada, deben evaluarse sus resultados con el fin de hacer los ajustes necesarios.

### **3. Implicaciones en la Toma de Decisiones**

Idealmente, la decisión de si una GPC debe desarrollarse, así como su proceso de difusión e implementación, debe basarse en estimaciones minuciosas de los costos y beneficios de dichas estrategias, así como los costos y beneficios de los cambios obtenidos en la atención al paciente, porque de hecho, las mismas estrategias no tienen la misma costo-efectividad para todas las GPC. Ejemplo de lo anterior, es una muy buena evaluación hecha en los servicios de atención primaria en el Reino Unido, en la que demostraron que la estrategia de programas educativos de extensión eran costo-efectivos para promover el consumo de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina entre los pacientes con insuficiencia cardíaca, pero la misma estrategia de implementación de GPC no fue costo-efectiva para promover la sustitución de antidepresivos tricíclicos por inhibidores de la recaptación de serotonina. Esto último se debe a que los costos de dicha estrategia de implementación de GPC son superiores a los potenciales beneficios que se espera obtener por el cambio de la medicación.

Sin embargo, en la mayor parte de las áreas de la atención clínica, no existen evidencias sólidas sobre costo-efectividad de las intervenciones clínicas, y la mayor parte de las GPC no han incorporado evaluaciones económicas que permitan hacer recomendaciones sobre su proceso de implementación. Pero los encargados de tomar estas decisiones en las IPS pueden utilizar un modelo similar al del ejemplo antes mencionado, con el fin de orientar sus decisiones acerca de cómo utilizar

mejor los limitados recursos que se tienen en las instituciones, en búsqueda del máximo beneficio de la población.

Las recomendaciones más importantes en la toma de decisiones relacionadas con la implementación de las GPC con base en lo que señala la literatura biomédica, son las siguientes:

- Habida cuenta de los limitados recursos disponibles, es recomendable utilizar mecanismos de priorización para determinar cuáles GPC van a difundirse e implementarse en cada IPS; esto puede hacerse con base en evaluaciones propias sobre la carga de la enfermedad, la disponibilidad de intervenciones de atención en salud efectivas y eficientes, y evidencias propias de un pobre desempeño de las intervenciones que actualmente se realizan.
- Debe considerarse la disponibilidad de la GPC de interés, porque de lo contrario desarrollar una nueva implica altos costos para cualquier IPS.
- Los recursos disponibles dentro del presupuesto de las IPS para estos procesos siempre es limitado, pero pueden buscarse recursos adicionales a través de la colaboración y coordinación con otros interesados, por ejemplo, enfoques educativos coordinados con instituciones de educación superior dentro de los marcos de los convenios docente-asistenciales, así como apoyarse en los sistemas de información que pueden generar recordatorios.
- La elección de las estrategias de difusión e implementación de las GPC debe basarse en consideraciones de las diferentes dificultades y facilidades que tiene cada estrategia, así como sus costos y beneficios. Es así como la falta de una justificación explícita de las intervenciones y una información deficiente sobre los posibles obstáculos y facilitadores en cada IPS, limita la aplicación de los resultados de una GPC en entornos diferentes.
- En la toma de decisiones deben considerarse varios criterios para determinar que estrategias tienen más probabilidad de ser eficaces en cualquier circunstancia, y elegir la (s) estrategia (s) con base en un análisis de viabilidad, costos y beneficios, que dichas estrategias potencialmente podrían tener, así:
  - Siempre que sea posible, las estrategias deben incluir recordatorios en papel o en sistemas digitales.
  - Puede ser más eficiente utilizar una estrategia más barata y más factible, pero menos eficaz (por ejemplo, la difusión pasiva de las GPC) que una intervención más cara pero potencialmente más eficaz.
  - También deben considerarse las implicaciones por los recursos que se van a invertir y los cambios consecuentes que se esperan obtener en la práctica clínica, y evaluar su impacto posible en el presupuesto.

- Es muy importante tener en cuenta que deben evaluarse los resultados de cualquier estrategia que se implemente, preferiblemente utilizando rigurosos modelos de evaluación.

## 4. Corolario

Tan importante como el proceso de desarrollo de las GPC, es su implementación, pues si no se lleva a cabo de la forma adecuada no se observarán los resultados clínicos esperados, perdiéndose el esfuerzo académico y económico que implica desarrollar una GPC y privando a los pacientes de sus potenciales beneficios.

Pero no hay una única estrategia que asegure el éxito en el proceso de implementación de las GPC, por esta razón, lo más recomendable es utilizar estrategias multifacéticas, es decir, utilizar varias estrategias de implementación al mismo tiempo. De esta forma, las debilidades de una estrategia son compensadas por las fortalezas de otra, lo que redundaría en una mayor probabilidad de aplicación de las recomendaciones hechas por las GPC.

Asimismo, acorde con los procesos de mejoramiento continuo, deben evaluarse los resultados, tanto del proceso de implementación o adherencia a la GPC como de los resultados clínicos, con el fin de tomar las acciones correctivas, bien sea en la estrategia de difusión o en la GPC propiamente dicha.

Finalmente, no hay “recetas mágicas” que sirvan de la misma forma para todas las GPC o para todas las IPS. La serie de estrategias utilizadas en una institución no necesariamente tienen que ser igualmente de exitosas en otra. Antes de implementar un conjunto de estrategias de implementación debe evaluarse muy bien, con base en los criterios ya mencionados en esta unidad didáctica, cuáles podrían responder mejor a este proceso, de forma tal que los beneficios esperados superen los esfuerzos realizados.



**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

## **Unidad Didáctica 2**

### **Descripción de las Estrategias de Implementación de GPC**

En esta Unidad se describen las 6 estrategias que han demostrado resultados positivos en la implementación de las GPC.

Las estrategias de implementación de GPC recomendadas en este documento, están basadas tanto en revisiones sistemáticas como en los artículos originales que fueron previamente evaluados en dichas revisiones, lo que permite hacer recomendaciones basadas en información de la mejor calidad posible.

El objetivo de proponer diferentes estrategias de implementación de las GPC se fundamenta en dos razones; en primer lugar, parte del éxito de la implementación de cualquier proceso es la utilización de múltiples tácticas, pues cada una de ellas tiene sus propias fortalezas y debilidades, lo que permite que se complementen entre sí. En segundo lugar, no todas las IPS tienen el mismo nivel de desarrollo, incluso, al interior de una misma IPS algunos servicios también pueden diferir en el grado de implementación de las GPC, por tanto, tener varias posibilidades para la implementación de las GPC permite que las IPS se adapten a aquellos modelos que mejor respondan a sus contextos.

A continuación se presentan las seis estrategias que han demostrado resultados positivos en el proceso de implementación de GPC.

## **1. Distribución de Materiales Educativos**

Oakeshott y colaboradores enviaron un resumen de una GPC en una sola hoja impresa por ambos lados y plastificada, a cada uno de los médicos de 30 sitios de atención (grupo de intervención).<sup>10</sup>

Lomas y colaboradores utilizaron el envío en masa como estrategia de difusión, al enviar copia de las GPC a todos los obstetras de los EE. UU. y a todos los hospitales con más de 50 camas, además de publicarlas en la revista médica de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de los EE. UU. y publicar un boletín que las incluyera, de las cuales se enviaron numerosas copias a las asociaciones de consumidores y proveedores.<sup>11</sup>

Diwan y colaboradores diseñaron un video con varios aspectos de la patología de interés (dislipidemia) que sirviera como apoyo educativos y que se presentara conjuntamente con las GPC.<sup>12</sup>

Como puede observarse, existen varias opciones de presentar y distribuir el material educativo, que a continuación se resumen:

- Por tratarse de evaluaciones académicas en las que a través de revisiones sistemáticas se hacen una serie de recomendaciones relacionadas con los diferentes aspectos de la enfermedad (prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y pronóstico), las GPC suelen ser documentos amplios, cuyo volumen de páginas puede ser superior a 100 y en ocasiones, más de 200 páginas. Se recomienda que todas las GPC se acompañen de una versión corta, que sea fácil de manejar en los sitios de trabajo y disminuya los costos de impresión de la misma.

- Con el fin de abaratar costos de distribución del material, estos procesos deben apoyarse en herramientas de amplia difusión, básicamente el Internet, por lo que es recomendable el envío de este material por medio del correo electrónico, así como el uso de una plataforma a la que los usuarios puedan acceder gratuita y fácilmente al material.
- Se recomienda utilizar los diferentes medios de difusión, desde la entrega del material en medios impresos (versión corta de la GPC para disminuir los costos), hasta facilitar el acceso a través de Internet y en los diferentes medios electrónicos de comunicación, tales como Blackberry®, iPhone®, iPod®, e incluso la utilización de las redes sociales que pueden facilitar mucho estos procesos, tales como Facebook®, Twitter®, entre otros.

## 2. Reuniones Educativas

En 1988, Robie utilizó un mecanismo de una hora diaria de lectura de las GPC entre los residentes, durante un período de seis semanas.<sup>13</sup> Gorton y colaboradores invitaron a 38 docentes universitarios de dos facultades de medicina a una conferencia con expertos en las GPC, con una duración de medio día, las cuales se ofrecían en un sitio cercano al lugar de trabajo.<sup>14</sup>

Smeele y colaboradores diseñaron un proceso de cuatro reuniones, cada una de dos horas, que consistían en sesiones de educación interactivas para grupos pequeños (ocho o nueve asistentes), las cuales eran coordinadas por un experto en las GPC.<sup>15</sup> Dichas sesiones incluían conferencias, juegos de rol, capacitación, revisión del desempeño por parte de pares, o discusiones de problemas con pacientes hipotéticos.

Thomas y colaboradores invitaron a todos los médicos de 78 sitios de atención a asistir a una de cuatro reuniones programadas para la difusión de las GPC, dos en un hotel de la ciudad y dos en un hotel del área rural. Las reuniones fueron didácticas, de aproximadamente dos horas de duración, con presentaciones por parte del consultor principal y de los médicos que participaron en el desarrollo de las GPC, con tiempo para discusión y para responder las preguntas de los asistentes.<sup>16</sup>

Como puede verse, existen varias modalidades para hacer las reuniones educativas. Básicamente están apoyadas en conceptos de autoformación por medio de grupos de estudio. Al respecto, hay algunas recomendaciones que deben considerarse:

- Para que los grupos de estudio sean funcionales, es decir, que cumplan su objetivo de formación continua, deben ser pequeños. Un grupo de estudio grande es muy complejo de administrar y difícilmente cumple sus objetivos de autoformación en la medida en que no es fácil lograr que sus integrantes participen activamente o se comprometan con sus actividades.
- El número de participantes en un grupo de estudio puede estar relacionado con el tamaño de la IPS, pero lo recomendable es que bajo ningún motivo el grupo tenga más de doce integrantes.

Si el número de médicos generales o especialistas, o de enfermeras, que están interesados en participar en el grupo es mayor a este número, se recomienda crear otro grupo con un menor número de participantes.

- Por tratarse de procesos de formación continua, y dado que el número de GPC aumenta constantemente, es mejor que el número de reuniones educativas mensuales sea bajo, pero que sea constante en el tiempo. El número de reuniones al mes puede fluctuar entre dos y máximo cuatro reuniones (si se hace una reunión semanal, en ocasiones podrían llegar a ser cinco reuniones al mes).
- Cada reunión debe ser liderada por un participante diferente, cuyo liderazgo se repite después de una “ronda” de reuniones, y así sucesivamente. Por tratarse de un proceso de autoformación, todos los participantes deben estudiar el material con antelación; el papel del líder se fundamenta en presentar e introducir la reunión, contextualizando el problema de esta patología en su IPS.

### 3. Visitas Educativas de Extensión

En 1998, Watson y colaboradores utilizaron un modelo en el que entrenaron a tres profesionales del área de la salud, durante 20 horas, en el proceso de desarrollo de GPC así como en habilidades interpersonales. En un lapso de seis meses, cada uno de ellos hizo dos visitas a los médicos, de forma individual, con una duración máxima de diez minutos por visita, a 35 médicos generales. Durante las visitas se discutían las recomendaciones de las GPC y se evaluaba la opinión y actitud de los médicos respecto a las mismas visitas.<sup>17</sup>

Hulscher y colaboradores aplicaron un modelo en el que capacitaron a seis enfermeras para llevar a cabo el papel de facilitador. Visitaron 33 sitios de atención (68 médicos de familia) y se reunieron con los equipos de trabajo. Se aplicó un modelo de cuatro pasos en cada sitio de atención para superar los problemas organizacionales respecto a la implementación de las GPC (orientación, comprensión, aceptación y el cambio). Las visitas a cada sitio de atención consumieron aproximadamente 30 horas de trabajo para cada enfermera. Cada sitio fue visitado aproximadamente 25 veces durante un período de 18 meses, con una duración promedio de cada visita de 73 minutos<sup>18</sup>.

Soumerai y colaboradores emplearon una estrategia de capacitar durante cinco sesiones, cada una de medio día de duración, a un educador médico que era un especialista clínico en el área, sobre los principios y técnicas de comunicación interactiva y persuasión. El educador médico hizo una sesión de una hora de duración con los médicos y el equipo quirúrgico en las respectivas áreas de trabajo en dos hospitales, presentando las GPC y enviando mensajes educativos específicos<sup>19</sup>.

En cualquier modalidad que se aplique en esta estrategia debe considerarse la participación de expertos en el desarrollo de GPC. Para tal fin, las IPS pueden encontrar dicho apoyo en las Instituciones de Educación Superior o en diferentes organizaciones o agencias nacionales e internacionales, si así lo desean. Este es un proceso de formación que debe hacerse por medio de reuniones

académicas de mayor intensidad, con el fin de aprovechar la participación de dicho experto. A continuación se señalan una serie de sugerencias a considerar en esta estrategia:

- Por tratarse de proceso que implican la movilización nacional o internacional de un experto, se recomienda trabajar al máximo con esta persona. La duración de estos procesos puede fluctuar entre dos y cinco días; si se hace un solo día se desaprovecharía la inversión que ya se ha hecho en movilidad de esta(s) persona(s), y más de cinco días perjudicaría el funcionamiento de la IPS.
- Para aprovechar este recurso humano, lo ideal es trabajar todo el día, aproximadamente ocho horas. Pero se deben limitar las clases magistrales porque los participantes podrían perder interés y desconcentrarse. Debe acordarse previamente con dichos expertos o con las entidades con las que se contrate, que además de las conferencias se realicen procesos dinámicos que incluyan talleres participativos; el material didáctico debe enviarse anticipadamente a la IPS para que lo reenvíe a los participantes.

#### **4. Líderes de Opinión Locales**

Lomas y colaboradores utilizaron un método en el que encuestaron a todos los médicos que trabajan en cuatro hospitales, para que por medio de un cuestionario por vía postal nominaran a un colega local como un influyente líder de opinión, y seleccionar aquellos que obtuvieran la mayor votación. Se identificaron cuatro médicos que asistieron a un taller de medio día de duración sobre los conceptos de evidencia en las GPC y los principios del cambio en el comportamiento de las personas. Su labor consistió en participar como multiplicadores de las GPC en la comunidad científica que lo eligió, así como mantener contacto para educación continua formal y no formal con sus colegas.<sup>20</sup>

Elliot y colaboradores seleccionaron los líderes de opinión por medio de sugerencias de sus propios colegas. Los 27 líderes de opinión seleccionados asistieron a un curso de dos días de duración para proporcionar conocimientos y habilidades sobre GPC y promover actitudes respecto a los cambios de conducta. El curso que se les impartió incluía presentaciones didácticas, acompañamiento con médicos expertos durante las rondas hospitalarias y en las visitas domiciliarias, lecturas, pequeños grupos de discusión, estudios de caso y pasantías. Durante los 15 meses siguientes al curso, los líderes de opinión formaron grupos de trabajo entre sus colegas para promover actividades de estudio y de sensibilización.<sup>21</sup>

A diferencia del proceso anterior, en el que los invitados eran expertos en el desarrollo de GPC, en este caso los expertos son clínicos en el área de cada GPC. Los líderes de opinión locales son relativamente fáciles de identificar, incluso dentro de una misma región puede haber varios líderes de opinión.

Para esta estrategia se proponen las siguientes recomendaciones:

- Es muy importante que la persona elegida sea reconocida como un líder natural de la especialidad o del tema que se va a discutir, y no sólo tener en cuenta su posición jerárquica o administrativa.
- Debe asegurarse que este líder de opinión conozca muy bien la GPC sobre la cual se va a discutir. Para tal fin, debe enviársele la GPC con suficiente anticipación, asimismo, pocos días antes de la reunión se recomienda conocer la opinión que tenga sobre la misma e indicarle el objetivo de la reunión.
- La duración de esta reunión de trabajo puede tener una duración de entre dos y cuatro horas (decisión del líder de opinión), dependiendo de la longitud de la GPC y del número de personas que vayan a participar en esta reunión.
- El objetivo de la reunión es difundir la GPC y aclarar los conceptos en los cuales los asistentes puedan tener diferencia, por eso es tan importante que el líder de opinión tenga reconocimiento como tal por parte del auditorio, para que sus explicaciones sean aceptadas el mismo.
- Puede haber desacuerdos con la GPC, tanto de parte del mismo líder de opinión como de los asistentes. No obstante, debe solicitarse que estos se expresen siempre en un ambiente de respeto y más importante aún, acompañados de la bibliografía que soporte dicho desacuerdo, de forma tal que se pueda contrastar con las evidencias de la GPC y enriquecer la discusión académica.

## 5. Auditoría y Retroalimentación

### Descripción

En este proceso, la oficina de auditoría de la IPS resume la atención clínica que se le presta al paciente durante un período de tiempo específico. Dicho resumen puede incluir recomendaciones que influyan en la toma de decisiones clínicas. La información puede obtenerse de la historia clínica, de bases de datos sistematizadas en hospitales o de observaciones hechas por los mismos pacientes. La retroalimentación puede incluir resúmenes de los resultados clínicos de los pacientes, tanto a nivel individual como del servicio o del hospital.

El destinatario de la información puede ser el médico responsable del paciente, el coordinador de un servicio o el gerente del hospital, según el nivel de necesidad de información y de la posibilidad de toma de decisiones. Entre los factores que pueden influenciar en uso de este recurso se encuentran los siguientes:

- Frecuencia de la auditoría y la retroalimentación (por ejemplo, cada seis meses).
- Método de la auditoría en relación con los datos necesarios para medir los resultados (por

ejemplo, el manual de auditoría para evaluar las historias clínicas, el uso de datos informáticos recogidos de manera sistemática, software utilizado).

- Formato de retroalimentación (a nivel individual o a nivel grupal).

En 1996, Lobach envió correos electrónicos dos veces a la semana a 22 médicos de atención primaria de un hospital universitario, consistentes en reportes generados por un sistema computarizado en los que se resumía el nivel de adherencia que cada médico tuvo a las GPC durante las dos semanas previas; se envió un total de 229 mensajes durante un período de 12 semanas.<sup>22</sup>

Winickoff y colaboradores enviaron una retroalimentación mensual a 16 médicos que trabajaban en el mismo sitio, para que pudiesen comparar su tasa de adherencia a las GCP con el de sus colegas, conservando el anonimato. El informe que se le envió a cada médico era generado automáticamente por el sistema.<sup>23</sup>

McPhee y colaboradores utilizaron un programa didáctico con un mes de duración, que consistía en cinco seminarios al mes que se hacían durante la hora del almuerzo con 20 residentes de medicina interna en su campo de práctica, en el que se les hacía una retroalimentación individual de su desempeño. Dicha retroalimentación se basaba en el desempeño de cada uno de ellos durante los nueve meses anteriores, con datos obtenidos a partir de auditorías hechas a las historias clínicas. Esto les permitía comparar su rendimiento con respecto al de sus colegas, manteniendo en anonimato a cada residente con respecto a los otros. En cada reunión mensual los residentes recibían una actualización de sus resultados.<sup>24</sup>

Dependiendo de los procesos de administración de la información de cada IPS, este proceso es posible hacerlo tanto de forma manual como automatizada; en este último caso, la oficina que administra el sistema de información debe programar los reportes que se crean necesarios.

## **6. Recordatorios**

Grady y colaboradores utilizaron un modelo en el que se colocaron etiquetas (stickers) en las historias clínicas, con espacio para escribir tres referencias, las cuales terminaban en un punto color naranja brillante en la parte superior de cada etiqueta, con el fin de recordar cuando debía tomarse la siguiente medida preventiva. Ese punto de color tenía por objeto proporcionar una señal al médico sobre una acción específica.

Esto se realizó en 42 sitios de atención, con 62 médicos, a quienes se les solicitó colocar las etiquetas en las historias clínicas de todas las mujeres mayores de 50 años, cuando ellas acudieran a sus consultas.<sup>25</sup>

Frame y colaboradores utilizaron un modelo de seguimiento con el fin de establecer un sistema de mantenimiento de la salud de los pacientes, en el que los médicos ingresaban todos los datos del

paciente al momento de las citas, a un sistema computarizado. El sistema generaba un informe automático del estado general de salud del paciente una vez al año, y en el mes del cumpleaños del paciente dicho informe se colocaba automáticamente en la primera hoja de la historia clínica. Esto señalaba claramente que procedimientos y pruebas se habían hecho durante ese período de tiempo y cuáles estaban aún pendientes. Este se realizó en cinco consultorios con 829 pacientes.<sup>26</sup>

Finalmente, Safran y colaboradores utilizaron un sistema de historia clínica electrónica. Este es un sistema muy utilizado por los médicos, y la información se encuentra disponible en más de 2000 terminales, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios. Los médicos pueden utilizar el sistema para buscar los datos de laboratorio, enviar y recibir correo electrónico, y realizar diversas tareas que sirvan como apoyo a la toma de decisiones.

Diez médicos, 55 residentes y cinco estudiantes de último año de enfermería, de dos equipos de atención primaria en medicina general, recibieron mensajes on-line (303 alertas y 432 recordatorios para 191 pacientes) relacionados con el cumplimiento de las GPC.<sup>27</sup>

Como puede verse, esta estrategia puede utilizar tanto mecanismos manuales como automatizados, dependiendo de las características del sistema de información de cada IPS.

En el caso de contar con sistemas manuales, pueden colocarse recordatorios (stickers) prediseñados, en los que ya esté impreso el nombre de la actividad que debe realizársele al paciente como parte del cumplimiento de la GPC, por ejemplo, mamografía, citología vaginal, antígeno prostático, perfil lipídico, entre otros. Dichos stickers prediseñados se mantienen en el consultorio o en el área de hospitalización, y al finalizar la evolución clínica se coloca el recordatorio y la fecha en la que debe realizarse dicha actividad. Si el presupuesto para hacerlos imprimir no es suficiente, se coloca en sticker en blanco, y se escriben la fecha y la (s) actividad (es) que deben llevarse a cabo.

La principal utilidad de este sistema consiste en que la mayor parte de las veces los pacientes son evaluados por varios médico, y el recordatorio le llama fácilmente la atención al evaluador. Recordar que la GPC es una serie de recomendaciones y por tanto no es obligatoria, lo que significa que el evaluador podría tomar una decisión diferente. El objetivo básico del recordatorio es llamar la atención del evaluador sobre el plan de trabajo que se ha hecho.

En la atención de urgencias el sticker puede ser reemplazado por una lista de chequeo, en la que el evaluador recuerde la serie de actividades y pruebas que deben realizarse al paciente con dicha patología, alguna de las cuales podría ser pasada por alto precisamente por la naturaleza misma de este tipo de atención.

Las IPS con historia clínica electrónica pueden programar funciones en sus sistemas, en los que el plan de atención sea propuesto de forma automática al médico tratante desde el momento en que se ingrese el diagnóstico, siempre y cuando el sistema cuente con la GPC para dicha patología. Incluso, en el caso de los pacientes ambulatorios, el sistema podría enviar recordatorios también a los pacientes relacionados con la solicitud de sus citas.



**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

## **Unidad Didáctica 3**

### **Evaluación de las Estrategias de Implementación de GPC**

En esta Unidad se presentan los aspectos a evaluar en la implementación de las GPC.

En concordancia con la “Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia”<sup>28</sup> que recientemente lanzó el MPS, deben evaluarse varios aspectos en el proceso de implementación de las GPC. Esta medición es necesaria para todos los grupos de interés de la GPC (grupo elaborador, implementadores, profesionales y pacientes) porque permite conocer si las estrategias puestas en marcha para implementar la GPC han tenido éxito.

Considerando que este proceso complementará el de la misma elaboración de las GPC, o en su defecto el de la adaptación de GPC que hagan las IPS, desde el principio debe identificarse, en el plan de implementación, qué es lo que debe ser evaluado, qué información debe recogerse, las fuentes de información y los instrumentos para recogerla, así como el diseño más apropiado para la realización de esta evaluación.

### •¿Qué debe evaluarse?

La implementación de una GPC puede afectar tanto al proceso asistencial como a los resultados alcanzados con dicho proceso. Cuando se está diseñando la evaluación, debe decidirse qué componentes se quiere medir. Un reciente estudio revisó la efectividad de intervenciones basadas en GPC, para identificar los tipos de resultados presentados y los métodos utilizados para medir los cambios logrados<sup>29</sup>. Los resultados encontrados fueron agrupados en cinco categorías: dos a nivel del paciente, dos a nivel de los profesionales de la salud y una a nivel de la organización (IPS) o del proceso (tabla 1).

**Tabla 1. Categorización de los Resultados a Evaluar<sup>25</sup>**

#### Nivel del Paciente

Medidas de cambios en la salud de los pacientes: por ejemplo, dolor, depresión, calidad de vida, hemoglobina glicosilada, entre otros,

Medidas subrogadas de cambio en la salud de los pacientes: por ejemplo, actitudes del paciente, tiempo de estancia en el hospital, entre otros.

#### Nivel del Profesional de la Salud

Medidas de cambio en la práctica: por ejemplo, confianza en las GPC, cambios en los porcentajes de prescripción, entre otros.

Medidas subrogadas de cambio en la práctica: por ejemplo, conocimiento y actitudes del personal, entre otros.

#### Nivel de la Organización o el Proceso

Medidas de cambio en el sistema de servicios de salud (lista de espera): cambios en políticas, costos y utilidad o extensión de la indicación de determinadas intervenciones.

- ***¿Qué información debe recogerse? Utilización de indicadores***

Dado que las GPC representan procesos prioritarios del mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, la medición y evaluación de su implementación debe reflejar algunas de las características del SOGCS<sup>30</sup>; los indicadores permiten evaluar dichas características. Un indicador es un elemento medible del desarrollo de la práctica, para el cual hay evidencia o consenso de que puede ser utilizado para evaluar la calidad de la atención prestada<sup>31</sup>. Los elementos clave a evaluar para determinar el resultado de la implementación de una GPC tienen que ver con la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados de su utilización mediante tales indicadores.

La tabla 2, es una guía para identificar indicadores de estructura, de proceso y de resultado en la IPS, y contiene algunos ejemplos de los mismos.

**Tabla 2. Guía para Identificar Indicadores Clave de Utilidad para la IPS<sup>32</sup>**

| Categoría                       | Indicadores para Evaluar la implementación de GPC                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 | Estructura<br>(lo que se necesita)                                                                                                                                                                                                                            | Proceso<br>(cómo lo hacemos)                                                                                                                                                        | Resultado<br>(qué ocurre)                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Organización/<br/>Unidad</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estabilidad organizacional</li> <li>○ Cultura y soporte para el cambio</li> <li>○ Mecanismos de aseguramiento de la calidad</li> <li>○ Procedimientos</li> <li>○ Espacios físicos</li> <li>○ Equipamiento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desarrollo o modificación de políticas y procedimientos</li> <li>○ Diagramas</li> </ul>                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Logro de objetivos para el mejoramiento de los resultados en el paciente.</li> <li>○ Logro de objetivos para condiciones específicas</li> </ul>                                                               |
| <b>Proveedor</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Número y cualificación del personal</li> <li>○ Razón personal/paciente</li> <li>○ Roles</li> <li>○ Programas educativos</li> </ul>                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Actitudes hacia las GPC</li> <li>○ Condicionamientos o niveles de habilidades</li> </ul>                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asistencia a programas educativos</li> <li>○ Adherencia a GPC</li> <li>○ Número de evaluaciones realizadas</li> <li>○ Número de tratamientos adecuados</li> <li>○ Satisfacción del cliente interno</li> </ul> |
| <b>Paciente / Familiar</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Características del paciente (clínicas y socio-demográficas)</li> <li>○ Participación en la toma de decisiones</li> </ul>                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Actitudes hacia las GPC</li> <li>○ Aceptación de la familia o la comunidad</li> <li>○ Conocimiento de la familia o la comunidad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Resultados físico, psicológicos, sociales</li> <li>○ Salud de la familia</li> <li>○ Satisfacción con la atención recibida</li> <li>○ Accesibilidad</li> </ul>                                                 |

| Categoría     | Indicadores para Evaluar la implementación de GPC                                                                                                                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | Estructura<br>(lo que se necesita)                                                                                                                                    | Proceso<br>(cómo lo hacemos)                                                                                                                     | Resultado<br>(qué ocurre)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Costos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Costos del personal y de los recursos adicionales adquiridos</li> <li>Equipos nuevos para dar cumplimiento a la GPC</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Costos de las estrategias de implementación</li> <li>Educación de clientes internos y externos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Costos incrementados por la innovación, incluyendo dispositivos y medicamentos</li> <li>Crecimiento del servicio</li> <li>Costo de la estancia</li> <li>Costo de las pruebas diagnósticas e intervenciones</li> <li>Consultas a urgencias, proporción de reingresos</li> </ul> |

### • *Medición de los Indicadores Clave de Estructura y de Proceso*

Los resultados en salud son una pieza importante en el proceso de evaluación, pero no la única. Hay factores estructurales, como los recursos humanos y materiales, y del proceso, como los conocimientos y las habilidades, que también son importantes. Por ejemplo, en la evaluación de una GPC para el manejo del dolor que depende del control analgésico del paciente, puede requerirse una evaluación del número de bombas de infusión disponibles (estructura) y de la formación de las enfermeras para incrementar su conocimiento acerca del manejo del dolor (proceso). De hecho, los datos recogidos para la evaluación de estructura y proceso permiten explicar resultados que se pueden considerar negativos tras la aplicación de la GPC.

### • **Medición de los Indicadores Clave de Resultado**

Los resultados clave suelen ser fáciles de identificar respecto a las recomendaciones establecidas por la GPC. Los indicadores deben ser un número reducido (dos o tres) y deben ir dirigidos a la valoración clara de los beneficios principales derivados de la implementación de la GPC. Es recomendable utilizar criterios de selección de indicadores relacionados con los datos que ya hayan sido utilizados y probados anteriormente o en estudios similares. Preferiblemente, deben ser indicadores estandarizados, relacionados con la intervención y con los resultados en salud mediante los que se pretende evaluar el impacto de la implementación de las recomendaciones de la GPC.

### • **Algunas Fuentes de Indicadores Clave**

- Agency for Healthcare Research and Quality: los indicadores propuestos por esta agencia son muy útiles ([www.qualitymeasures.ahrq.gov](http://www.qualitymeasures.ahrq.gov)).
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: cuentan con el sistema de monitorización Oryx ([www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)).
- Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI: propone una batería de indicadores clave asociados a GPC ([www.icsi.org](http://www.icsi.org)).
- Fundación Avedis Donabedian: tiene experiencia en el diseño y definición de indicadores clave para la evaluación de la calidad ([www.fadq.org](http://www.fadq.org)).



## Simulación y Mejores Prácticas

## **Experiencias Exitosas de Implementación de Guías de Práctica Clínica**

*Pragmatic randomised controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across the primary care-secondary care.*

*Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec*

*Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study.*

*Addressing barriers to change: an RCT of practice-based education to improve the management of hypertension in the elderly.*

*Improving prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs: a method for identifying and addressing barriers to change.*

*Evidence to action: a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care.*

*Reducing unnecessary laboratory use with new test request form: example of tumour markers.*

- **Experiencia Exitosa 1**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>                   | <i>Morrison J, Carroll L, Twaddle S, Cameron I, Grimshaw J, Leyland A, et al. Pragmatic randomised controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across the primary care-secondary care. BMJ. 2001; 322: 1282-4.</i>                                                    |
| <b>OBJETIVO</b>                 | Investigar el efecto de las guías clínicas en la gestión de la infertilidad entre atención por medicina general y atención especializada.                                                                                                                                                           |
| <b>CONTEXTO</b>                 | Equipos de atención primaria y hospitales del NHS (Servicio Británico de Salud) que reciben las derivaciones de infertilidad en el área de salud del área metropolitana de Glasgow.                                                                                                                 |
| <b>BARRERAS Y FACILITADORES</b> | <p>Barreras: El cambio en los hábitos de prescripción es difícil de modificar. La simple diseminación de las GPC no es eficaz en sistemas de derivación complejos.</p> <p>Facilitadores: Una buena relación de colaboración entre los niveles asistenciales.</p>                                    |
| <b>ESTRATEGIAS</b>              | La estrategia de implementación siguió la práctica habitual en el momento del estudio, incluyendo la distribución de las guías, sesiones de formación continuada y visitas a las consultas de medicina general; sin embargo, la asistencia a las sesiones y las visitas a los centros fueron bajas. |
| <b>EVALUACIÓN</b>               | Se midió el tiempo desde la derivación hasta la consulta, las pruebas diagnósticas realizadas en la atención primaria, el número y contenido de las visitas al especialista, el tiempo hasta la elaboración del plan de cuidados y los costes de las derivaciones.                                  |

- Experiencia Exitosa 2**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>                   | <i>Chaillet N, Dubé E, Dugas M, Francoeur D, Dubé J, Gagnon S, et al. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec. Bull World Health Organ. 2007; 85: 791-7.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>OBJETIVO</b>                 | Investigar las opiniones de los obstetras acerca de los protocolos clínicos relativos al manejo del trabajo de parto y el parto vaginal tras una cesárea anterior, e identificar los factores que impiden o favorecen la aplicación de esos protocolos en la práctica y las soluciones de los obstetras.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>CONTEXTO</b>                 | Tres hospitales de Montreal (primer, segundo y tercer nivel de atención) que concentran alrededor del 10 % de los nacimientos en Quebec (Canadá).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>HERRAMIENTA UTILIZADA</b>    | Estudio cualitativo con diez grupos focales y seis entrevistas semiestructuradas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>BARRERAS Y FACILITADORES</b> | <p>Los factores que impiden o favorecen la aplicación de los protocolos se clasifican en cuatro categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nivel hospitalario: gestión y políticas hospitalarias.</li> <li>2. Nivel departamental: políticas locales, liderazgo, factores organizacionales, incentivos económicos y disponibilidad de equipo y personal.</li> <li>3. Motivaciones y actitudes de los profesionales sanitarios: problemas médico-legales, niveles de aptitud, aceptación de las directrices y estrategias para poner en práctica las recomendaciones.</li> <li>4. Motivaciones de las pacientes: naturaleza de las explicaciones médicas y gestión de solicitud materna de las intervenciones médicas.</li> </ol> |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>                 | <i>Chaillet N, Dubé E, Dugas M, Francoeur D, Dubé J, Gagnon S, et al. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec. Bull World Health Organ. 2007; 85: 791-7.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>ESTRATEGIAS PROPUESTAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación continuada (talleres educativos centrados en las recomendaciones), con el objetivo de hacer las GPC más aceptables y útiles para los profesionales.</li> <li>• Promoción de la educación de las mujeres sobre los riesgos y beneficios del parto vaginal frente a la cesárea, con material informativo en las salas de espera, para sensibilizar a las mujeres y mejorar la comunicación entre los profesionales y las mujeres.</li> <li>• Actividad de revisión de pares (auditoría y retroalimentación) dirigida por los líderes de opinión.</li> </ul>                                                                                                  |
| <b>EVALUACIÓN</b>             | Los resultados de este estudio parecen indicar que, cuando se tienen en cuenta las impresiones de los profesionales de salud locales, es posible fomentar la adopción de las GPC. También respaldan la idea de que los obstetras procuran aplicar las prácticas óptimas, pero requieren información de carácter local que lo pruebe, en concreto, para evaluar la aplicabilidad de las recomendaciones, y de brindar apoyo para evaluar su forma de trabajo y mejorar su desempeño. Además, los profesionales han identificado las actividades de revisión por pares, recomendadas por personas de prestigio, como la estrategia más apropiada para fomentar el uso de las GPC en el ejercicio de su trabajo. |

- **Experiencia Exitosa 3**

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>                | <i>Belizan M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M, Buekens P, et al. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. Health Educ Res. 2007; 22: 839-53.</i>                                                                                                                                                                      |
| <b>OBJETIVO</b>              | <p>Identificar barreras y facilitadores para la implementación de una GPC orientada a mejorar la atención del parto.</p> <p>El objetivo general del estudio fue evaluar si una intervención multifocal diseñada para la implementación de la guía mejoraría los resultados clínicos en el uso de la episiotomía selectiva y la gestión activa de la tercera fase del parto en hospitales de Latinoamérica.</p> |
| <b>CONTEXTO</b>              | Estudio cualitativo llevado a cabo como fase inicial de un ensayo aleatorizado de conglomerados en 19 hospitales públicos de Argentina y Uruguay.                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>HERRAMIENTA UTILIZADA</b> | <p>Para identificar fortalezas y barreras, se realizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entrevistas</b> con jefes de servicio.</li> <li>• <b>Grupos focales</b> con 31 médicos y matronas, y 3 grupos focales con 16 embarazadas.</li> </ul> <p>La identificación de barreras y facilitadores se estructuró sobre las fases del modelo transteórico de cambio descrito por Prochaska.</p>    |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO                   | <i>Belizan M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M, Buekens P, et al. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. Health Educ Res. 2007; 22: 839-53.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| BARRERAS Y FACILITADORES | <p>Se identificaron facilitadores y barreras para cada una de las fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la fase de introducción de nuevo conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilitadores: acceso a información clínica y a revistas científicas, asistencia a congresos, existencia de subgrupos de profesionales con interés en mejorar la práctica clínica, programas de formación en MBE.</li> <li>– Barreras: escasez de profesionales, falta de conocimientos para interpretar la literatura científica, poca conciencia de resultados negativos en la práctica, no disponer de acceso a Internet.</li> </ul> </li> <li>• En la fase de diseminación en la organización: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilitadores: difusión de información realizada por líderes de opinión, diseminación formal realizada por directivos.</li> <li>– Barreras: consideración de la información científica como no válida o irrelevante, congresos científicos de pobre calidad.</li> </ul> </li> <li>• En la fase de implementación: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilitadores: liderazgo efectivo, estudios realizados en pacientes similares, presencia de profesionales motivados y de adoptantes precoces de innovaciones.</li> <li>– Barreras: falta de habilidades para realizar nuevas prácticas, enfoque intervencionista.</li> </ul> </li> <li>• En la fase de implementación y sostenibilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilitadores: visión del mantenimiento de las prácticas como un desafío, participación de los jefes de servicio, consenso de los profesionales. Disponer de guías impresas. Necesidad de recordatorios y monitorización de resultados por parte del área de gestión.</li> <li>– Barreras: temor al juicio negativo por parte de pares y directivos, valoración del cambio de una práctica como una imposición, falta de recursos y materiales.</li> </ul> </li> </ul> |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>      | <i>Belizan M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M, Buekens P, et al. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. Health Educ Res. 2007; 22: 839-53.</i>                                                 |
| <b>ESTRATEGIAS</b> | Se implementaron estrategias adaptadas a barreras y facilitadores: mejorar la información, utilización de líderes locales, desarrollo de habilidades técnicas, mejora de recursos de evaluación, soporte continuo e implicación institucional en el apoyo a la implementación de las GPC. |
| <b>EVALUACIÓN</b>  | La estrategia multifocal adaptada a barreras y facilitadores permitió aumentar de forma significativa los resultados primarios y secundarios, medidos durante 18 meses de intervención y 12 meses después de la intervención.                                                             |

- **Experiencia Exitosa 4**

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>                  | <i>Cranney M, Barton S, Walley T. Addressing barriers to change: an RCT of practice-based education to improve the management of hypertension in the elderly. Br J Gen Pract. 1999; 49: 522-6.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>OBJETIVO</b>                | Evaluar el efecto adicional de la exploración de barreras al cambio, para facilitar la efectividad de una intervención educativa orientada a mejorar el manejo de la hipertensión en personas mayores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>CONTEXTO</b>                | Se trata de un ensayo aleatorizado realizado en <i>Merseyside</i> , Inglaterra. Entre los años 1990 y 1995, los autores realizaron un estudio observacional del manejo de la hipertensión en personas mayores, encontrando que un 54 % de los pacientes tratados podían considerarse controlados. Deciden poner en marcha una estrategia multifocal basada en visitas educativas. El factor diferencial entre el grupo control y el de intervención era la realización de la implementación de medidas adaptadas a las barreras en el grupo de intervención. |
| <b>HERRAMIENTAS UTILIZADAS</b> | Para el análisis de barreras y facilitadores se utilizaron entrevistas semiestructuradas en formato de grupo. La información fue grabada y transcrita, y para su exploración se utilizó análisis de contenido. En la codificación y evaluación de resultados participaron tres autores de forma independiente.                                                                                                                                                                                                                                               |

| TÍTULO                          | <i>Cranney M, Barton S, Walley T. Addressing barriers to change: an RCT of practice-based education to improve the management of hypertension in the elderly. Br J Gen Pract. 1999; 49: 522-6.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>BARRERAS Y FACILITADORES</b> | <p>Las principales barreras identificadas fueron las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La presión del tiempo en las visitas.</li> <li>• La carga de trabajo, administrativa y clínica.</li> <li>• Falta de apoyo entre pares.</li> <li>• Pobre trabajo en equipo.</li> <li>• Inadecuado funcionamiento del sistema informático.</li> <li>• Ausencia de profesionales de referencia.</li> </ul> <p>Otras barreras identificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de que la GPC no es aplicable a pacientes individuales.</li> <li>• Temor a añadir medicación a pacientes que tienen otras enfermedades.</li> <li>• Falta de conocimiento de la existencia de una GPC de hipertensión (casi la mitad de los médicos generales).º</li> <li>• Actitudes hacia las personas mayores: dificultad de los mayores para cambiar su estilo de vida.</li> <li>• Actitudes hacia la hipertensión: no sienten que es una prioridad, aparición constante de nueva evidencia.</li> <li>• Falta de evaluación de la práctica clínica.</li> <li>• Ser el único médico del equipo, dificulta la posibilidad de mantenerse al día.</li> </ul> <p>Facilitadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse implicado en un proyecto educativo. También motiva la participación en una estrategia de mejoramiento en colaboración con otros centros de atención primaria.</li> </ul> |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>      | <b><i>Cranney M, Barton S, Walley T. Addressing barriers to change: an RCT of practice-based education to improve the management of hypertension in the elderly. Br J Gen Pract. 1999; 49: 522-6.</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>ESTRATEGIAS</b> | <p>Visitas educativas semiestructuradas que incluían como componentes: retroalimentación de los resultados de evaluación de indicadores clínicos, exploración de la percepción en relación a estos resultados y discusión de la evidencia existente.</p> <p>Para el grupo de intervención se realizaba una identificación de las prioridades de los equipos, con exploración y registro de las potenciales barreras para el cambio, y creación de un plan de acción orientado a estos aspectos.</p> |
| <b>EVALUACIÓN</b>  | <p>Se realizó un cuestionario pre y post-intervención de 30 preguntas para explorar la respuesta de los médicos de familia en relación al umbral indicado para el tratamiento de la hipertensión en pacientes mayores, así como escenarios clínicos concretos y su tratamiento indicado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el de la intervención, con lo que se concluyó el efecto positivo del enfoque orientado a las barreras.</p>             |

• **Experiencia Exitosa 5**

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>                  | <i>Fretheim A, Oxman AD, Flottorp S. Improving prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs: a method for identifying and addressing barriers to change. BMC Health Serv Res. 2004; 4: 23.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>OBJETIVO</b>                | Identificar las barreras que pueden influir en el cambio de práctica en los profesionales. El objetivo general del estudio fue evaluar los efectos de una intervención, con el fin de apoyar la implementación de la GPC para el uso racional de medicamentos antihipertensivos e hipolipemiantes en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>CONTEXTO</b>                | Se trata de un ensayo aleatorizado de conglomerados realizado en Noruega, en el que se compara una intervención a medida con la diseminación pasiva de las GPC para el manejo de los factores de riesgo cardiovascular. La intervención se basó en aspectos concretos de la GPC de especial prioridad de implantación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>HERRAMIENTAS UTILIZADAS</b> | <p>Para la identificación de barreras y facilitadores se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una <i>reflexión estructurada</i> mediante <b>tormenta de ideas</b>.</li> <li>• Identificación de barreras mediante <b>la revisión de otros ensayos publicados</b>.</li> <li>• <b>Encuestas</b> a los médicos de familia, basadas en la teoría de la conducta planeada.</li> <li>• <b>Entrevistas</b> durante el estudio piloto.</li> <li>• Estudio <i>post hoc</i> mediante <b>una encuesta</b> a profesionales.</li> <li>• <b>Grupo focal</b> realizado con investigadores del entorno internacional.</li> </ul> |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>                   | <i>Fretheim A, Oxman AD, Flottorp S. Improving prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs: a method for identifying and addressing barriers to change. BMC Health Serv Res. 2004; 4: 23.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>BARRERAS Y FACILITADORES</b> | <p>Se describen diversos tipos de barreras, algunas relacionadas específicamente con el tipo de recomendación (derivadas de la encuesta).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la evaluación del riesgo cardiovascular: consumo de tiempo, no disponer de una herramienta de evaluación, poca costumbre de utilizar el instrumento, falta de conocimiento de los médicos sobre su relevancia, más confianza en su propio juicio clínico que en una escala, incomodidad de hablar con los pacientes sobre el riesgo cardiovascular.</li> <li>• Para el tratamiento de la hipertensión: poca familiaridad de los médicos con los nombres comerciales de las tiazidas, su utilización y seguimiento; utilización de las tiazidas por parte de pocos médicos; especialistas pueden prescribir otros medicamentos; influencia de la industria farmacéutica; preocupación de posibles efectos colaterales y poco efecto antihipertensivo; medicamento considerado fuera de moda.</li> <li>• Para conseguir objetivos terapéuticos: médicos sin responsables que supervisen su actividad; no están seguros de qué objetivos terapéuticos utilizar; resistencia y estrategia poco clara entre los médicos sobre qué hacer ante un tratamiento insuficiente; infraestimación de las consecuencias del sub-tratamiento.</li> </ul> |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>      | <i>Fretheim A, Oxman AD, Flottorp S. Improving prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs: a method for identifying and addressing barriers to change. BMC Health Serv Res. 2004; 4: 23.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>ESTRATEGIAS</b> | <p>Las estrategias propuestas para este estudio en el grupo de intervención fueron:</p> <p>Visitas educativas con evaluación de indicadores clínicos y retroalimentación, recordatorios, herramientas automatizadas para la evaluación cardiovascular y elaboración de material informativo para pacientes.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>EVALUACIÓN</b>  | <p>La intervención consiguió un incremento de la adherencia a las guías en el grupo de intervención respecto a la mejora de la prescripción de tiazidas (17 % frente 11 %). Sin embargo, no se encontraron diferencias en la evaluación del riesgo cardiovascular ni en objetivos terapéuticos.</p> <p>Con posterioridad al estudio se realizó una encuesta entre los participantes para identificar algunos factores que pudiesen ayudar a la comprensión de los resultados del proyecto. Algunas ideas que surgen del estudio exploratorio están relacionadas con factores actitudinales.</p> <p>Otras variables que se plantean, relacionadas con factores externos a los profesionales: gran rotación de médicos, impacto de las expectativas de los pacientes, falta de tiempo, falta de sistemas para un correcto seguimiento de pacientes, falta de incentivos para conseguir la adherencia de los médicos a las recomendaciones.</p> |

• **Experiencia Exitosa 6**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>                   | <i>Lemelin J, Hogg W, Baskerville N. Evidence to action: a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. CMAJ. 2001; 164: 757-63.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>OBJETIVO</b>                 | Aumentar el porcentaje de intervenciones preventivas realizadas y disminuir las intervenciones no adecuadas, de acuerdo con las recomendaciones de la <i>Canadian Task Force</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>CONTEXTO</b>                 | Centros de atención primaria de Ontario, gestionados mediante sistemas de pago por capitación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>BARRERAS Y FACILITADORES</b> | Las estrategias diseñadas tomaron en consideración la necesidad de abordar barreras educacionales, de actitud y organizativas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>ESTRATEGIAS</b>              | Se diseñó una intervención multifacética y a medida en la que un grupo de enfermeras-facilitadoras, con experiencia previa y formadas para llevar a cabo este proyecto, orientaron el proceso de implementación. La intervención se mantuvo durante 18 meses y consistió en siete intervenciones identificadas en la literatura científica: auditoría previa y planificación de intervenciones adaptadas a cada centro; contacto con líderes de opinión; retroalimentación de resultados de forma continua; sesiones explicativas; consenso para adaptar las recomendaciones preventivas; uso de un marco de mejoramiento de la calidad, recordatorios y materiales para pacientes. Cada una de las facilitadoras se encargó de ocho centros de salud y, en promedio, realizaron 33 visitas a cada uno de ellos con una duración promedio de 1h 45m. |
| <b>DISEÑO Y EVALUACIÓN</b>      | Se diseñó un ensayo en el que fueron seleccionados 46 de los 100 servicios de salud de Ontario, aleatorizándose de tal forma que el 50 % de ellos fueran sometidos a la intervención. Antes de la intervención, el índice de actuaciones preventivas era similar en ambos grupos, 31,9% y 32,1 %, mientras que tras la intervención, pasó a ser de 43,2 % y 31,9 %.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

• **Experiencia Exitosa 7**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>                   | <i>Durand-Zalesky I, Rymer JC, Roudot-Thoroval F, Revuz J, Rosa J. Reducing unnecessary laboratory use with new test request form: example of tumour markers. Lancet. 1993; 342: 150-3.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>OBJETIVO</b>                 | Optimizar el adecuado uso de test de marcadores tumorales y disminuir los costos de los análisis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CONTEXTO</b>                 | Hospital universitario francés de 1100 camas en el que el 50 % de los internos y residentes (170) solicitan el 80 % de los test de marcadores tumorales. Reducir la carga innecesaria del trabajo de laboratorio y su coste.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>BARRERAS Y FACILITADORES</b> | El sentido de imposición de la medida es la principal barrera de la implementación de esta intervención.<br><br>Por otro lado, la simplificación del procedimiento de solicitud y el consenso local de su diseño pueden ser considerados como posibles facilitadores.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>ESTRATEGIA</b>               | La administración interna del centro, tras la revisión de la literatura y mediante consenso, diseñó un nuevo formulario de solicitud del test de marcadores tumorales. Diligenciar este formulario es obligatorio para solicitar dicho test, por lo que se considera una estrategia regulatoria.<br><br>Los médicos del centro recibieron por carta instrucciones para diligenciar la nueva solicitud y la anterior fue retirada. Además, se facilitaron explicaciones adicionales de forma verbal, cuando éstas fueron solicitadas. |
| <b>DISEÑO Y EVALUACIÓN</b>      | Dadas algunas características especiales del hospital, no fue posible diseñar un estudio aleatorizado y controlado, por lo que se realizó una comparación de antes y después.<br><br>La reducción de solicitudes de marcadores tumorales fue de un 25 %, aunque no todos los marcadores se vieron afectados en igual medida, oscilando entre un 14 % y un 35% en función del tipo de marcador.                                                                                                                                       |

## Bibliografía

---

<sup>1</sup> Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines: directions for a new program. Field MJ, Lohr KN, editors. Washington DC: National Academy Press, 1990.

<sup>2</sup> Woolf SH, Grol R, Hutchison A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical practice guidelines. The potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318: 527–30.

<sup>3</sup> Freemantle N, Grilli R, Grimshaw J, Oxman A. Implementing findings of medical research: the Cochrane Collaboration on Effective Professional Practice. *Qual Health Care* 1995; 4: 45–7.

<sup>4</sup> Ketley D, Woods KL. Impact of clinical trials on clinical practice: example of thrombolysis for acute myocardial infarction. *Lancet* 1993; 342: 891–4.

<sup>5</sup> NHS Centre for Reviews and Dissemination. Getting evidence into practice. *Effective Health Care* 1999; 5: 1–16.

<sup>6</sup> Oxman A, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995; 153: 1423–31.

<sup>7</sup> Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *J Gen Pract* 1998; 48: 991–7.

<sup>8</sup> Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004; 8(6).

<sup>9</sup> Mason J, Freemantle N, Nazereth I, Eccles M, Haines A, Drummond M. When is it cost effective to change the behaviour of health professionals? *JAMA* 2001; 286: 2988–92.

<sup>10</sup> Oakeshott P, Kerry SM, Williams JE. Randomized controlled trial of the effect of the Royal College of Radiologists' guidelines on general practitioners' referrals for radiographic examination. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 197–200.

<sup>11</sup> Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; 321: 1306–11.

<sup>12</sup> Diwan VK, Wahlstrom R, Tomson G, Beermann B, Sterky G, Eriksson B. Effects of 'group detailing' on the prescribing of lipid-lowering drugs: a randomized controlled trial in Swedish primary care. *J Clin Epidemiol* 1995; 48: 705–11.

<sup>13</sup> Robie PW. Improving and sustaining outpatient cancer screening by medicine residents. *South Med J* 1988; 81: 902–5.

<sup>14</sup> Gorton TA, Cranford CO, Golden WE, Walls RC, Pawelak JE. Primary care physicians' response to dissemination of practice guidelines. *Arch Fam Med* 1995; 4: 135–42.

<sup>15</sup> Smeele IJM, Grol RPTM, Van Schayck CP, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM, Muris JWM. Can small group education and peer review improve care for patients with asthma/chronic obstructive pulmonary disease? *Qual Health Care* 1999; 8: 92–8.

<sup>16</sup> Thomas RE, Grimshaw J, McClinton S, McIntosh E, Mollison J, Deans H, Repper J. An evaluation of a guideline-based open-access urological investigation service – (URG). Final Report. Aberdeen: Health Services Research Unit, University of Aberdeen; 1998.

<sup>17</sup> Watson MC, Gunnell DJ, Peters TJ, Brookes ST, Sharp DJ. Randomised controlled trial comparing two implementation strategies for prescribing guidelines in general practice [unpublished] Department of Clinical & Social Medicine, University of Bristol; 1999.

- 
- <sup>18</sup> Hulscher ME, van Drenth BB, van der Wouden JC, Mookink HG, van Weel C, Grol RP. Changing preventive practice: a controlled trial on the effects of outreach visits to organise prevention of cardiovascular disease. *Qual Health Care* 1997; 6: 19–24.
- <sup>19</sup> Soumerai SB, Salem-Schatz S, Avorn J, Casteris CS, Ross-Degnan D, Popovsky MA. A controlled trial of educational outreach to improve blood transfusion practice. *JAMA* 1993; 270: 961–6.
- <sup>20</sup> Lomas J, Enkin M, Anderson GM, Hannah WJ, Vayda E, Singer J. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Delivery after previous cesarean section. *JAMA* 1991; 265: 2202–7.
- <sup>21</sup> Elliott TE, Murray DM, Oken MM, Johnson KM, Braun BL, Elliott BA, Post-White J. Improving cancer pain management in communities: main results from a randomized controlled trial. *J Pain Sympt Manage* 1997; 13:191–203.
- <sup>22</sup> Lobach DF. Electronically distributed, computergenerated, individualized feedback enhances the use of a computerized practice guideline. *Proc AMIA Annual Fall Symp* 1996: 493–7.
- <sup>23</sup> Winickoff RN, Coltin KL, Morgan MM, Buxbaum RC, Barnett GO. Improving physician performance through peer comparison feedback. *Med Care* 1984; 22: 527–34.
- <sup>24</sup> McPhee SJ, Bird JA, Jenkins CN, Fordham D. Promoting cancer screening. A randomized, controlled trial of three interventions. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1866–72.
- <sup>25</sup> Grady KE, Lemkau JP, Lee NR, Caddell C. Enhancing mammography referral in primary care. *Prev Med* 1997; 26:791–800.
- <sup>26</sup> Frame PS, Zimmer JG, Werth PL, Hall WJ, Eberly SW. Computer-based vs manual health maintenance tracking. A controlled trial. *Arch Fam Med* 1994; 3: 581–8.
- <sup>27</sup> Safran C, Rind DM, Davis RB, Ives D, Sands DZ, Currier J, et al. Guidelines for management of HIV infection with computer-based patient's record. *Lancet* 1995; 346: 341–6.
- <sup>28</sup> Centro de Estudios e Investigación en Salud – CEIS de la Fundación Santa Fe de Bogotá y Universidad de Harvard. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de la guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Ministerio de la Protección Social y Colciencias; Bogotá D.C.: 2009.
- <sup>29</sup> Hakkennes S, Green S. Measures for assessing practice change in medical practitioners. *Implement Sci*. 2006; 1: 29.
- <sup>30</sup> Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia.
- <sup>31</sup> Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. *Eur J Gen Pract*. 1997; 3: 103-8.
- <sup>32</sup> Registered Nurses Association of Ontario – RNAO. Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines. Toronto, Canada. [Internet] Disponible en: [http://www.rnao.org/Storage/12/668\\_BPG\\_Toolkit.pdf](http://www.rnao.org/Storage/12/668_BPG_Toolkit.pdf) Consultado en marzo de 2010.

