

## 2. La importancia del contexto en la implementación de GPC

Idoia Gaminde, Susana Lorenzo

En este capítulo se pretende dar a conocer la relevancia del contexto en los procesos de implementación de GPC, entendido como contexto el medio o dispositivo en el que se va a implementar una GPC. Identificar claramente el contexto, los condicionantes del mismo y los actores que lo componen, asumiendo sus variaciones en el tiempo y en el espacio, puede contribuir al éxito de los procesos de implementación.

Preguntas que pretende contestar este capítulo:

- ¿Qué se entiende por contexto?
- ¿Cuál es el papel del contexto en los procesos de implementación?
- ¿Cómo identificar y analizar el contexto?
- ¿Cuáles son las características de un contexto receptivo al cambio?

Hasta hace relativamente poco, la divulgación de la evidencia se consideraba un proceso lineal, y se planteaba en términos de la “modificación del comportamiento de los clínicos en línea con las GPC”, centrándose en intervenciones educativas e incentivos relacionados con el comportamiento. Ahora, sin embargo, se reconoce que la implementación de las GPC y de la evidencia en general requiere cambios en el sistema que implican tanto al individuo como a la organización en la que se introducen<sup>(1,2)</sup>. A pesar de que se sabe que incorporar la evidencia a la práctica es un proceso complejo, hay una carencia de conocimiento (de evidencia) en torno a qué métodos y enfoques son efectivos, con quién y en qué contextos<sup>(3)</sup>.

Según el *Diccionario de la Real Academia Española (DRAE)*, “contexto” es el “entorno físico o de situación, ya sea político, histórico, cultural o de cualquier otra índole, en el cual se considera un hecho”. En el caso que nos ocupa, el contexto ha de ser entendido como el medio o dispositivo en el que se va a implementar la GPC, es decir, el entorno que rodea al profesional sanitario y que influye en su práctica, y constituye un mediador importante en la difusión de los cambios<sup>(4)</sup>. De hecho, hay muchas variantes específicas del contexto incluso dentro del mismo sistema sanitario en un mismo país. Esta variabilidad y la interacción de múltiples factores que pueden resultar condicionantes, no siempre en la misma medida, impiden la existencia de patrones o modelos generalizables de implementación, lo que queda además sustentado por la escasa evidencia encontrada al respecto.

El papel del contexto puede conceptualizarse como el conjunto de influencias en los diferentes niveles; desde el más externo, determinado por la política de salud del gobierno, hacia influencias regionales o locales, y, finalmente, hacia otras influencias más específicas: de determinada organización o de profesionales concretos. Si se examinan las actividades desde el núcleo, desde el corazón de la organización, pueden verse innumerables combinaciones de estos diferentes factores.

A la hora de poner en marcha un plan de implementación es importante, como ya se ha señalado, disponer de los recursos económicos y humanos suficientes. Por lo general, a

aquellas prioridades que emanan del nivel más externo, facilitadas o inhibidas por políticas gubernamentales, se les dedicará mayor financiación y recursos humanos, lo que no garantiza necesariamente su éxito, puesto que en su camino de traslación a la práctica puede encontrar numerosas barreras.

No debe asumirse que las dificultades financieras vayan siempre a inhibir la difusión de una innovación, puesto que podrían ser una palanca para el cambio, o pueden motivar a los clínicos a plantear cambios. Una segunda influencia local es la historia de las relaciones interorganizativas e intraorganizativas, que pueden ser cruciales para ayudar al cambio o inhibirlo. En el peor de los casos, una historia de relaciones pobres entre las diferentes unidades locales —por ejemplo, entre niveles asistenciales o entre especialidades— puede significar una difícil colaboración entre los potenciales actores clave para el cambio.

Aunque se podría pensar que las necesidades de la población pueden ser un factor relevante no siempre es así, pues la gestión de la calidad de las organizaciones recae sobre los equipos directivos de los centros asistenciales, que son los que establecen la estrategia de los mismos y la utilización de los diferentes productos basados en la evidencia, encontrándose simultáneamente GPC, vías clínicas y protocolos en un mismo centro, con niveles de calidad muy diferentes<sup>(5-7)</sup>.

## 2.1. Identificación y análisis del contexto

La identificación y análisis del contexto debe ser considerada una de las primeras etapas del plan de implementación<sup>(1)</sup> y es necesario tener en cuenta algunas consideraciones:

- El contexto varía en el tiempo y en el espacio, de tal manera que los resultados de un lugar no son fácilmente extrapolables a otro con un sistema sanitario diferente (por ejemplo, de Gran Bretaña a nuestro país, o incluso de una comunidad autónoma a otra), ni siquiera son fácilmente extrapolables los resultados de un período anterior a otro posterior en el que puede haber diferentes roles, relaciones y estructuras de poder.
- En algunos casos la implementación puede desarrollarse dentro de un programa nacional: ha demostrado buenos resultados en el Reino Unido y sus ventajas van más allá de las derivadas de la mera elaboración de GPC, pues el promotor es, además de financiador, quien facilita la difusión e integración entre niveles, áreas, etc.<sup>(8)</sup>
- En España el Sistema Nacional de Salud está compuesto por diecisiete servicios de salud con diferentes realidades sanitarias, con diferentes formas de gestión, regulación, planificación y provisión, y resulta complicado desarrollar estrategias integrales. En algunas comunidades autónomas se han desarrollado leyes y modelos de acreditación o planes de salud que podrían facilitar procesos de implementación; pero no son uniformes en toda España<sup>(9,10)</sup>. Por todo ello, en nuestro entorno parece más apropiado un abordaje de los procesos de implementación a nivel autonómico.
- Puede haber diferencias intersectoriales que afecten al plan de implementación. La Atención Primaria (AP), la Atención Hospitalaria (AH), y los dispositivos de

salud mental (SM) y sociosanitaria presentan enormes diferencias en su forma de trabajo, estructura jerárquica, etc. Los dispositivos de agudos están gestionados más directamente y cuentan con especialidades clínicas marcadamente diferenciadas; por el contrario, los servicios comunitarios funcionan como redes, la autoridad de la gestión es más débil y las comunidades multidisciplinarias de práctica son más evidentes. Los dispositivos de SM pueden mostrar un patrón de trabajo interdisciplinario más destacado, en el que los límites profesionales se cruzan con más facilidad. La AP ofrece continuidad y longitudinalidad, ofreciendo un seguimiento de problemas concretos de salud (continuidad) y un seguimiento de la persona con el conjunto de los problemas de salud que le afectarán a lo largo de su vida (longitudinalidad); por su parte, en AH se ofrece continuidad, pero no longitudinalidad.

- Cada una de las diferentes organizaciones cuenta con distintas tradiciones de aprendizaje y de capacidad de cambio. Algunos contextos pueden ser más receptivos a la medicina basada en la evidencia y, por ende, a las propuestas de implementación de GPC.
- En asistencia sanitaria no solo intervienen médico y paciente, también intervienen las llamadas terceras partes: familia, amigos, relaciones laborales, servicios de administración, trabajadores sociales, psicólogos, e incluso la propia sociedad<sup>(11)</sup>. Conocer la dimensión de su capacidad de interacción, de influencia y de control puede ser determinante en los procesos de implementación de GPC.

## 2.2. Modelos de análisis sobre el contexto en el que se va a implementar la GPC

Asumiendo el carácter cambiante del contexto y sus múltiples dimensiones, pueden encontrarse diferentes propuestas que sugieren cómo analizarlo. Ciñéndonos más concretamente al análisis del contexto en el que se va a implementar una innovación sanitaria, se proponen dos modelos para abordar el análisis: la propuesta de Greenhalgh<sup>(12,13)</sup> y la del modelo PARIHS<sup>(14)</sup>. Una cuestión relevante que hay que señalar es que se trata de modelos conceptuales complejos, por lo que los elementos que se presentan sobre el contexto son sólo una parte de sus propuestas de análisis.

- La síntesis de Greenhalgh *et al.*<sup>(12)</sup> sobre la difusión de las innovaciones presenta un modelo conceptual que pretende aunar tradiciones de diferentes disciplinas y que posteriormente aplica a cuatro casos en torno a la difusión y sostenibilidad de diferentes cambios en el sistema sanitario británico: vías clínicas integradas (“*the steady success story*”, la historia de éxito estable); asociación de grupos de médicos generales (“*the clash*”, el conflicto); la telemedicina (“*the maverick initiative*”, la iniciativa inconformista) y la historia clínica electrónica (“*the big roll-out*”, el gran lanzamiento). Se analizan con respecto a los cuatro elementos siguientes:
  - Las características del cambio y los adoptantes.
  - Aspectos de la comunicación y su influencia y características de las organizaciones (contexto interno).

- El medio y el proceso de implementación.
- El rol de las agencias externas (contexto externo).

Cada uno de los elementos se deriva de una rigurosa revisión de la bibliografía sobre el tema, así como de una interesante revisión de las diferentes teorías en torno al cambio. Desarrollan una propuesta en dos fases:

- La primera fase hace referencia a los componentes individuales del modelo: los atributos de la innovación, las características y el comportamiento de los individuos; los determinantes estructurales y culturales de la capacidad de cambio de la organización.
- En la segunda fase proponen considerar la interacción entre estos componentes, haciendo especial referencia al contexto local, el dispositivo asistencial y la temporalidad.

Mientras que la primera fase se centra fundamentalmente en la utilización de listados derivados de la bibliografía, en la segunda se requiere un elevado grado de sabiduría práctica, conocimiento del medio y la ineludible participación de los implicados mediante preguntas y respuestas.

- El modelo PARIHS (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services*) es un modelo desarrollado en 1998 con la intención de representar la complejidad del proceso de cambio que supone la implementación de la práctica basada en la evidencia<sup>(15)</sup>. Se deriva de la experiencia del grupo que lo conceptualiza y de su utilización empírica para analizar diferentes situaciones (implementación de un programa de rehabilitación cardiaca, evaluación de la calidad de los cuidados en una unidad de rehabilitación para personas mayores y el desarrollo e implementación de una serie de estándares para la gestión del dolor postoperatorio), lo que ha permitido ir modificando y mejorando la propuesta<sup>(14)</sup>. Es un modelo que postula que una implementación eficaz está en función de tres dimensiones:
  - La naturaleza y el tipo de la evidencia.
  - Las cualidades del contexto en el que se introduce la evidencia.
  - La forma en la que este proceso se facilita.

En su versión más simple, el modelo propone que una adecuada implementación se puede explicar en función de las relaciones entre los siguientes elementos:

- **Evidencia** (eficacia probada): investigación, experiencia clínica, y preferencias de los pacientes.
- **Contexto**: contexto receptivo, cultura de la organización, liderazgo y medición.
- **Facilitación**: características, roles y estilos.

Esta propuesta mantiene que hay una relación dinámica entre los tres elementos, y que cada uno de ellos se posiciona a lo largo de un continuo entre los extremos *alto* y *bajo*. Mantiene que la implementación será más eficaz si el contexto es receptivo al cambio, con culturas comprensivas, con fuerte liderazgo, y con sistemas de información eficaces para monitorizarla.

Los autores de este modelo han desarrollado un listado de preguntas sobre las tres dimensiones, que pretenden ser de ayuda para los implementadores de una GPC. En el caso del contexto, las preguntas orientan hacia la evaluación de la preparación del contexto para adoptar y mantener la implementación. A estas cuestiones se puede responder de manera individual o a través del diálogo con los miembros del equipo de implementación para que las asunciones, prejuicios, práctica actual y los cambios propuestos se puedan debatir. Este proceso permitirá al equipo calibrar la preparación de los usuarios finales de la GPC para adoptar las recomendaciones.

## 2.3. Características de un contexto receptivo al cambio y recomendaciones para facilitararlo

Características de un contexto receptivo al cambio<sup>(4)</sup>:

- Una historia positiva de relaciones entre profesionales y gestores y entre grupos profesionales. La historia influye en el contexto organizativo y la práctica clínica actual, es decir, las personas trabajan en una organización heredada. Los clínicos raramente reconocen que la organización y gestión de los servicios influyen sobre la práctica clínica.
- Un apoyo político y de la gestión sostenido, y la existencia de presión para el cambio claramente definido a nivel local.
- Una cultura organizativa local de apoyo, objetivos claros de cambio, la infraestructura apropiada y los recursos son críticos.
- Relaciones eficaces y de calidad entre los grupos locales y dentro de ellos. Las guerras de poder, las disputas de demarcación entre equipos y especialidades afectan de manera inversa a la capacidad de los grupos para reflejar, aprender y lograr el cambio.
- Acceso a las oportunidades para compartir la información y las ideas en el contexto local. Un factor mediador clave para asegurar cambios en la práctica clínica es el grado en el que los clínicos tienen acceso a redes profesionales. Estas redes son espacios importantes para compartir experiencias y facilitar el aprendizaje. Son, además, importantes los medios a través de los cuales se filtran la comunicación formal de la bibliografía, las guías y las iniciativas educativas. Las definiciones pobres de los roles y las responsabilidades, además de las barreras organizativas y políticas inhiben la formación de grupos eficaces. Estos procesos pueden facilitarse y mejorarse si se proporcionan a través de los sistemas locales de formación continuada, y se requirieran para todo el personal; y cuando el personal pueda sentirse libre para expresar sus preocupaciones y pueda apreciar la importancia de estos procesos para su trabajo.
- Capacidad de introducir cambios en la organización para fomentar intercambios más eficaces entre los grupos. Este tipo de innovaciones organizativas necesitan difundirse más allá de límites profesionales.

A continuación se enumeran las cuestiones que el equipo implementador debe conocer sobre la organización y el contexto en el que se va a realizar la implantación, para identificar los objetivos y el escenario de la implementación, y los determinantes del cambio:

**1. Identificar claramente el nivel asistencial** (o niveles) en el que se van a implementar las recomendaciones. El plan variará si esta implementación es nacional, regional, en un área de salud, en una sola institución (centro de salud, hospital) o en una sola unidad o servicio. Por ejemplo, un programa de detección precoz y seguimiento de cáncer colorrectal exige, al menos, la participación de Atención Primaria, el laboratorio, y los servicios de oncología y digestivo.

**2. Conocer la cultura de la organización.** Describir las normas, creencias y valores de la organización (por ejemplo; se utiliza la evidencia científica en su práctica, se asume la autonomía de los pacientes, se trabaja en equipo), los diferentes grupos que la conforman (profesionales y no profesionales), y las relaciones entre ellos. ¿Cuáles son los estilos de gestión? ¿hay líderes? ¿cuáles son los canales de comunicación formales e informales? ¿es una organización de aprendizaje en la que está desarrollada la formación continuada? ¿se trabaja en equipo?

**3. Identificar claramente los equipos, servicios o unidades implicados, de un modo u otro, en la implementación,** y por lo tanto los grupos (o subgrupos) profesionales implicados. Esbozar la forma en la que se prestan los cuidados o servicios y determinar los profesionales implicados. Asimismo, es necesario visualizar cómo se prestarán los cuidados una vez implementadas las recomendaciones y definir a los profesionales implicados. ¿Qué tipo de relaciones hay entre las disciplinas afectadas por el cambio potencial? Por ejemplo, en la implementación de recomendaciones de una GPC sobre obesidad mórbida podrían estar implicados los siguientes profesionales: endocrinología (medicina y enfermería), dietista, cirugía general, cirugía plástica y psicología, y deseablemente algún miembro del departamento de informática en las fases previas a la implementación.

**4. Analizar los recursos disponibles tanto humanos como económicos y materiales.** En cada servicio o unidad va a ser necesario disponer de tiempo para liderar la implementación, reunirse con otros servicios, centros, etc. para coordinar cada una de las estrategias, extraer los indicadores de implementación periódicamente y pilotar el plan y refinar o redefinir la estrategia.

**5. Prever el posible impacto que la implementación de las recomendaciones puede tener en la organización** (centro, dispositivo, unidad) en términos de estructuras periféricas afectadas, sistema, necesidades de formación, tecnologías de apoyo, etc. ¿Se adecuan las recomendaciones a implementar a los objetivos, valores y formas de funcionamiento de la organización? ¿habría que prever alguna modificación en el funcionamiento?

**6. Claro conocimiento de la práctica clínica actual.** Conocimiento de la cultura de calidad local. Analizar los planes y programas de calidad de la organización, para conocer sus grados de implementación y la historia de su desarrollo, con el objeto de identificar posibles problemas trasladables al proceso de implementación a desarrollar, y para encuadrar las recomendaciones que se van a implementar.

**7. Conocer los sistemas de información disponibles.** Estos son clave tanto para la implementación de la estrategia como para medir los resultados. Los sistemas de información varían entre niveles y dispositivos asistenciales; no siempre recaban la misma información y no siempre permiten extraer los datos necesarios para la elaboración de indica-

dores. Es aconsejable reunirse con los responsables del sistema de información para conocer sus sistemas de recogida de datos y poder diseñar la evaluación del plan de implementación, así como para valorar la factibilidad de posibles cambios en el sistema.

## CUADRO RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE

- El contexto es el medio o dispositivo en el que se va a implementar la GPC.
- Antes de implementar las recomendaciones es necesario evaluar el contexto de la organización.
- Para evaluar el contexto es necesario un adecuado conocimiento del medio en el que se va a desarrollar la implementación, e imprescindible, la participación de los implicados.
- El análisis ha de responder a la identificación de las características del entorno en el que se va a realizar la implementación, los profesionales implicados, el examen de la práctica clínica habitual contrastada con las recomendaciones y el conocimiento de los sistemas de información.

## Bibliografía

1. Dopson S, Fitzgerald L, editores. Knowledge to action? Evidence-based health care in context. Oxford: Oxford University Press; 2005.
2. Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. *J Contin Educ Health Prof.* 2004;24(Suppl1):S31-7.
3. Grol R, Bosch M, Hulscher M, Eccles M, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q.* 2007;85(1):93-138.
4. Dopson S, Fitzgerald L, Ferlie E, Gabbay J, Locock L. No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Manage Rev.* 2002;27(3):35-47.
5. Lorenzo S, Mira J, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc).* 2000;114:460-3.
6. Rico Iturrioz R, Gutiérrez-Ibarluzea I, Asua Batarrita J, Navarro Puerto M, Reyes Domínguez A. Valoración de escalas y criterios para la evaluación de guías de práctica clínica. *Rev Esp Salud Publica.* 2004;78:457-67.
7. Saura-Llamas J, Saturno Hernández P, Romero Román J, Gaona Ramón J, Gastón Cánovas J. Características de las guías clínicas de atención primaria que se asocian a una mayor calidad estructural. *Aten Primaria.* 2001;28:525-34.
8. Marzo M, Alonso P, Bonfill X. Guías de Práctica Clínica en España. *Med Clin (Barc).* 2002;118 (suppl 3):30-5.
9. Gaminde I. Priorities in health care: a perspective from Spain. *Health Policy.* 1999;50:55-70.
10. Suñol R, Humet C. Garantía de calidad y acreditación en España. En: Cabasés J, Villalbí J, Aibar C, editores. Informe SESPAS 2002: invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: Escuela Valencia de Estudios para la Salud; 2002. p. 481-94.
11. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29 (supl 3):85-90.

12. Greenhalgh T, Bate R, Kyriakidou O, McFarlane F, Peacock R. How to spread good ideas: a systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2004.
13. Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Macfarlane F, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in health service organisations: a systematic literature review. Oxford: Blackwell BMJ Books; 2005.
14. Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implement Sci.* 2008;3:1.
15. Kitson AL, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care.* 1998;7:149-58.