

## 4. Estrategias de implementación de GPC. Cómo facilitar el cambio

Eduardo Briones, Alberto Romero, Ignacio Marín, Eva Frigola

En este capítulo se abordan los métodos y estrategias para introducir con éxito una guía de práctica clínica en un entorno clínico. Como ocurre con cualquier otra intervención sanitaria, es necesario conocer la mejor forma de organizar los medios para alcanzar los fines, así como cuáles son las evidencias científicas que respaldan su uso.

De forma complementaria, se describen las teorías y fases de los cambios de práctica, la clasificación de las posibles intervenciones, así como algunas herramientas de ayuda al proceso. También se hace referencia a los elementos más relevantes del contexto asistencial que conviene conocer para una mejor planificación y operatividad de un proyecto de implementación.

Preguntas que pretende contestar el capítulo:

- ¿En qué teorías se basa el proceso de cambio de la práctica clínica?
- ¿Qué intervenciones existen y cuáles son las más efectivas para producir el cambio?
- ¿Qué instrumentos pueden facilitar el proceso de implementación?

La implementación de guías de práctica clínica tiene como objetivo central producir cambios en la práctica orientados a mejorar los resultados asistenciales. Sin embargo, múltiples experiencias muestran la dificultad y complejidad de trasladar a la realidad los cambios propuestos, dado el relativamente bajo efecto alcanzado por muchas estrategias y proyectos en que se evaluó con rigor dicho impacto. Siguiendo el ya clásico artículo de Oxman<sup>(1)</sup>, sabemos de antemano que no hay *balas mágicas*, ni reglas fijas sobre qué estrategias funcionarán mejor en nuestro contexto, por lo que es esencial elegir el enfoque más adecuado a nuestro caso y realizar una buena planificación de los cambios.

En este capítulo trataremos de presentar estrategias que faciliten la implementación de GPC, revisando las teorías del cambio en las que basarnos, así como intervenciones e instrumentos; con conciencia de que en la implementación de GPC existen muchos aspectos que desconocemos y, por tanto, necesitados aún de más investigación.

En primer lugar, es conveniente precisar que para un proyecto de implementación hay múltiples abordajes posibles, dependiendo de la perspectiva que se adopte, los objetivos que se pretendan, el tipo de profesionales implicados y los recursos disponibles. Incluso a la hora de seleccionar las estrategias, la naturaleza del promotor de la implementación puede condicionar la orientación de las mismas. Si la estrategia de implementación está liderada por clínicos, es probable que éstos tiendan a centrarse en la búsqueda del consenso local y la programación de actividades de formación<sup>(2)</sup>, mientras que si se promueve desde un servicio de salud es probable que el enfoque sea el de rediseño organizativo con nuevos proyectos, instrumentos regulatorios, indicadores o sistemas de incentivos<sup>(3)</sup>. Cuando el promotor son los servicios de salud, el cambio puede traducirse en un imperativo de actuar que se da con frecuencia en el campo de mejora de la calidad y es posible que impida realizar un diagnóstico correcto de los problemas y una planificación adecuada de las estrategias más efectivas. Por tanto, antes de optar por uno u otro enfoque, es importante tener el mayor conocimiento posible del elenco de estrategias que ya han sido experimen-

tadas, para lo que disponemos de excelentes revisiones que se discuten más adelante<sup>(4-6)</sup>. En el anexo 3 se presenta una lista de comprobación para definir y caracterizar adecuadamente la intervención a realizar.

Cualquiera que sea la estrategia elegida o la combinación de ellas, es importante tratar de integrar diferentes enfoques, aprovechando lo positivo de cada uno para nuestro proyecto<sup>(7)</sup>. A continuación se presentan teorías del cambio para calibrar cómo puede influir la estrategia que se seleccione e intentar integrar lo que resulte aprovechable de cada teoría.

## 4.1. ¿Qué teorías apoyan los procesos de cambio?

### 4.1.1. Teorías sobre los procesos de cambio

Existen numerosas teorías y modelos explicativos del proceso de cambio que identifican diferentes factores que pueden contribuir a la implementación exitosa de la evidencia científica en la práctica clínica. Estas teorías tienen su origen en especialidades o disciplinas diversas, como psicología cognitiva y conductual, la comunicación, la educación; el campo de las organizaciones, el marketing, etc.<sup>(8-17)</sup>.

Hacer una clasificación de todo este cuerpo teórico puede resultar complejo. Por un lado, debido al origen científico diverso del que parten tales teorías; por otro, porque hasta cierto punto muchas teorías se solapan, combinando el conocimiento desarrollado por varias disciplinas, para abarcar la complejidad que supone explicar el proceso de cambio en ámbitos relacionados con la salud.

La taxonomía propuesta a continuación clasifica las teorías según su impacto en el individuo (profesional o paciente), contexto e interacción social, y contexto organizativo y económico.

- **Teorías con enfoque en aspectos individuales.** Se basan fundamentalmente en los mecanismos por los que los profesionales sanitarios toman decisiones, adquieren conocimientos, habilidades, actitudes y motivación. También son aplicables al proceso de cambio en los pacientes.
- **Teorías con enfoque en el contexto y la interacción social.** Orientación teórica que se fundamenta en la influencia en el proceso de cambio del entorno social. Está basada en las interacciones con otros, como la influencia de personas clave, líderes de opinión, participación de redes sociales, factores culturales, influencia de los pacientes y factores culturales.
- **Teorías con enfoque en el contexto organizativo y económico.** Estas teorías resaltan la especial relevancia que tienen en la generación de cambios los aspectos estructurales, administrativos y económicos de la organización.

Una aplicación directa de la teoría o modelo escogido es la elección del nivel al que dirigir el proyecto de implementación. Generalmente, después de un análisis de barreras y facilitadores para el cambio, ha de decidirse si aplicar la teoría a nivel individual de los profesionales o es necesario añadir una valoración de la preparación y el clima de la organización. A partir de este planteamiento de estrategias será más fácil elegir las intervenciones y herramientas adecuadas para hacerlas operativas, como se muestra en la tabla 4.1 con un ejemplo sobre la mejora asistencial en diabetes mellitus<sup>(18)</sup>.

**Tabla 4.1. Clasificación de teorías y modelos relacionados con la implementación del cambio. Ejemplo para la mejora del manejo de la diabetes (adaptado de Grol y Wensing)<sup>(18)</sup>**

Teorías/modelos	Factores clave	Aplicabilidad en el manejo de la diabetes
<b>Nivel del individuo</b>		
<b>Cognitiva</b>	Mecanismos de toma de decisiones: beneficios frente a riesgos.	Dar información sobre el manejo de la diabetes basada en la evidencia científica.
<b>Educacional</b>	Estilos y necesidades individuales de aprendizaje.	Implicación del profesional en los planes de mejora de la diabetes. Desarrollar un plan personal de mejora.
<b>Actitudinal</b>	Actitudes, percepción de autocontrol, auto-eficacia, normas sociales.	Convencer a los profesionales de la relevancia y factibilidad del cambio.
<b>Motivacional</b>	Factores específicos de cada estadio motivacional.	Adaptar intervenciones a los diferentes grupos (médicos, enfermeras, pacientes) implicados en el manejo de la diabetes.
<b>Nivel del contexto social</b>		
<b>Aprendizaje social</b>	Incentivos, retroalimentación, refuerzo, modelos de referencia.	Sesiones de análisis comparado, retroalimentación a lo largo del proceso.
<b>Red social e influencia social</b>	Cultura y valores de la red social, opinión de personas clave.	Implicación de los líderes de opinión para mejorar hábitos.
<b>Influencia del paciente</b>	Expectativas y conductas percibidas por el paciente.	Implicación del paciente en la toma de decisiones y autocura.
<b>Liderazgo</b>	Estilo de liderazgo, poder y compromiso del líder.	Obtener compromisos para la mejora del proceso de la diabetes.
<b>Nivel del contexto organizacional y económico</b>		
<b>Innovación de la organización</b>	Grado de especialización, descentralización, profesionalización.	Tener en cuenta el tipo de organización; estimular a los equipos a desarrollar sus propios planes de mejora.
<b>Gestión de la calidad</b>	Cultura de calidad, liderazgo, gestión por procesos, sistema centrado en el paciente.	Manejo de la diabetes por proceso; desarrollar sistemas para la mejora continua.
<b>Complejidad</b>	Interacción entre las partes de un sistema complejo.	Interacción entre niveles asistenciales implicados en la diabetes.

<b>Aprendizaje organizacional</b>	Capacidad y estructura para una educación continuada.	Estimular el intercambio entre expertos en diabetes entre todos los niveles de la organización.
<b>Disciplina económica</b>	Sistemas de reembolso y capitalización, incentivos.	Recompensa por objetivos en el manejo de la diabetes.

## 4.1.2. Estadios o fases del proceso de cambio

Diferentes modelos postulan que los profesionales y equipos sanitarios pueden pasar por distintas fases o estadios antes de lograr un cambio<sup>(19)</sup>. Son modelos con muchas similitudes que inicialmente han sido aplicados al cambio de estilo de vida en pacientes y cada vez son más utilizados en la investigación sobre implementación. El modelo de Grol y Wensing<sup>(20,21)</sup>, que se describe a continuación, propone una síntesis de los distintos modelos que existen en la literatura en los que se detallan los estadios o fases del cambio. Dicho modelo consta de 5 estadios y un total de 10 fases para planificar el cambio.

- **Estadio de orientación**

- Fase 1. Promover el conocimiento de la guía
- Fase 2. Estimular el interés e implicación

*Promover conocimiento de la innovación y estimular el interés e implicación.*

- **Estadio de interiorización**

- Fase 3. Comprensión
- Fase 4. Incorporación en las propias actividades diarias

*Asegurar la comprensión por parte de los actores del cambio, la implicación de asumir la nueva evidencia científica. Facilitar que los actores puedan comparar el rendimiento de sus métodos actuales con los propuestos.*

- **Estadio de aceptación**

- Fase 5. Actitud positiva
- Fase 6. Decisión para el cambio

*Desarrollar una actitud positiva, una motivación para el cambio. Crear intenciones positivas o decisiones para el cambio.*

- **Estadio de cambio**

- Fase 7. Aplicación de la innovación en la práctica
- Fase 8. Confirmación del beneficio del cambio

*Promover la adopción de la innovación. Confirmar el beneficio neto del cambio.*

- **Estadio de Mantenimiento**

- Fase 9. Integración de la innovación en la práctica diaria
- Fase 10. Integración de la innovación dentro de la organización

*Integración de la innovación en la práctica diaria. Consolidar la innovación dentro de la política de la organización.*

## 4.2. Descripción y taxonomía de las posibles intervenciones

Diversos estudios muestran la importancia de elegir las teorías y modelos del cambio que sirvan para guiar y fundamentar el diseño y elaboración de las estrategias más adecuadas para cada contexto determinado. Uno de los pasos más relevantes en el establecimiento de un plan de implementación es la selección de las intervenciones concretas para conseguir un cambio efectivo de conductas en la práctica o la puesta en marcha de iniciativas innovadoras.

La selección de las distintas intervenciones es clave en los procesos de implementación; se deben considerar los aspectos comentados en los apartados anteriormente descritos<sup>(22)</sup>:

- Considerar cada tipo de enfoque en función de los objetivos del plan de implementación (cambios a nivel del individuo, en un contexto social concreto o a nivel organizacional). Este punto adquiere especial relevancia cuando se plantean distintos niveles para la estrategia de implementación (nacional, regional o local).
- Determinar la estrategia adecuada a cada etapa del proceso de cambio en que el grupo se encuentra (orientación, interiorización, aceptación, cambio y mantenimiento).
- Determinar las estrategias adecuadas a las características propias del grupo o subgrupo al que va dirigida la GPC (mediante un proceso diagnóstico de barreras y facilitadores).

En la literatura se describen distintos tipos de estrategias de implementación. La clasificación más difundida para las estrategias de cambio de la práctica clínica es la del grupo de la colaboración Cochrane EPOC (*Effective Practice and Organization of Care Group*, Efectividad de la práctica y la organización asistencial). Dicha clasificación incluye actividades que pueden influir tanto en la motivación extrínseca (cambios organizativos, modelos de financiación, cambios legales, estrategias a través de los pacientes) como en la motivación intrínseca (intervenciones orientadas a los profesionales). En la tabla 4.2, se resumen algunas de las estrategias. Más información sobre el resto de intervenciones puede obtenerse en la página web del grupo EPOC (<http://www.epoc.cochrane.org>)<sup>(23)</sup>.

**Tabla 4.2. Listado de estrategias sistematizado por el grupo EPOC**

<p><b>Intervenciones sobre los profesionales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución de materiales educativos: envío por correo de la GPC o entrega en mano en el lugar de trabajo; formatos reducidos de la GPC, como un tríptico de bolsillo.</li> <li>• Sesiones formativas: conferencias, sesiones clínicas, talleres.</li> <li>• Procesos de consenso local: inclusión en la discusión de los profesionales implicados para comprobar que están de acuerdo en que el problema clínico elegido es importante y la aproximación para manejar el problema es adecuada.</li> <li>• Visitas de un facilitador: una persona con formación y entrenamiento específico visita al sanitario para darle información con la intención de cambiar su práctica (la información dada puede incluir retroalimentación de la práctica clínica del profesional).</li> <li>• Líderes locales de opinión: participación de profesionales sanitarios considerados por sus colegas “influyentes” desde el punto de vista formativo.</li> <li>• Intervenciones mediadas por pacientes: nueva información clínica recogida directamente de los pacientes y suministrada a los profesionales; por ejemplo, una puntuación sobre depresión tras aplicar un cuestionario.</li> <li>• Auditoría y retroalimentación: proporcionar a los profesionales cualquier resumen de sus actividades clínicas en un período de tiempo especificado (el resumen puede incluir recomendaciones de acción clínica).</li> <li>• Recordatorios: información específica, provista verbalmente, por escrito, o en la pantalla de un ordenador, diseñada para llamar la atención del profesional y que recuerde cierta información que le permita realizar o evitar alguna acción para ayudar al paciente.</li> <li>• Medios de comunicación de masas: televisión, radio, periódicos, pósteres y folletos, solos o junto con otras intervenciones, dirigidos a la población.</li> </ul>
<p><b>Intervenciones económicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientadas hacia los profesionales: pago por servicio, incentivos al profesional o la institución, penalización a un profesional o a la institución.</li> <li>• Orientadas hacia los pacientes: copago, incentivos o penalización al paciente.</li> </ul>
<p><b>Intervenciones organizativas</b></p>	<p>Pueden incluir cambios en las estructuras físicas de las unidades de atención sanitaria, en los sistemas de registro médico o en la titularidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientadas hacia los profesionales: revisión de los roles profesionales; equipos clínicos multidisciplinares, integración formal de servicios, continuidad de cuidados; satisfacción de los profesionales, comunicación y discusión de casos a distancia entre profesionales.</li> <li>• Orientadas hacia los pacientes: envío por correo de recetas; mecanismos para el manejo adecuado de quejas y sugerencias de pacientes; participación de los pacientes en el gobierno de la organización sanitaria.</li> <li>• Estructurales: cambio en el entorno/lugar de prestación del servicio; cambios de la estructura física, instalaciones y equipamiento; cambios en los sistemas de organización de las historias clínicas; cambios en el tipo de prestaciones; presencia de mecanismos para el control de la calidad.</li> </ul>
<p><b>Intervenciones reguladoras</b></p>	<p>Cualquier intervención que tenga como objetivo cambiar la prestación o el coste del servicio sanitario mediante una ley o normativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en las responsabilidades del profesional.</li> <li>• Manejo de las quejas y reclamaciones de los pacientes.</li> <li>• Acreditación de profesionales y unidades.</li> </ul>

### 4.3. Aplicación del contexto teórico en la planificación

Es en la planificación previa a todo proceso de implementación donde se aplicarán las teorías y modelos de proceso de cambio. Las teorías descritas dan lugar a todo un conjunto de estrategias a utilizar que son descritas a continuación. Los modelos proporcionan elementos para una evaluación a lo largo del proceso que permite saber cuán avanzado se está en la implantación del cambio, así como pretende ayudar a identificar barreras a lo largo del proceso, tal como se muestra en la tabla 4.3.

**Tabla 4.3. Ejemplo del uso de las estrategias de implementación en las distintas fases de cambio (adaptado de *Grol y Wensing 2005*)<sup>(21)</sup>**

Estadios con ejemplos posibles de barreras	Posibles estrategias e intervenciones
<b>Orientación</b>	
Falta de innovación (no lectura de bibliografía, poco contacto con otros compañeros, etc.). Falta de interés (no se cree relevante la necesidad de cambio).	Distribuir mensajes breves a través de diferentes canales. Aproximación a personajes clave y redes. Diseñar trípticos vistosos, contactar de manera más personal y dar explicaciones; confrontación con datos de la propia actividad asistencial.
<b>Interiorización</b>	
Desconocimiento o problemas para entender la información cuando es ingente o demasiado compleja. No hay capacidad de introspección o existe una sobrevaloración de la actividad asistencial propia.	Materiales educativos apropiados, mensajes concisos, información basada en problemas de la práctica diaria. Métodos de auditoría, consulta y retroalimentación.
<b>Aceptación</b>	
Actitudes negativas (solo se ven desventajas, dudas sobre la aplicabilidad). Falta de preparación para el cambio (dudas sobre el éxito y las propias posibilidades).	Adaptación de la innovación a las necesidades del grupo, discusión y consenso a nivel local, mostrar argumentos científicos, implicar líderes de opinión. Demostrar aplicabilidad, hacer inventario de dificultades, riesgos y soluciones alternativas, e incluirlo en el plan de implementación.
<b>Cambio</b>	
Aún no ha empezado (no hay tiempo, materiales o habilidades, no encaja con las dinámicas organizacionales). Éxito insuficiente (reacciones negativas).	Aportar recursos extra, apoyo, formación, nueva gestión de procesos, consulta de expertos. Materiales informativos para pacientes, diseñar un plan con objetivos realistas.
<b>Mantenimiento</b>	
No integración de la innovación en las dinámicas diarias (recaídas, olvidos). No integración en la organización (falta de apoyo de dirección).	Monitorización del proceso, retroalimentación y recordatorios; integración en protocolos y procesos. Aportar recursos, apoyo de dirección, estrategias organizacionales, incentivos, pagos por servicios específicos.

## 4.4. La evidencia disponible sobre la efectividad de cada estrategia de implementación

La efectividad de las estrategias de implementación de GPC dirigidas a los profesionales sanitarios ha sido evaluada en múltiples estudios. El grupo EPOC ha identificado más de 5.000 estudios aleatorizados y cuasi experimentales y ha llevado a cabo 38 revisiones sistemáticas sobre intervenciones profesionales, organizacionales y regulatorias. En el año 2004 se publicó la revisión sistemática más extensa y completa metodológicamente, aunque sólo cubre estudios realizados desde 1966 a 1998. Posteriormente, el grupo EPOC ha publicado varias revisiones sistemáticas sobre efectividad de la práctica profesional que actualizan a las anteriores. A continuación, se extraen algunas de las conclusiones más relevantes de estos estudios para ilustrar la utilidad de las estrategias de implementación<sup>(4,23-24)</sup>:

- La efectividad es muy variable en los diferentes estudios. El efecto de las diversas estrategias es habitualmente moderado; se consiguen mejoras en la práctica clínica en torno a un 10%. Dichas mejoras, aunque puedan considerarse escasas, están en el rango habitual de mejoría que puede producir cualquier medicamento, y por ello se piensa que en general —aunque siempre teniendo en cuenta los costes— merecerán la pena acometerse<sup>(2)</sup>.
- En algunos estudios los resultados fueron negativos, lo que implica que el grupo intervenido incluso empeoró en la adherencia a las recomendaciones de la GPC.
- Las intervenciones basadas en recordatorios (por escrito o en soporte informático) han presentado un buen nivel de efectividad y pueden ser una opción a considerar para conseguir mejoras de la práctica clínica y mantenerla, aunque requieren de una considerable infraestructura y medios (mediana de efectos: +14,1%, rango: -1% a +34%)<sup>(4)</sup>.
- Las sesiones de formación interactivas son habitualmente efectivas si van dirigidas a actitudes y habilidades a nivel grupal, además de conocimientos (mejoras entre 11-20%). En cambio, las sesiones de tipo didáctico o pasivo, como conferencias magistrales son habitualmente inefectivas<sup>(4)</sup>.
- Estrategias poco sofisticadas como la difusión de materiales educativos son algo menos efectivas, pero bien planteadas, pueden tener una buena relación coste-efectividad (mediana de efectos: +4,3%, rango: -8,0% a +9,6%)<sup>(25)</sup>.
- La auditoría y retroalimentación es un tipo de intervención que debe ser considerado siempre como componente básico de cualquier estrategia. Varios estudios muestran que la auditoría y retroalimentación administrada de forma correcta (es decir, como elemento de mejora y sin ánimo punitivo), con cierta regularidad (al menos trimestralmente), y a ser posible vinculada a incentivos, presenta una gran potencialidad de cambio de la práctica clínica, especialmente aplicable en nuestro medio sanitario público (datos de revisión Cochrane: mediana de efecto +5.0%, rango: -16% a +70%)<sup>(26)</sup>.
- Las intervenciones configuradas a medida para superar barreras identificadas presentan mejoras en asistencia y resultados en pacientes, pero los estudios presentan demasiada heterogeneidad para ser concluyentes<sup>(27)</sup>.



- Los programas de visitas educativas in situ (*educational outreach* o *academic detailing*) han presentado generalmente resultados positivos en los estudios publicados, especialmente para la mejora de la prescripción (mediana de efecto: 5,6%, rango: -3,0% a +64,0%)(<sup>28</sup>). Requieren de bastantes recursos y resultan menos efectivos para procesos más complejos. Algo similar ocurre con los programas que usan líderes locales de opinión(<sup>29</sup>).
- Las estrategias múltiples con varias intervenciones simultáneas no han mostrado ser necesariamente mejores que las simples. Sin embargo pueden ser recomendables tras un análisis detallado de barreras y una base teórica coherente que indique la necesidad de varias intervenciones, preferiblemente sinérgicas(<sup>4</sup>).

Además de lo mencionado en estas revisiones, es importante recalcar que no hay una estrategia de implementación que vaya a funcionar en todos los casos, sino que la utilidad de cada una de ellas vendrá dada por la interacción de diversos factores, como son el tipo de cambio que se pretende conseguir, el lugar donde se quiere implementar y las barreras y facilitadores identificados.

¿Qué hacer entonces a la hora de elegir una estrategia de implementación? Ha de reconocerse que después de 30 años de investigación en este campo todavía hay muchas preguntas sin responder. Es necesaria más investigación en los aspectos relacionados con los factores que modifican el efecto de una estrategia, según el escenario en que actúen. Actualmente se trabaja en los aspectos psicológicos y sociológicos que determinan la conducta de los clínicos(<sup>30</sup>). Una vez se profundice en esa caja negra, se cree que se podrán diseñar intervenciones con más probabilidades de éxito. A falta por tanto de conocer aún con más exactitud cuáles son los factores que determinan el comportamiento del clínico, se puede decir que aquéllos que estén interesados en implementar una GPC tendrán que utilizar su propio juicio para decidir qué estrategia puede funcionar mejor, teniendo en cuenta elementos del contexto, las barreras para realizar la práctica clínica adecuada y la factibilidad, los costes, y los beneficios potenciales que la estrategia puede aportar.

## 4.5. El contexto como condicionante del éxito o fracaso de una determinada estrategia

Tal como se recoge en el capítulo 2, entendemos por contexto el entorno que rodea al profesional de la salud y que influye en su práctica. En este apartado nos centraremos fundamentalmente en los factores organizativos y de gestión clínica vinculados a la asistencia sanitaria(<sup>31</sup>). A continuación se mencionan algunos aspectos del contexto que influyen de forma relevante en la implementación desde un punto de vista organizativo, y por tanto, son necesarios tener en cuenta:

- **Recursos humanos disponibles:** dentro de cada servicio o unidad es necesaria dedicación para liderar el proyecto de implementación local, asistir a las reuniones con otros compañeros del área sanitaria para coordinar una estrategia, extraer los indicadores de implementación periódicamente y presentarlos a los compañeros, y refinar la estrategia en caso de fracaso. Estas actividades a menu-

do no se consideran adecuadamente y requieren de suficiente liberación de la asistencia sanitaria, ya que realizar todas estas tareas dentro del horario laboral es complicado y, en ocasiones, inviable.

- **Recursos materiales disponibles:** es necesario valorar los recursos materiales disponibles en el contexto en el que se va a llevar a cabo la implementación y su relación con las estrategias diseñadas. Si se pretende implementar un sistema de recordatorios electrónicos, por ejemplo, es necesario que todos los profesionales sanitarios diana dispongan de dispositivos electrónicos (ordenadores, PDA, etc.) en su práctica.
- **Evaluación del impacto de la estrategia en la organización:** es necesario tener en cuenta qué impacto puede producir el introducir una GPC en un área local. Por ejemplo, si se quiere introducir una guía sobre cribado de cáncer de colon hay que conocer primero qué capacidad local tiene el servicio de endoscopias digestivas.
- **Sistemas de información:** son clave tanto para la implementación de la estrategia como para medir los resultados. Muchas veces sus aportaciones a los procesos de implementación son complejas debido a la rigidez y complejidad de los sistemas informáticos corporativos.
- **Recursos económicos disponibles:** pueden contribuir tanto a mejorar posibles condicionantes del contexto (recursos materiales, recursos disponibles, etc.) como a constituir estrategias en sí mismos (por ejemplo, incentivos).
- **Apoyo desde los niveles directivos y organismos gestores:** a la hora de poner en marcha cualquier proyecto orientado a la mejora de la calidad, como la implementación de una GPC, es necesario contar con el apoyo de todos los niveles directivos y órganos gestores involucrados en el proceso de implementación. Este suele ser un elemento limitante y resulta imprescindible comprobarlo explícitamente.
- **Cultura organizativa específica local:** conocer la cultura organizativa de la institución en la que se va a desarrollar el plan de implementación es clave para comprender cómo se comporta, sus valores, su trayectoria, qué barreras y facilitadores pueden condicionar el cambio, etc.

## 4.6. Instrumentos para facilitar la implementación

Una vez decidida la estrategia de implementación debemos plantearnos cómo ponerla en práctica y qué herramientas e instrumentos pueden ser útiles. Existen multitud de posibilidades al buscar elementos de apoyo para conseguir cambios en la práctica profesional y pueden ser más o menos específicas de la estrategia que hayamos decidido.

Los propios materiales generados como fruto del proceso de elaboración, así como de los planes ideados para su difusión y diseminación, pueden servir como punto de partida para la implementación. La propia GPC puede incorporar instrumentos dirigidos a mejorar habilidades y facilitar la toma de decisiones mediante algoritmos, diagramas, reglas de decisión, etc. Además, pueden contar con materiales complementarios, orientados desde

un primer momento a facilitar su implementación, como versiones de bolsillo, formatos abreviados, versiones electrónicas o juegos de diapositivas para su presentación.

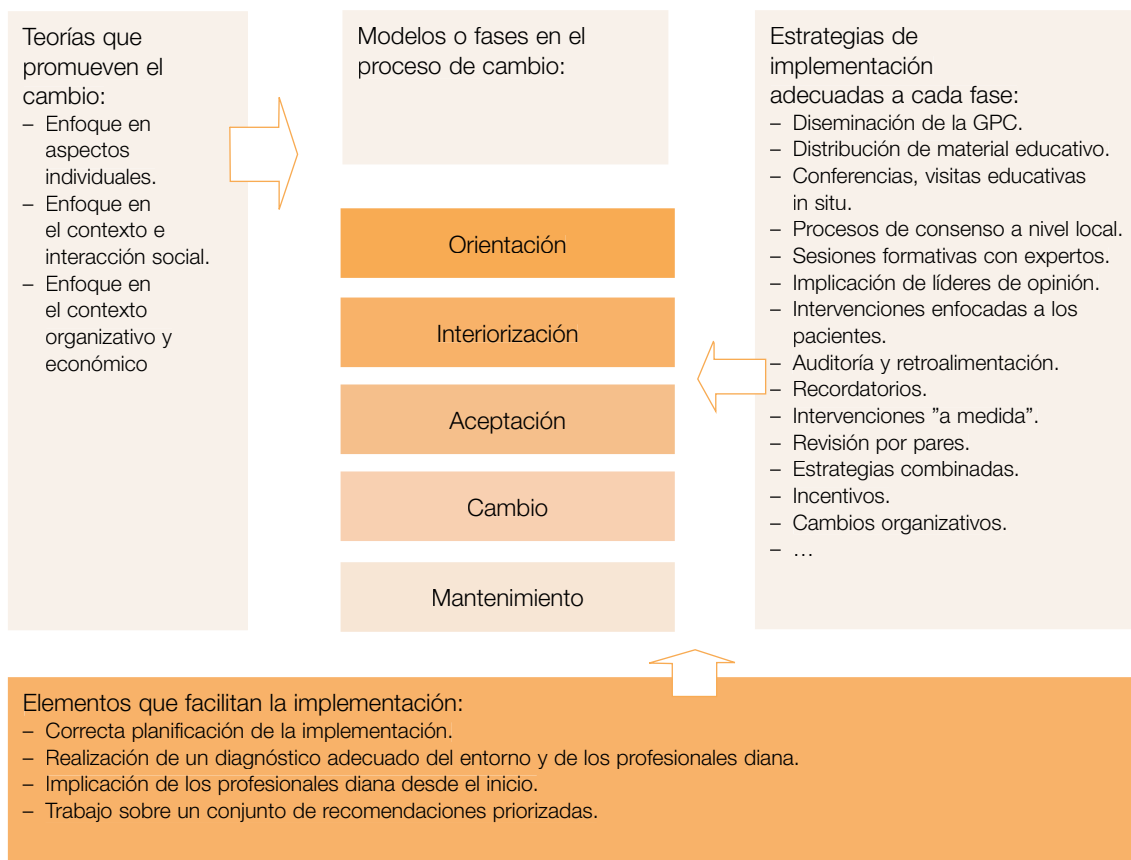
Además, es posible utilizar diferentes herramientas en función de la fase del cambio en que se vayan a aplicar. Por ejemplo, en el proyecto QUERI de la Administración de veteranos de Estados Unidos se desarrolló un conjunto de herramientas para una guía de depresión: resúmenes de evidencia para los profesionales, materiales educativos para pacientes, recordatorios electrónicos para facilitar el cribado y derivación de pacientes, y un formulario para valoración en la historia clínica<sup>(21,31)</sup>. Estas herramientas se hicieron a medida de la intervención y son específicas del contexto y los contenidos del cambio buscado<sup>(32)</sup>.

A continuación, se mencionan algunos ejemplos de herramientas vinculadas a estrategias específicas y que requieren una atención más detallada.

- **Reglas de decisión y listas de comprobación.** Las posibilidades actuales de enlazar e integrar la información son enormes y facilitan la disponibilidad de evidencias relevantes para pacientes concretos. Estos instrumentos pueden funcionar como recordatorios, avisos y notificaciones. Por ejemplo, mediante la presentación de un algoritmo que incluya los datos clínicos relevantes para la toma de decisiones y para aconsejar una recomendación diagnóstico-terapéutica basada en la GPC.
- **Historia clínica electrónica y programas informáticos de ayuda a la toma de decisiones.** La presencia cada vez más generalizada de ordenadores y conexión a Internet hace posible el uso de herramientas de implementación basadas en aplicaciones informáticas. El nivel de complejidad de estas aplicaciones puede variar según los recursos disponibles, desde la digitalización de la historia clínica hasta una simple base de datos<sup>(33)</sup>.
- **Sistemas de información.** Cualquier estrategia de implementación debe contar con un sistema de información para evaluar los cambios y avances (ver capítulo 5 de este manual). Realizar la recogida de datos para alimentar este sistema de información de forma sistemática puede convertirlo en una herramienta para el desarrollo de estrategias de implementación.
- **Protocolos, vías clínicas, etc.** Tras la preparación de las recomendaciones de la GPC es aconsejable elaborar herramientas que detallen los pasos y las decisiones, para facilitar su implementación y distribución local.

En la siguiente figura se presenta un esquema que integra los elementos que se han desarrollado en este capítulo.

**Figura 4.1. Teorías, modelos, estrategias y elementos a considerar en la implementación de una Guía de Práctica Clínica**



## CUADRO RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE

- Existen numerosas teorías y modelos del proceso de cambio, que se pueden agrupar en teorías con enfoque en aspectos individuales, teorías con enfoque en el contexto e interacción social, y teorías con enfoque en el contexto organizativo y económico.
- Los procesos de cambio cuentan con diferentes estadios o fases identificadas: orientación, interiorización, aceptación, cambio y mantenimiento.
- A la hora de seleccionar y diseñar las estrategias o intervenciones adecuadas para la implementación de una GPC es necesario considerar, por un lado, el enfoque de la estrategia; por otro, las características propias de la población diana de la GPC y la etapa del proceso de cambio en la que se encuentra.
- Las estrategias identificadas están orientadas a intervenciones sobre los profesionales, intervenciones económicas, intervenciones organizativas e intervenciones reguladoras. La efectividad de cada estrategia depende de múltiples factores, por lo que es necesario analizar en cada contexto cuál o cuáles son las más apropiadas.

# Bibliografía

1. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J.* 1995;153(10):1423-31.
2. Romero A, Alonso C, Marín I, Grimshaw J, de Villar E, Rincón M, et al. Efectividad de la implantación de una guía clínica sobre angina inestable mediante una estrategia multifactorial: ensayo clínico aleatorizado en grupos. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58(6): 640-8.
3. 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(8864): 150-3.
4. 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):1-84.
5. Mäkelä M, Thorsen T. Un marco conceptual para los estudios de implementación de guías de práctica clínica. En: Thorsen T, Mäkelä M, editores. *Cambiar la práctica de los profesionales.* Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2002 [consulta 21 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.iberamericanagpc.org/>.
6. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice; about effective implementation of change in patient care. *Lancet.* 2003;362(9391):1225-30.
7. Grol R. Improving the quality of medical care. *JAMA.* 2001;286(20): 2578-85.
8. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Getting evidence into practice. *Effect Health Care.* 1999;5(1):1-15.
9. Grol R, Jones R. Twenty years of implementation research. *Fam Pract.* 2000;17 Suppl 1:S32-5.
10. Ashford J, Eccles M, Bond S, Hall J, Bond J. Improving health care through professional behaviour change introducing a framework for identifying behaviour change strategies. *Br J Clin Governance.* 1999;4(1):14-23.
11. Rashidian A, Russell I. Towards better prescribing: a model for implementing clinical guidelines in primary care organisations in the NHS. *Clin Governance.* 2003;8(1):26-32.
12. Moulding NT, Silagy CA, Weller DP. A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Int J Qual Health Care.* 1999;8(3):177-83.
13. Grol R, Wensing M. What drives change?: barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust.* 2004;180 Suppl 6:S57-60.
14. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q.* 2001;79(2):281-315.
15. Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach.* 2ª ed. Mountain View: Mayfield; 1991.
16. McDonald K, Graham I, Grimshaw J. Towards a theoretic basis for quality improvement interventions [Internet]. En: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK. *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies, volume 1 series overview and methodology.* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [consulta 10 de noviembre de 2008]. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.section.26588>
17. Rossi P, Freeman H, Lipsey M. *Evaluation: a systematic approach.* 6ª ed. Newberry Park: Sage; 1999.

18. Grol R, Wensing M, Hulscher M, Eccles M. Theories on implementation of change in health care. En: Grol R, Wensing M, Eccles M. *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier; 2005. p. 15-40.
19. Grol R, Wensing M. Effective implementation: a model. En: Grol R, Wensing M, Eccles M. *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier; 2005. p. 41-58.
20. Grol R, Bosch MC, 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.
21. Grol R, Wensing M. Selection of strategies. En: Grol R, Wensing M, Eccles M. *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier; 2005. p.122-34.
22. Sales A, Smith J, Curran G, Kochevar L. Models, strategies, and tools: theory in implementing evidence-based findings into health care practice. *J Gen Intern Med*. 2006;21 Suppl 2:S43-9.
23. Cochrane effective practice and organisation of care group (EPOC). Data collection checklist [Internet]. [Consulta 5 de diciembre de 2008]. Disponible en: <http://www.epoc.cochrane.org/Files/Website%20files/Documents/Reviewer%20Resources/datacollectionchecklist.pdf>.
24. Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Fraser C, et al. Toward evidence-based quality improvement: evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med*. 2006;21 Suppl 2:S14-20.
25. Farmer AP, Légaré F, Turcot L, Grimshaw J, Harvey E, McGowan JL, Wolf F. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;3: CD004398. DOI: 10.1002/14651858.CD004398.pub2.
26. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;2: CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub2.
27. Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, Robertson N, Shaw EJ, Oxman AD. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;3:CD005470. DOI: 10.1002/14651858.CD005470.
28. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, Forsetlund L, Bainbridge D, Freemantle N, Davis D, Haynes RB, Harvey E. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;4:CD000409. DOI: 10.1002/14651858.CD000409.pub2.
29. Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J, O'Brien MA. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;1:CD000125. DOI: 10.1002/14651858.CD000125.pub3.
30. Godin G, Belanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci*. 2008;3:36.
31. Yano E. The role of organizational research in implementing evidence-based practice: QUERI Series. *Implement Sci*. 2008;3:29.
32. Stetler CB, Mittman BS, Francis J. Overview of the VA Quality Enhancement Research Initiative (QUERI) and QUERI theme articles: QUERI Series. *Implement Sci*. 2008;3:8.
33. Curran G, Mukherjee S, Allee E, Owen RR. A process for developing an implementation intervention: QUERI Series. *Implement Sci*. 2008;3:17.