

6. Cómo utilizar la evidencia de la investigación para abordar de qué manera se implementará una opción

Atle Fretheim^{1}, Susan Munabi-Babigumira², Andrew D Oxman³, John N Lavis⁴ y Simon Lewin⁵*

Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 6. Using research evidence to address how an option will be implemented.** Health Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S6** doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S6.
<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s6.pdf>

1. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway;
Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway
2. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
4. Clinical Epidemiology Program, Ottawa Health Research Institute, Administration Building, Room 2-017, 1053 Carling Ave., Ottawa, ON, Canada, K1Y 4E9
5. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway;
Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa

* Autor para correspondencia (atle.fretheim@nokc.no)

El presente documento es una traducción del artículo publicado en Health Research Policy and Systems, 2009; 7:Supplement 1 (www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1). Está permitido su uso, distribución y reproducción ilimitada en cualquier medio, siempre y cuando la fuente esté debidamente citada. En el sitio web de SUPPORT (www.support-collaboration.org) se pueden encontrar enlaces a las traducciones de esta serie al chino, español, francés y portugués. Las sugerencias para correcciones y mejoras de las herramientas de esta serie, que son muy bienvenidas, deben enviarse a: STP@nokc.no.

Esta serie de artículos fue preparada como parte del Proyecto SUPPORT, respaldado por el programa INCO del 6º Programa Marco de la Comisión Europea, contrato 031939. Las siguientes organizaciones financiaron una reunión de revisión por pares donde se discutió una versión anterior de la serie: Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad), Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR) y Milbank Memorial Fund. John Lavis recibió apoyo salarial por su condición de Jefe de Investigación de Canadá en Intercambio y Transferencia de Conocimiento (Canada Research Chair in Knowledge Transfer and Exchange). Las siguientes organizaciones respaldaron la traducción y la disseminación de los artículos: Norad, la sede noruega del Grupo de Revisión Cochrane de Prácticas Efectivas y Organización de la Atención de la Salud (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care, EPOC); Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, AHPSR, Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ninguno de los financiadores participaron en la preparación del borrador, la revisión o la aprobación del contenido.

Este artículo fue traducido al español por el Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) con el apoyo de Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) www.chsrf.ca, Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) www.crep.org.ar, y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (www.paho.org/researchportal).



Resumen

El presente artículo forma parte de una serie de artículos destinada a los responsables de la toma de decisiones sobre políticas y programas de salud y a quienes los respaldan.

Después de que se haya tomado una decisión, el próximo desafío clave es transformar esta posición sobre las políticas en acciones prácticas. ¿Qué estrategias, por ejemplo, están disponibles para facilitar la implementación efectiva, y qué se conoce sobre la efectividad de tales estrategias? Sugerimos cinco preguntas que pueden considerar los responsables de la toma de decisiones en políticas al implementar una política o programa de salud. Estas son: 1. ¿Cuáles son las potenciales barreras para la implementación exitosa de una nueva política? 2. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios de conducta necesarios entre los ciudadanos y los receptores de atención de la salud? 3. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios de conducta necesarios en los profesionales de la salud? 4. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios organizacionales necesarios? 5. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios necesarios en los sistemas?

ACERCA DE LAS HERRAMIENTAS SUPPORT (STP)

El presente artículo forma parte de una serie de artículos destinada a los responsables de la toma de decisiones sobre políticas y programas de salud y a quienes los respaldan. El objetivo de esta serie de artículos es ayudar a que estas personas se aseguren de tomar las decisiones informándose por la mejor evidencia de la investigación disponible. En la Introducción de esta serie [1], se describen con más detalle las Herramientas SUPPORT y las maneras en las cuales pueden ser utilizadas. Adjunto a cada artículo se encuentra un glosario que se aplica a toda la serie (ver Archivo adicional 1). En el sitio web de SUPPORT (www.support-collaboration.org) se pueden encontrar enlaces a las traducciones de esta serie al español, portugués, francés y chino. Las sugerencias para correcciones y mejoras de las herramientas de esta serie, que son muy bienvenidas, deben enviarse a: STP@nokc.no

ESCENARIOS

Escenario 1: Usted es un funcionario público de alto rango responsable de la presentación de un nuevo programa de reforma de los servicios de salud. Desea garantizar que la implementación se lleve a cabo de la manera más eficaz posible.

Escenario 2: Usted trabaja en el Ministerio de Salud y se le solicitó que prepare un plan de implementación para el lanzamiento del programa de reforma de los servicios de salud recientemente adoptado por el gobierno y desea explorar qué tipos de estrategias se deben considerar en ese plan.

Escenario 3: Usted trabaja en una unidad independiente que respalda al Ministerio de Salud en el uso de la evidencia en la toma de decisiones en políticas. Está preparando un documento sobre los efectos de varias intervenciones que se podrían incluir en una estrategia de implementación nacional para el nuevo programa de reforma de los servicios de salud.

ANTECEDENTES

Para los responsables de la toma de decisiones en políticas (Escenario 1), este artículo sugiere una cantidad de preguntas que podrían tener en cuenta los miembros de su equipo al planificar la implementación de una nueva política.

Para quienes respaldan a los responsables de la toma de decisiones en políticas (Escenarios 2 y 3), este artículo sugiere una serie de preguntas que creemos deben considerarse cuando se discute la implementación de un programa y los enfoques potencialmente útiles.

El proceso de traducir la política en práctica puede ser desafiante y con frecuencia se realiza de una manera no sistemática. Es necesaria una planificación cuidadosa para evitar que las buenas políticas se vean obstaculizadas por la mala implementación. Sin embargo, el proceso de implementación no siempre es un proceso sencillo: puede implicar la realización de un grupo de acciones complejas en varios niveles del sistema de salud así como también dentro de las comunidades.

Los responsables de la implementación de la política deben considerar dos cuestiones clave, a saber: “¿Cómo se pueden implementar las actividades relacionadas con la opción de la política para producir cambios reales?”, y “¿Qué estrategias están disponibles para facilitar la implementación efectiva?”

Se puede utilizar una serie de puntos de entrada cuando se planifica la implementación de la política. El enfoque que sugerimos implica identificar primero las barreras para la implementación, y luego adaptar las estrategias de implementación para abordar las barreras y los facilitadores que se encuentran.

Este es el tercero de tres artículos acerca de la definición de las necesidades de evidencia (ver además Artículos 4 y 5). (La Figura 1 da una idea general de los procesos involucrados en la definición de estas necesidades.)

PREGUNTAS A TENER EN CUENTA

1. ¿Cuáles son las potenciales barreras para la implementación exitosa de una nueva política?
2. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios de conducta necesarios entre los ciudadanos y los receptores de la atención de la salud?
3. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios de conducta necesarios en los profesionales de la salud?
4. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios organizacionales necesarios?
5. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios necesarios en los sistemas?

1. ¿Cuáles son las potenciales barreras para la implementación exitosa de una nueva política?

Un punto de partida útil para cualquiera que desee obtener un cambio es la identificación de barreras probables para el cambio. Saber qué y dónde se encuentran los principales obstáculos que pueden afectar una implementación exitosa es útil durante el proceso de planificación. Estos desafíos variarán con frecuencia de una

política a otra y entre diferentes contextos. Los hallazgos de la investigación sobre las barreras para la implementación de la política en otros lugares y las lecciones que se aprendieron gracias a experiencias anteriores pueden ser informativos, pero es posible que no sean suficientes.

No existe un método estándar para identificar las barreras para el cambio. Este proceso se realiza a veces de manera informal al tener en cuenta las barreras *que se percibieron* y de una forma implícita y asistemática. Proponemos un enfoque más estructurado para identificar las barreras.

Las personas que se verán afectadas por una política, las partes interesadas (*stakeholders*), son las que probablemente estarán mejor ubicadas para prever las posibles barreras para la implementación de la misma. Se puede utilizar una serie de métodos para explorar los puntos de vista de los grupos de las partes interesadas sobre las nuevas políticas que incluyen, por ejemplo, un “enfoque de métodos mixto” para realizar un “análisis de diagnóstico”. Este enfoque puede incluir tormenta de ideas, discusiones de grupos focales, entrevistas y otros métodos cualitativos o una combinación de estos. Esas actividades pueden proporcionar nuevas consideraciones a las percepciones de las partes interesadas, e identificar las barreras y los facilitadores para la implementación de la política. Las encuestas también pueden ser útiles. Por ejemplo, a los entrevistados se les puede pedir que evalúen el alcance hasta el cual una lista de potenciales barreras realmente representa obstáculos para el cambio. En la Tabla 1 [2,3] se proporcionan ejemplos prácticos de esos procesos.

Se desarrollaron varios marcos y listas de verificación para ayudar a identificar las potenciales barreras para la implementación de las intervenciones de salud. Éstos se basan a veces en una combinación de teorías de conducta, datos empíricos y sentido común, y pueden ser herramientas útiles para guiar el proceso de identificación de barreras. Algunos marcos cubren un amplio rango de potenciales barreras en varias partes del sistema de salud. Por ejemplo, en un marco, las barreras se pueden clasificar según el nivel en el cual operan las limitaciones [4]. Estos niveles incluyen: la vivienda y la comunidad, provisión de servicios de salud, conducción estratégica y de la política del sector de salud, políticas públicas que atraviesen los sectores, y características contextuales y ambientales. En la Tabla 2 se muestran ejemplos de las barreras que se identificaron en cada uno de estos niveles.

Adoptamos un enfoque similar al centrarnos en las limitaciones para la implementación de la política en tres niveles en el sistema de salud:

- Entre los receptores de atención de la salud y los ciudadanos
- Entre los profesionales de la salud
- En el nivel organizacional

Una vez que se hayan identificado las barreras probables para la implementación de la política, el próximo paso es identificar las estrategias de implementación o las

intervenciones que pueden abordarlas (la Tabla 3 muestra ejemplos de posibles nexos entre las barreras y las intervenciones entre los receptores de atención de la salud y los ciudadanos). La elección de estrategias también debe guiarse por la evidencia disponible de su efectividad y costos, así como los puntos de vista de las partes interesadas, etc. La cuestión de cómo buscar y evaluar evidencia que puede ser relevante se aborda en otros artículos de esta serie [5-9].

2. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios de conducta necesarios entre los ciudadanos y los receptores de atención de la salud?

La conducta de los receptores de atención de la salud y de los ciudadanos, particularmente en relación con el uso de servicios de salud (ejemplo: subutilización, incumplimiento de los cambios de estilos de vida recomendados o programas de tratamiento, etc.) puede ser un obstáculo potencialmente significativo para la implementación exitosa de la política. Es necesario comprender por qué los receptores adecuados de las políticas se comportan de maneras particulares ya que esto influenciará las elecciones que hagan sobre la utilización de los servicios de salud. Los estudios cualitativos bien realizados pueden proporcionar consideraciones de la conducta de los receptores de atención de la salud [10].

Un grupo de trabajo de la OMS, en cumplimiento con los tratamientos a largo plazo, propuso un marco que se puede utilizar para identificar factores que pueden influenciar la conducta de los receptores de atención de la salud y de los ciudadanos. Sugirieron considerar cinco dimensiones [11]:

- Factores relacionados con lo socioeconómico
- Factores relacionados con los sistemas de salud y la atención de la salud
- Factores relacionados con el tratamiento
- Factores relacionados con las condiciones de salud particulares de los pacientes
- Factores relacionados con el paciente

Debido a que estos factores están relacionados más específicamente con intervenciones clínicas, pueden ser particularmente útiles cuando se consideran barreras para los arreglos de la provisión de la atención. Por ejemplo, algunos de los factores socioeconómicos que pueden afectar el cumplimiento con el tratamiento entre los pacientes con tuberculosis incluyen: la falta de redes de apoyo social efectivas y circunstancias de vida inestables, creencias culturales y laicas, etnia, género, edad, el alto costo de la medicación y el transporte, y el rol de la justicia penal [11,12].

El Grupo de Revisión Cochrane de Consumidores y Comunicación (Cochrane Consumer and Communication Review Group) ha documentado extensivamente los efectos de las intervenciones para mejorar las interacciones entre los consumidores y los proveedores y los sistemas de atención de la salud, y ha desarrollado una taxonomía de intervenciones que se orientan a los receptores de atención de la salud y a los

ciudadanos [13]. Esto puede ser útil cuando se conceptualiza y se considera qué tipos de intervenciones se deben utilizar. La taxonomía incluye:

- La provisión de educación o información
- Respaldo para cambiar las conductas
- Respaldo para desarrollar habilidades y competencias
- Respaldo personal
- Facilitación de la comunicación y toma de decisiones
- Participación en el sistema

Varios estudios y revisiones evaluaron los efectos de las intervenciones que tratan las limitaciones para la entrega efectiva de servicios de salud a nivel de los receptores de atención de la salud y de los ciudadanos. En una revisión, los autores encontraron efectos positivos de la participación de la comunidad en lo que respecta a superar esas limitaciones [14]. En esta instancia, la participación de la comunidad se obtuvo utilizando una variedad de enfoques de intervención, que incluyen: educación sanitaria (ejemplo: reuniones, capacitaciones grupales), que alienta un enfoque participativo (incentiva a los líderes y a las partes interesadas a comprender y “comprar” la intervención), utilizando una estrategia de alcance (que se orienta a la familia a los grupos de alto riesgo), y la capacitación y supervisión de los prestadores (ejemplo: enfermeras y/o madres). Estas intervenciones dieron como resultado un mayor conocimiento relacionado con la salud y mayor participación de la comunidad y mejoraron la cobertura en la prácticas de inmunización y sanitarias.

Es posible que deban considerarse los incentivos financieros, como las transferencias monetarias condicionadas, si se observa que las barreras relacionadas con lo socioeconómico juegan un rol importante. Esto se debe a que la evidencia, particularmente de los países de medianos y bajos ingresos, indica que podrían tener un impacto en el uso de los servicios de salud [15] (ver Tabla 4 para obtener más detalles). En la Tabla 5 se proporciona un ejemplo ilustrativo de la evidencia sobre los impactos de los incentivos financieros [16].

Si los factores relacionados con el paciente, como la falta de información, parecen ser barreras importantes para la implementación de la política, se deben considerar las intervenciones para mejorar la provisión de información. Una revisión sistemática mostró que las intervenciones en los medios de comunicación, “puede alentar una mayor utilización de los servicios de salud”. Sin embargo, este hallazgo debe abordarse con precaución dado que el estudio se basó casi exclusivamente en estudios de países de altos ingresos [17] y, por consiguiente, no puede aplicarse a otros lugares.

3. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios de conducta necesarios en los profesionales de la salud?

La implementación de una política o programa requerirá con frecuencia cambios en la conducta de los profesionales de la salud responsables de implementarla. Los cambios en la conducta del profesional no siempre ocurren necesariamente de manera automática. Pueden ser necesarios enfoques activos y dirigidos. La identificación de barreras para el cambio o los factores que influyen la práctica profesional pueden ayudar a informar el diseño de las intervenciones para la implementación de la política. Cabana y colegas llevaron a cabo una revisión sistemática de las investigaciones que abordan las barreras para el cumplimiento de las guías entre los médicos [18] e identificaron siete categorías principales de barreras. Estas se pueden utilizar como marco para identificar las barreras para la implementación de la política entre los profesionales de la salud:

- Falta de conciencia
- Falta de familiaridad
- Falta de acuerdo
- Falta de confianza en uno mismo
- Falta de expectativa en los resultados
- Inercia de la práctica anterior
- Barreras externas

En la Tabla 6 se proporcionan ejemplos de cómo identificar las barreras que pueden informar la implementación.

El Grupo de Revisión de Prácticas Efectivas y Organización de la Atención de la Salud (Effective Practice and Organisation of Care [EPOC] Review Group) de la Colaboración Cochrane desarrolló una taxonomía de las intervenciones orientadas al proveedor que proporcionan los aspectos básicos de los tipos de intervenciones que se pueden considerar para los propósitos de la implementación [19]. Estos son:

- Materiales educativos
- Reuniones educativas
- Visitas de alcance educativo
- Líderes de opinión local
- Procesos de consenso local
- Revisión por pares
- Auditoría y devolución (*feedback*)
- Recordatorios y referencias
- Intervenciones adaptadas
- Intervenciones mediadas por el paciente
- Intervenciones multifacéticas

Se evaluaron rigurosamente varias estrategias que tenían como objetivo lograr un cambio de conducta entre los profesionales de la salud [20-23]. Típicamente, éstas tomaron la forma de evaluaciones de estrategias de implementación de las guías orientadas directamente a los profesionales de la salud. La mayoría, pero no todas, se realizaron en países de altos recursos [24]. Los hallazgos demuestran que varias intervenciones pueden influenciar la conducta del profesional de manera efectiva hasta un punto modesto o moderado. Pero las intervenciones pasivas, como la circulación de las guías o la organización de reuniones educativas, parecen tener impactos más pequeños. Las visitas de alcance educativo y las intervenciones multifacéticas que específicamente se orientan a las barreras identificadas para el cambio se encuentran entre los enfoques más prometedores.

Los incentivos financieros se pueden utilizar como un medio de influencia de la conducta del profesional pero éstos se evaluaron casi por completo en lugares de altos recursos. Pueden ser efectivos para influenciar a los profesionales de la salud individuales cuando se proporcionan objetivos simples y bien definidos, como aumentos en la provisión de inmunizaciones, al menos en el corto plazo [25]. Sin embargo, se identificaron varias consecuencias potencialmente negativas de tales programas y el uso de incentivos financieros puede no ser necesariamente costo-efectivo.

Las medidas regulatorias son medios de bajo costo y potencialmente efectivos para obtener cambios en la conducta del profesional; sin embargo, los grupos de profesionales pueden recibirlas en disconformidad [26]. El impacto de las regulaciones per se como medio para lograr un cambio de conducta entre los profesionales de la salud no se revisó sistemáticamente; por consiguiente, el conocimiento disponible sobre su efectividad es limitado [27].

Ver Tabla 7 para obtener ejemplos ilustrativos de la evidencia sobre los efectos de las intervenciones para lograr un cambio de conducta entre los profesionales de la salud [28,29].

4. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios organizacionales necesarios?

Varias estrategias de cambios organizacionales ven las medidas que se debería tomar como pasos en un proceso que conduce al cambio. Definir por qué existe una necesidad de cambio e identificar las barreras para el cambio son tareas que típicamente se incluyen en el proceso.

Pexton propuso una lista de las barreras más comunes para el cambio en la organización y también se puede utilizar como un marco para la identificación de las barreras [30]:

- Complacencia cultural (resistencia o escepticismo)
- Falta de comunicación
- Falta de coordinación y responsabilidad
- Liderazgo pasivo o ausente
- Micro conducción
- Una fuerza laboral sobrecargada
- Sistemas y estructuras inadecuadas

En la Tabla 8 se sugieren maneras de abordar cada uno de estos tipos de barreras.

Algunos ejemplos de las herramientas y enfoques que se recomiendan frecuentemente a las organizaciones que evalúan las preparaciones para el cambio incluyen [31]:

- Modelos analíticos para comprender la complejidad, interdependencia y fragmentación (como el modelo de organización de seis cajas de Weisbord, el modelo 7S, y los modelos de procesos)
- Herramientas para evaluar por qué se necesita un cambio, como el análisis FODA (o SWOT, por sus siglas en inglés)
- Herramientas para determinar quién y qué puede cambiar, como el análisis del campo de fuerzas y la gestión de calidad total
- Herramientas para realizar cambios, como el desarrollo de la organización, la investigación de la acción y la conducción del proyecto

Las estrategias de cambios en la organización más comúnmente utilizadas se basan casi por completo en la teoría, o bien en aplicaciones excepcionales y en opiniones. A veces se complementan con estudios de casos o anécdotas, principalmente de lugares de altos recursos [31]. La evidencia sobre la efectividad de estas estrategias es difícil de obtener, lo que dificulta predecir si es posible que un método específico dé como resultado el cambio deseado en la organización.

Aunque los impactos de esas estrategias de conducción del cambio son inciertos, pueden ser útiles como procesos que permiten la reflexión activa sobre cómo se puede facilitar el cambio en una organización.

5. ¿Qué estrategias se deben considerar al planificar la implementación de una nueva política para facilitar los cambios necesarios en los sistemas?

Cuando se va a implementar una política, puede resultar necesario realizar cambios a nivel general de un sistema de salud. Estos pueden incluir cambios en los arreglos de gobernanza, financieros y de entrega [32]. Por ejemplo, cuando se considera la financiación de una opción de la política, ¿el gobierno debe incurrir en todos los gastos o se necesitan fuentes de financiamiento adicionales? ¿El sistema actual puede afrontar la carga de trabajo logística o burocrática adicional o se necesita un nuevo mecanismo para prestar el servicio? La base de evidencia sobre cómo implementar tales cambios es pequeña: aquellos que tomen decisiones generalmente tendrán que basarse en estudios

de casos y experiencias en otras jurisdicciones. Para cuestiones de implementación de una política en particular, las revisiones pueden resultar útiles, como aquellas que están relacionadas con los costos del aumento de las intervenciones [33] o los factores que pueden afectar la sostenibilidad de los programas de salud [34]. En los aspectos básicos recientes, los autores resumieron la evidencia de revisiones sistemáticas sobre los efectos de los arreglos de gobernanza, financieros y de entrega, y estrategias de implementación que tienen el potencial para mejorar la entrega de intervenciones costo-efectivas en la atención primaria de la salud en países de medianos y bajos ingresos [27].

Cuando se identifica la necesidad de cambios en el sistema, puede resultar útil revisar los componentes de un sistema de salud e identificar dónde se requieren los cambios. La Tabla 9 muestra un marco que se puede utilizar como punto de inicio para tales análisis [35].

CONCLUSIÓN

Una consideración sobre los aspectos de la implementación de la política descrita en este artículo debe permitir que los responsables de la toma de decisiones en políticas y aquellas personas que los respaldan empleen un enfoque estructurado que incluya el uso de los hallazgos de la investigación en el diseño de las estrategias de implementación. Actualmente, los planes de implementación se desarrollan con frecuencia con un criterio *ad hoc*, y raramente están informados por la evidencia disponible. Como el enfoque que se describió en este artículo no se utiliza ampliamente, alentamos el intercambio de experiencias en esta área de la implementación de políticas informadas por la evidencia.

RECURSOS

Documentos útiles y lectura complementaria

Shared decision-making in health care. Achieving evidence-based patient choice (2nd edition, Edited by Edwards A and Elwyn G). Oxford University Press, 2009

Changing Professional Practice (Edited by: Thorsen T and Mäkelä M) Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research and Development, 1999.

www.dsi.dk/projects/cpp/Monograph/DSI9905.pdf

Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice. Oxford: Elsevier, 2005

Fretheim A, Schünemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. Health

Research Policy and Systems 2006, 4:27.
www.health-policy-systems.com/content/4/1/27

NorthStar – how to design and evaluate healthcare quality improvement interventions.
The ReBEQI Collaboration 2005: www.rebeqi.org/northstar

Iles V, Sutherland K. Organisational Change. A review for health care managers, professionals and researchers. 2001. London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.
www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/change-management-review.pdf

Enlaces a sitios web

Banco de Recursos del Grupo de Revisión Cochrane de Consumidores y Comunicación: (www.latrobe.edu.au/chcp/cochrane/resourcebank/index.html) – El Grupo de Revisión Cochrane de Consumidores y Comunicación (Cochrane Consumers and Communication Review Group) forma parte de la Colaboración Cochrane, una organización internacional sin fines de lucro que tiene como objetivo ayudar a las personas a tomar decisiones fundamentadas sobre la atención de la salud. El Grupo de Revisión Cochrane de Consumidores y Comunicación coordina la producción de revisiones sistemáticas de intervenciones que afectan a las interacciones de los consumidores con los profesionales de la salud, servicios e investigadores. Este banco de recursos es una lista de revisiones sistemáticas Cochrane relevantes para las necesidades de participación y comunicación de la salud de las personas, y se produjo buscando manualmente en la *Biblioteca Cochrane*

Grupo de Revisión Cochrane de Prácticas Efectivas y Organización de la Atención de la Salud (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care [EPOC] Review Group): www.epoc.cochrane.org/en/index.html – EPOC es un Grupo Colaborativo de Revisión de la Colaboración Cochrane y produce revisiones sistemáticas de intervenciones educativas, de comportamiento, financieras, reguladoras y organizativas que están diseñadas para mejorar la práctica profesional de atención de la salud y la organización de los servicios de atención de la salud

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

AF preparó el primer borrador. SMB, ADO, JNL y SL contribuyeron en la elaboración y revisión de este artículo.

AGRADECIMIENTOS

Consulte la Introducción de esta serie para ver los agradecimientos a los financiadores y los colaboradores. Además, nos gustaría agradecerle a Valerie Iles por los comentarios útiles sobre una versión anterior de este artículo.

REFERENCIAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.
2. Deskins S, Harris CV, Bradlyn AS, Cottrell L, Coffman JW, Olexa J, *et al*: **Preventive care in Appalachia: use of the theory of planned behavior to identify barriers to participation in cholesterol screenings among West Virginians.** *J Rural Health* 2006, **22**:367-74.
3. Mshana GH, Wamoyi J, Busza J, Zaba B, Changalucha J, Kaluvya S, *et al*: **Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program.** *AIDS Patient Care STDS* 2006, **20**:649-57.
4. Hanson K, Ranson MK, Oliveira-Cruz V, Mills A: **Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up.** *J Int Dev* 2003, **15**:1-14.
5. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, *et al*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.
6. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S9)**.
7. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S11)**.
8. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.
9. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.
10. Green J, Thorogood N: *Qualitative methods for health research*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2004.

11. World Health Organization (WHO): *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization (WHO). 2003.
12. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J: **Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research**. *PLoS Med* 2007, **4**:e238.
13. Santesso N, Ryan R, Hill S, Grimshaw J: *A Taxonomy of Interventions Directed at Consumers to Promote Evidence-based Prescribing and Drug Use*. Poster presentation at The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health Symposium 2007. [www.latrobe.edu.au/chcp/assets/downloads/CADTH07_poster.pdf]. 2007.
14. Oliveira-Cruz V, Hanson K, Mills A: **Approaches to overcoming constraints to effective health service delivery: A review of the Evidence**. *J Int Dev* 2003, **15**:41-65.
15. Lagarde M, Haines A, Palmer N: **Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review**. *JAMA* 2007, **298**:1900-10.
16. Thornton R: **The Demand for, and Impact of, Learning HIV Status**. *American Economic Review* 2008, **98**:1829-63.
17. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S: **Mass media interventions: effects on health services utilisation**. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, **1**:CD000389.
18. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, *et al*: **Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement**. *JAMA* 1999, **282**:1458-65.
19. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group: *Data Collection Check List*. [www.epoc.cochrane.org/Files/Website%20files/Documents/Reviewer%20Resources/datacollectionchecklist.pdf]. 2002.
20. Althabe F, Bergel E, Cafferata ML, Gibbons L, Ciapponi A, Aleman A, *et al*: **Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: an overview of systematic reviews**. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008, **22 Suppl 1**:42-60.
21. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, *et al*: **Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions**. *Med Care* 2001, **39**:II2-45.
22. 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**:iii-72.
23. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K: **The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings**. *J Eval Clin Pract* 2008, **14**:888-97.
24. Haines A, Kuruvilla S, Borchert M: **Bridging the implementation gap between knowledge and action for health**. *Bull World Health Organ* 2004, **82**:724-31.

25. Oxman AD, Fretheim A: *An overview of research on the effects of results-based financing*. Report Nr 16-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.
26. Fretheim A, Havelsrud K, MacLennan G, Kristoffersen DT, Oxman AD: **The effects of mandatory prescribing of thiazides for newly treated, uncomplicated hypertension: interrupted time-series analysis.** *PLoS Med* 2007, **4**:e232.
27. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bastias G, Chopra M, Ciapponi A, *et al*: **Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews.** *Lancet* 2008, **372**:928-39.
28. Uttekar BP, Uttekar V, Chakrawar BB, Sharma J, Shahane S: *Assessment of ASHA and Janani Suraksha Yojana in Orissa*. Vadodora, India, Centre for Operations Research & Training (CORT). 2007.
29. Zwarenstein M, Bheekie A, Lombard C, Swingler G, Ehrlich R, Eccles M, *et al*: **Educational outreach to general practitioners reduces children's asthma symptoms: a cluster randomised controlled trial.** *Implement Sci* 2007, **2**:30.
30. Pexton C: *Overcoming Organizational Barriers to Change in Healthcare*. [www.ftpress.com/articles/article.aspx?p=1327759]. 23-2-2009.
31. Iles V, Sutherland K: *Organisational Change. A review for health care managers, professionals and researchers*. London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. 2001.
32. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364**:1615-21.
33. Johns B, Torres TT: **Costs of scaling up health interventions: a systematic review.** *Health Policy Plan* 2005, **20**:1-13.
34. Gruen RL, Elliott JH, Nolan ML, Lawton PD, Parkhill A, McLaren CJ, *et al*: **Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning.** *Lancet* 2008, **372**:1579-89.
35. Lavis JN, Ross SE, Hurley JE, Hohenadel JM, Stoddart GL, Woodward CA, *et al*: **Examining the role of health services research in public policymaking.** *Milbank Quarterly* 2002, **80**:125-54.

Figura 1. Definición de las necesidades de evidencia

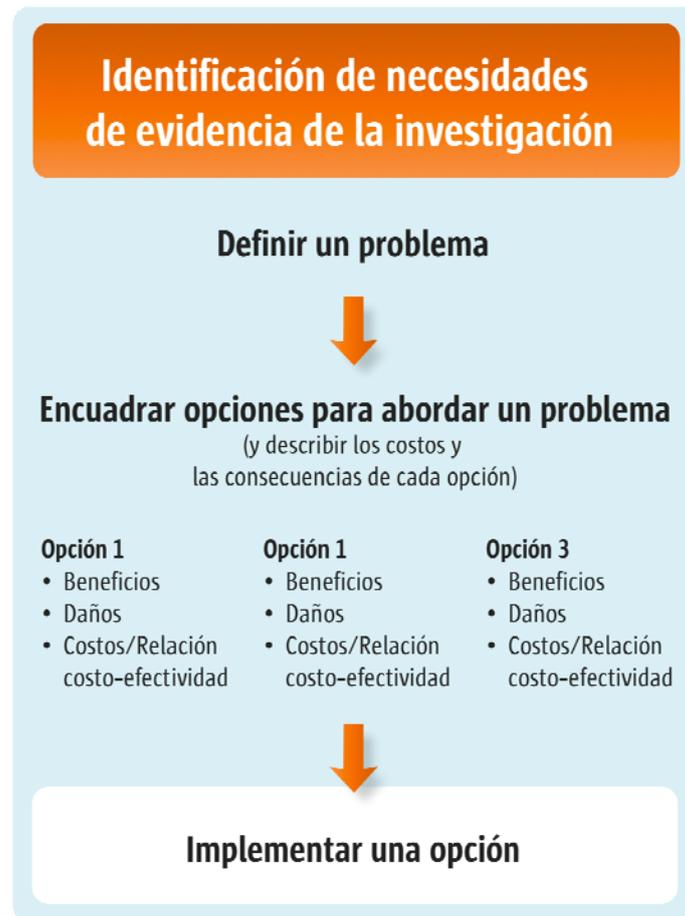


Tabla 1. Ejemplos de cómo se pueden identificar las barreras para la implementación de la política

Acceso a la terapia antirretroviral (ART) en Tanzania [3]

La terapia antirretroviral (ART) está disponible en forma gratuita en determinados hospitales de referencia en Tanzania desde 2005 como parte de la política del gobierno nacional para que dicha terapia esté ampliamente accesible. Sin embargo, el hecho de que los medicamentos estén disponibles no dio como resultado que los pacientes puedan acceder a ellos automáticamente. Para identificar barreras para el acceso a la ART en un lugar en particular donde los medicamentos fueron puestos a disposición, un equipo de investigadores llevó a cabo discusiones de grupos focales con miembros de la comunidad y entrevistas detalladas con los que buscan tratamiento. Los investigadores descubrieron que “el transporte y los costos de alimentos complementarios, la reputación del hospital de referencia por ser poco amistosa y confusa, y las dificultades para sostener un tratamiento a largo plazo limitaría la accesibilidad”. También observaron que un “temor al estigma” encuadró todas las inquietudes [de los pacientes], y plantea desafíos para contactar a especialistas a aquellos que no quisieron revelar su estado o que expresaron renuencia para identificar a un “compañero de tratamiento” según lo requerido por el programa”.

Pruebas de tamizaje de colesterol en los Estados Unidos [2]

Los investigadores estadounidenses examinaron las barreras para la participación en las pruebas de tamizaje de colesterol tanto en adultos como en niños en West Virginia, Estados Unidos. Al utilizar la teoría de “conducta planificada” como un marco conceptual para proporcionar un modelo con el fin de comprender la toma de decisiones dentro de sistemas de creencias y culturas particulares, los investigadores postularon que la intención de un individuo de realizar una acción es un factor central para determinar si un individuo *realizará* esa acción. Los investigadores realizaron entrevistas semiestructuradas utilizando guías para entrevistas diseñadas para obtener información relevante para los constructos clave de la teoría de conducta planificada. Los hallazgos sugieren que las barreras ambientales, financieras y actitudinales afectaron los niveles de participación en estas pruebas de tamizaje de salud. Estas incluyen inquietudes sobre los resultados de las pruebas, el uso de agujas, privacidad, falta de conocimiento en la comunidad y creencias culturales tradicionales locales.

Tabla 2. Limitaciones para mejorar el acceso a las intervenciones de salud de prioridad, por nivel (desde [4])

Nivel de limitación	Tipos de limitación
1. Nivel de la comunidad y la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de demanda de intervenciones efectivas • Barreras para el uso de intervenciones efectivas (físicas, financieras, sociales)
2. Nivel de entrega de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez y distribución de personal debidamente calificado • Orientación técnica, conducción y supervisión del programa débiles • Medicamentos y suministros médicos inadecuados • Falta de equipos e infraestructura, incluida la accesibilidad deficiente a los servicios de salud
3. Nivel de la política del sector de salud y conducción estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas deficientes y demasiado centralizados para la planificación y conducción • Políticas sobre medicamentos y sistema de suministro débiles • Regulación inadecuada de sectores farmacéuticos y privados y prácticas de la industria incorrectas • Falta de acción intersectorial y colaboración para la salud entre el gobierno y la sociedad civil • Incentivos débiles para utilizar aportes de manera eficiente y responder a las necesidades y preferencias del usuario • Dependencia del financiamiento por parte del donante que reduce la flexibilidad y la propiedad • Prácticas del donante que dañan las políticas del país
4. Políticas públicas que impactan en los sectores	<ul style="list-style-type: none"> • Burocracia gubernamental (normas de la administración pública y remuneración, sistemas de conducción centralizados, reformas de la administración pública) • Disponibilidad deficiente de la infraestructura de comunicación y transporte
5. Características ambientales y contextuales	<ul style="list-style-type: none"> • Marco de gobernanza y de la política en general <ul style="list-style-type: none"> – Corrupción, gobierno deficiente, estado de derecho y cumplimiento de contratos débiles – Inestabilidad e inseguridad política – Baja prioridad para los sectores sociales – Estructuras deficientes para la responsabilidad pública – Falta de libertad de prensa

-
- **Ambiente físico**
 - **Predisposición climática y geográfica a una enfermedad**
 - **Ambiente físico desfavorable para la prestación del servicio**
-

Tabla 3. Ejemplos de posibles enlaces entre las barreras y las intervenciones entre los receptores de atención de la salud y los ciudadanos

Barrera identificada para la implementación de la política	Posibles intervenciones para abordar las barreras identificadas
Los programas actuales son poco efectivos o de una efectividad incierta	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar los componentes de programas en curso, así como la evidencia de revisiones sistemáticas relacionada con otras posibles opciones de evidencia de efectividad • Realizar evaluaciones rigurosas de los programas
Satisfacción deficiente ante la atención recibida	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las estrategias basadas en la evidencia para brindar mejor calidad de atención de la salud
Los servicios relevantes no están dentro del alcance físico de algunos pacientes/ciudadanos que los necesitan	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de nuevos servicios • Contratación de nuevo personal • Redistribución de recursos
Negación de la gravedad del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de concientización educativa y comunitaria
Costos de transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de transporte o respaldo financiero para el transporte

Tabla 4. Resumen de hallazgos clave de la revisión sistemática de programas de transferencias monetarias condicionadas en países de medianos y bajos ingresos [15]

- En general, la evidencia sugiere que los programas de transferencias monetarias condicionadas (TMC) son efectivos al incrementar el uso de servicios preventivos para niños y mujeres y, a veces, al mejorar el estado de salud
- Sólo un estudio evaluó el efecto de proporcionar diferentes cantidades de dinero (desde \$1 hasta \$3). El efecto global del aumento prácticamente duplicó la proporción de personas que regresó para obtener los resultados del examen de VIH (el 72% de las personas que recibió incentivos comparado con el 39% de las personas que no recibió)
- Mientras que los flujos de dinero que requieren los programas de TMC pueden ser significativos, el presupuesto de transferencias real puede representar entre el 4 y el 28% de un presupuesto total para el programa
- No se examinó la relación costo-efectividad de los programas de TMC en comparación con las intervenciones de economía clásicas (ejemplo: mejora de la cantidad y la calidad de la infraestructura y los servicios), ya que la mayoría de los programas de TMC se implementaron en lugares con infraestructuras (de salud) relativamente adecuadas
- Pueden ocurrir efectos indeseados e imprevistos. Por ejemplo, un programa informó aumentos inesperados en la tasa de fertilidad cuando se utilizaron TMC, posiblemente porque sólo las mujeres embarazadas eran elegibles para el subsidio

Tabla 5. Ejemplo de evidencia que puede informar el diseño de una estrategia de implementación orientada a los receptores de atención de la salud y a los ciudadanos

Recompensas en efectivo para conocer el estado de VIH en Malawi [16]

Las potenciales barreras para obtener resultados de los exámenes de VIH incluyen los costos monetarios de tiempo y traslado, y los costos psicológicos (por ejemplo: estrés, preocupación y temor o la experiencia del estigma social). Los incentivos monetarios pueden compensar directamente los costos de tiempo y de transporte, y posiblemente cualquier costo psicológico incurrido. En un experimento de campo en Malawi rural, a los individuos se les asignó aleatoriamente incentivos monetarios para conocer los resultados de VIH después del examen. Donde no se ofrecieron incentivos, un tercio de aquellos a los que se les realizó el examen obtuvo los resultados. En contraste, donde se proporcionaron pequeños incentivos monetarios, dos tercios se acercaron para obtener los resultados del examen del VIH.

Tabla 6. Ejemplos de posibles vínculos entre las barreras y las intervenciones en profesionales de la salud

Barrera identificada para la implementación de la política	Posibles intervenciones para abordar las barreras identificadas
Falta de conocimiento	<ul style="list-style-type: none">• Métodos de entrega de información (alcance educativo, capacitación)
Desacuerdo con la política	<ul style="list-style-type: none">• Identificar líderes de opinión que puedan actuar como defensores de la nueva política
Demanda mucho tiempo	<ul style="list-style-type: none">• Ofrecer una compensación económica

Tabla 7. Ejemplos de evidencia que puede informar el diseño de estrategias de implementación orientadas a los profesionales de la salud

Incentivos financieros para que los trabajadores sanitarios legos incrementen los partos institucionales en India [28]

En 2005, el gobierno de India presentó el programa Janani Suraksha Yojana (JSY) que tenía como objetivo reducir la mortalidad materna y neonatal a través de la estimulación de partos institucionales. Los pagos en efectivo a los trabajadores sanitarios legos de la comunidad (ASHA) que asisten partos institucionales en mujeres bajo su cuidado fueron uno de los componentes clave del programa. Desde la presentación del programa, varios estados indios observaron un incremento sustancial en los partos institucionales.

Visitas de promoción educativa para mejorar el tratamiento del asma en Sudáfrica [29]

Los investigadores de Sudáfrica descubrieron que dos visitas de promoción educativa de 30 minutos a los médicos generalistas realizadas por un farmacéutico capacitado dieron como resultado mejoras clínicamente importantes en los puntajes de síntomas en niños con asma.

Tabla 8. Lista propuesta de barreras organizacionales comunes para el cambio (adaptadas de [30])

Barreras	Estrategias para abordar las barreras
Complacencia cultural (resistencia o escepticismo)	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer algunas “ganancias medibles” rápidas para demostrar por qué se necesita el cambio
Falta de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar una estrategia de comunicación orientada a las barreras de comunicación identificadas en la organización
Falta de coordinación y responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Estructuras de conducción apropiadas para el instituto
Liderazgo pasivo o ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer participe a los líderes en los cambios propuestos
Micro conducción	<ul style="list-style-type: none"> • Autorizar al equipo y establecer la visión para la organización entre los miembros del equipo
Fuerza laboral sobrecargada	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar los beneficios de reconsiderar el flujo de trabajo para los miembros del equipo y de utilizar nuevos procesos o tecnologías para reducir pasos que no tienen valor agregado
Sistemas y estructuras inadecuadas	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar estructuras y sistemas apropiados para el instituto para respaldar la iniciativa
Falta de planes de control para medir y sostener los resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar mecanismos para evaluar el progreso y mantener cualquier resultado positivo obtenido

Tabla 9. Varios componentes de los sistemas de salud (adaptado de Lavis et al [35])

Arreglos de entrega	Arreglos financieros	Arreglos de gobernanza
<ul style="list-style-type: none"> • A quién se le brinda la atención de la salud y los esfuerzos que se realizaron para alcanzarlos (como intervenciones para garantizar la atención de la salud culturalmente adecuada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Financiación: ej: cómo aumentan los ingresos para programas y servicios (como por ejemplo a través de esquemas de seguros basados en la comunidad) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridad de la política: ¿quién toma las decisiones sobre la política (si esas decisiones están centralizadas o descentralizadas)?
<ul style="list-style-type: none"> • Quién brinda la atención de la salud (como proveedores que trabajan en forma autónoma en comparación con aquellos que trabajan como parte de equipos multidisciplinarios) 	<ul style="list-style-type: none"> • Financiación: ej: cómo se les paga a las clínicas por los programas y servicios que proporcionan (como por ejemplo a través de los presupuestos globales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridad de la organización: ej: quién es el propietario y administra las clínicas (como por ejemplo si existen clínicas privadas con fines de lucro)
<ul style="list-style-type: none"> • Dónde se proporciona la atención de la salud: ej: si la atención de la salud se brinda en el hogar o en centros de salud de la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneración: ej: cómo se recompensa a los prestadores (como por ejemplo a través del impuesto per capita) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridad comercial: ej: quién puede vender y entregar medicamentos y cómo se regulan
<ul style="list-style-type: none"> • Con qué tecnología de información y comunicación se proporciona la atención de la salud: ej: si los sistemas de registros son favorables para proporcionar la continuidad de la atención de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivos financieros: ej: si a los pacientes se les paga para que cumplan con los planes de atención de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridad profesional: ej: quién está autorizado para proporcionar servicios, cómo se determina el alcance de la práctica y cómo se acreditan

Arreglos de entrega	Arreglos financieros	Arreglos de gobernanza
<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se monitorea la calidad y la seguridad de la atención de la salud: ej: si los sistemas de monitoreo de calidad están vigentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de recursos: ej: si los formularios de medicamentos se utilizan para decidir qué medicamentos reciben los pacientes sin cargo 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación del consumidor y de las partes interesadas: quién está invitado a participar en los procesos de toma de decisiones desde afuera del gobierno y cómo se toman en cuenta los puntos de vista
