

Pautas para una efectiva gestión del cambio en la práctica clínica: estrategias de difusión e implementación de guías de práctica¹

N.T. Moulding²
C.A. Silagy³
D.P. Weller⁴

Resumen

Las teorías de la ciencia social y la ciencia de la conducta pueden hacer una contribución importante al proceso de desarrollo de una trama

Palabras clave

Guías de práctica, teoría del cambio de conducta, trama conceptual.

Keywords

Guidelines; behaviour change theory; conceptual framework.

Hasta recientemente ha habido poca investigación sobre los méritos relativos de las estrategias de diseminación e implementación utilizadas para estimular la adopción de guías de práctica clínica. Sin embargo, actualmente existe evidencia relativa a que el uso de un rango adecuado de estrategias, más allá de la simple información provista a través de la publicación en periódicos o *mailings* generales, puede aumentar de modo significativo las tasas de adopción de guías por parte de los clínicos.

Las revisiones sistemáticas de la evidencia sugieren que es más probable que se adop-

1. Traducido de: *Quality in Health Care*, 1999 8: 177-183

2. Director de Investigación. Department of Evidence-Based Care and General Practice. Universidad Flinders. Australia.

3. Profesor y Jefe de Departamento. Department of Evidence-Based Care and General Practice. Universidad Flinders. Australia.

4. Lector Senior. Department of Evidence-Based Care and General Practice. Universidad Flinders. Australia.

conceptual para mejorar el uso de guías de práctica clínica y el desempeño clínico. Se presenta una trama conceptual para la difusión e implementación de guías de práctica que se utiliza conceptos relevantes de la teoría de difusión de innovación, el modelo transteórico de cambio de conducta, la teoría de la educación en salud, la teoría de la influencia social, y la ecología social, así como evidencia de revisiones sistemáticas de literatura sobre la efectividad de diferentes estrategias de cambio de conducta. La trama enfatiza la necesidad de evaluación previa a la implementación de a) la disposición de los clínicos a adoptar guías en su práctica, b) las barreras al cambio experimentadas por los clínicos, y c) el nivel en el cual las intervenciones deben ser focalizadas. También incorpora la necesidad de intervenciones de fases múltiples, identifica qué tipo de barreras deberán ser consideradas por cada estrategia y desarrolla el concepto de progresión a través de etapas de adopción de guías por parte de los clínicos, con el uso de estrategias de apoyo adecuadamente focalizadas.

El valor potencial del modelo reside en que puede permitir a aquellos comprometidos en el proceso de difusión e implementación de guías de práctica dirigir más efectivamente las estrategias sobre grupos focales. Claramente, la efectividad y utilidad del modelo para facilitar la difusión e implementación de guías requiere validación a través de posterior investigación empírica. Hasta que tal investigación se encuentre disponible, proporciona una trama teórica que puede apoyar la selección de estrategias adecuadas de difusión e implementación de guías de práctica.

Abstract

Theories from social and behavioural science can make an important contribution to the process of developing a conceptual framework for improving use of clinical practice guidelines and clinician performance. A conceptual framework for guideline dissemination and implementation is presented

ten guías de práctica clínica cuando las estrategias de difusión e implementación incorporan determinados rasgos, incluyendo: involucramiento de los clínicos que serán los usuarios finales en el desarrollo de las guías; estrategias de implementación que incluyen una intervención educacional participativa; e integración de las guías en el proceso de atención (por ejemplo, reestructurando las historias clínicas). El elemento más crucial que surge de revisiones sistemáticas es que una estrategia de difusión e implementación de *múltiples facetas* tiene muchas más posibilidades de incrementar la probabilidad de adopción en la práctica que la utilización de una sola intervención. (Davies et al., 1994; Grimshaw y Russell, 1993; Oxman et al. 1995; Davis et al. 1992 y 1995) (Cuadro 1).

En vista de la eficacia de las estrategias de múltiples facetas, es importante la planificación cuidadosa de un rango de intervenciones adecuadas a la instalación clínica y a la norma en particular. La teoría desde la ciencia social y de la conducta puede aumentar nuestra comprensión de la dinámica de los factores que influyen la utilización de guías por parte de los médicos y ayudar a explicar por qué algunas estrategias son más efectivas que otras. De manera ideal, si puede desarrollarse una trama conceptual con capacidad de predecir qué estrategias serán efectivas, esto puede ayudar a proporcionar un modelo para focalizar más efectivamente el uso de estrategias individuales de manera de maximizar su efectividad. No hemos podido encontrar un modelo semejante en la literatura, y por consiguiente, buscamos en este trabajo: a. identificar conceptos teóricos relevantes, y b. aplicar tales ideas para evaluar estrategias de diseminación e implementación de guías de práctica clínica para crear una trama conceptual que pueda fortalecer el uso efectivo de tales estrategias en el futuro.

Teoría social y de la conducta

Este trabajo utiliza cinco cuerpos de teoría social y de la conducta en el desarrollo de esta trama conceptual:

- Teoría de la difusión de innovaciones

which draws on relevant concepts from diffusion of innovation theory, the transtheoretical model of behaviour change, health education theory, social influence theory, and social ecology, as well as evidence from systematic literature reviews on the effectiveness of various behaviour change strategies. The framework emphasis the need for pre-implementation assessment of a) readiness of clinicians to adopt guidelines into practice, b) barriers to change as experienced by clinicians, and c) the level at which interventions should be targeted. It also incorporates the need for multifaceted interventions, identifies the type of barriers which will be addressed bay each strategy, and develops the concept of progression through stages of guideline adoption by clinicians, with the use of appropriately targeted support strategies.

The potential value of the model is that it may enable those involved in the process of guideline dissemination and implementation to direct strategies to target groups more effectively. Clearly, the effectiveness and utility of the model in facilitating guideline dissemination and implementation requires validation by further empirical research. Until such research is available, it provides a theoretical framework that may assist in the selection of appropriate guideline dissemination and implementation strategies.

- Modelo transteórico de cambio en la conducta
- Aspectos de teoría de la educación en salud
- Teoría de la influencia social
- Ecología Social

Se han realizado con anterioridad intentos para vincular teoría y evidencia en relación al estímulo de la utilización de guías en la práctica. Por ejemplo, Grol (1997) ha desarrollado un modelo para implementar el cambio que involucra un proceso clínico desarrollado en varios pasos, incluyendo identificación de obstáculos al cambio y vinculación de intervenciones y obstáculos. Robertson et al. (1996) desarrollaron una trama psicológica para cambiar la conducta clínica de los médicos, mientras Prochaska et al. (1994) examinaron las etapas de cambio en el contexto de conductas problemáticas. Otros trabajos han examinado el rol más amplio de la evidencia sobre la conducta de cambio en atención de salud (Firth-Cozens, 1997, Stocking, 1995; Stocking, 1993).

Este artículo amplía ese trabajo anterior sugiriendo una modelo de implementación para las diferentes etapas teóricas del cambio. Vincula específicamente la teoría social y de la conducta con la investigación sobre desarrollo e implementación de guías.

1. Teoría de la difusión de innovaciones

Esta teoría deriva de la teoría de la comunicación, y describe el proceso por el cual una innovación es comunicada a través de determinados canales a lo largo del tiempo a los miembros de un sistema social (Schramm y Lerner, 1978). Una “innovación” es definida como una idea, práctica u objeto que es percibido como nuevo (Rogers, 1983).

CONCEPTOS TEÓRICOS CLAVE PARA ESTIMULAR Y MANTENER LA ADOPCIÓN DE GUÍAS

- 1 EL CAMBIO DE CONDUCTA ES UN PROCESO
- 1 LOS AGENTES DE CAMBIO DEBEN IDENTIFICARSE CON LAS PREOCUPACIONES DE LOS CLÍNICOS
- 1 ES IMPORTANTE EVALUAR LA ETAPA DE DISPOSICIÓN AL CAMBIO Y LA NATURALEZA ESPECÍFICA DE LAS BARRERAS AL CAMBIO
- 1 ESTRATEGIAS DE CAMBIO MÚLTIPLES SON MÁS EFECTIVAS QUE ESTRATEGIAS SINGULARES
- 1 LA EDUCACIÓN CLÍNICA DEBE INCLUIR UNA FOCALIZACIÓN SOBRE DESARROLLO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y DESTREZAS
- 1 LAS ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DEBEN SER INTERACTIVAS Y PARTICIPATIVAS
- 1 LA INFLUENCIA SOCIAL PUEDE SER UN PODEROSO FACILITADOR O INHIBIDOR DEL CAMBIO
- 1 EL APOYO AMBIENTAL ES CRUCIAL PARA EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL CAMBIO

Cuatro etapas de adopción de innovación son identificadas en este modelo (Rogers y Shoemaker, 1971):

- La *fase de conocimiento* que implica aprendizaje sobre la innovación

- La *etapa de persuasión* que supone la formación de actitudes individuales positivas o negativas sobre la innovación.

- Luego el individuo verifica la aceptabilidad de la innovación en la *etapa de decisión*.

- La *etapa final* está caracterizada por la adopción o rechazo de la innovación.

Cinco diferentes categorías son identificadas en la teoría, y estas son: 1. innovadores tempranos, 2. adoptantes tempranos, 3. una mayoría temprana, 4. una mayoría tardía, y 5. adoptantes tardíos.

La teoría de la difusión de innovaciones pone el énfasis en el rol del “agente de cambio” que es el individuo o individuos que intentan influenciar decisiones sobre la adopción de una innovación. Se argumenta que el agente de cambio debe identificarse con las preocupaciones del grupo focal (Macdonald, 1992).

Relevancia para el desarrollo de guías e implementación

Es probable que el desarrollo de una nueva pauta sea percibido entre los clínicos como una innovación. Conroy y Shannon consideran que es probable que los innovadores y adoptantes tempranos, que responden tempranamente a la guía incluyan líderes de opinión. Los grupos de mayoría temprana y tardía pueden ser más escépticos y estar más influenciados por pares y líderes de opinión, y los adoptantes tardíos pueden requerir estímulo extra en términos de incentivos y recursos (Conroy y Shannon, 1995). Estos autores enfatizan que las estrategias de apoyo en marcha necesitan ser mantenidas con clínicos en cada una de las categorías de adoptantes.

Los líderes de opinión son a menudo utilizados para estimular la adopción entre médicos; es importante que sean percibidos como estando identificados con las preocupaciones de los clínicos, antes que con las de las agencias exter-

nas. Las normas parecen más aceptables a los médicos si son respaldadas o promovidas por un par respetado (Felch y Scanlon, 1997; Hayward et al. 1996).

Sin embargo la teoría de la difusión de la innovación supone una conceptualización esencialmente racional de la conducta, donde el conocimiento y la actitud de cambio por sí solos son considerados conduciendo a la práctica de cambio (Macdonald, 1992). El rol de otros factores tales como auto-eficacia (o auto confianza) y la necesidad de desarrollar primero las destrezas necesarias para emprender el cambio de conducta no son abordados y esto limita la aplicación de la teoría.

2. Modelo transteórico de cambio de conducta

El modelo transteórico de cambio de conducta, referido a menudo como el modelo de la “disposición al cambio”, es una muy reconocida teoría de cambio de conducta con una amplia conceptualización de los factores que influyen el cambio. La verificación del modelo ha demostrado su confiabilidad y efectividad en mejorar la práctica de los médicos. Prochaska y DiClemente (1983) sugieren que el cambio de conducta es un proceso continuo compuesto de cinco etapas principales: 1. pre-contemplación, 2. contemplación, 3. preparación, 4. acción y 5. mantenimiento. Moverse a través de las etapas de pre-contemplación a contemplación supone cambio de conocimiento y actitudes. Moverse desde contemplación a las fases de preparación y acción, supone cambios en procesos emocionales, creencias positivas sobre auto eficacia para emprender el cambio, y el desarrollo de las destrezas necesarias. La progresión hacia la fase de mantenimiento implica la reestructuración del ambiente en el cual se produce la conducta y la provisión de apoyo social y sistemas de recompensas (Prochaska y DiClemente, 1983).

Relevancia para el desarrollo de guías e implementación

Aunque las etapas de disposición al cambio de alguna manera son paralelas a las categorías de adoptantes de la teoría de difusión de la innovación, las eta-

pas de la primera teoría comprenden el concepto de cambio como un proceso y enfatiza la necesidad de focalizar apropiadamente las estrategias de cambio según la disposición individual; en este sentido, el modelo transteórico proporciona una mejor pauta para seleccionar estrategias para la difusión e implementación de guías. El énfasis de esta teoría en la utilización de una rango de estrategias para estimular el cambio puede también ayudar a explicar por qué la difusión e implementación de guías con múltiples facetas ha sido más exitosa que las estrategias singulares.

Cohen et al. (1994) se apoyan directamente sobre el modelo de disposición al cambio para implementar normas en los EE.UU. evaluando la disposición para el cambio de grupos de médicos a través de la implementación de un cuestionario seguido por estrategias de intervención focalizadas. Este instrumento evaluativo puede ser modificado adecuadamente y aplicado en otras instalaciones para ayudar a determinar la proporción de médicos en cada etapa y el *mix* apropiado de estrategias de difusión e implementación.

La aplicación de este modelo conduce a la exigencia de una evaluación en profundidad de la exacta naturaleza de las barreras para el uso de conjuntos particulares de guías; esto ayudará a determinar más específicamente qué estrategias son adecuadas. Wensing y Grol (1994) sugieren que los médicos enfrentan una rango de este tipo de barreras para la utilización de guías; estas incluyen barreras asociadas con competencia, tales como brechas en el conocimiento, barreras sociales, tales como actitudes negativas hacia una pauta, o barreras organizativas tales como una falta de apoyo clínico adecuado. La evaluación de la naturaleza exacta de las barreras al uso de guías puede ser emprendida a partir de diferentes medios, tales como encuestas a clínicos con el uso de cuestionarios, entrevistas, o consultas a grupos (Gupta et al. 1997). El uso de métodos cualitativos proporciona un cuadro más detallado y completo de las necesidades de los médicos individualmente considerados. Marshall (1998), por ejemplo, utilizó entrevistas semiestructuradas y grupos focales para determinar las principales barreras para interacciones educacio-

nales efectivas entre médicos generales y especialistas. Encontró que los médicos generales querían obtener información relacionada con su propia práctica y utilizar las referencias como un instrumento de aprendizaje mientras los especialistas querían concentrarse sobre nuevos desarrollos; las intervenciones educativas debían por consiguiente haber sido diferentes para cada grupo. McCol et al. (1998) encuentran que la principal barrera para el cambio entre los médicos generales en la región de Wessex, Inglaterra, fue la falta de tiempo personal.

3. La teoría de la educación en salud

Un postulado central de la teoría de la educación en salud y un concepto que es incorporado en el modelo transteórico es que el cambio de conducta no puede tener lugar si no se presta atención a las brechas entre conocimiento y destrezas (Green et al., 1980). Green et al. argumentan que debe hacerse una cuidadosa evaluación de las necesidades en educación de los individuos en esos términos, antes de que pueda producirse el cambio de conducta. Otro postulado de esta teoría es que el impacto positivo de la educación es proporcional al grado de participación activa antes que pasiva del educando, para tomar en consideración influencias de política, regulación y organización. Así, es necesario que los procesos educativos incorporen elementos de participación interactivos así como provisión de información. La enseñanza que estimula el aprendizaje basado en problemas es un ejemplo de enfoque interactivo para desarrollar destrezas diagnósticas y clínicas en medicina y enfoques autodirigidos, “basados en evidencia”, para la enseñanza clínica parecen ser sustentables a lo largo del tiempo. (Evidence-Based medicine. Working Group, 1992).

Relevancia para el desarrollo de guías e implementación

En línea con la conceptualización racional de la conducta propia de la teoría de la difusión de innovación, las barreras para la adopción de guías motivadas en la competencia han sido consideradas tradicionalmente en términos

de brecha en el conocimiento de los profesionales sobre determinadas pautas. Los esfuerzos para corregir este problema han implicado ampliamente la provisión de información impresa o sesiones educativas. Estos esfuerzos han tenido éxito limitado (Davies et al., 1994; Davis et al., 1992 y 1995). La teoría de la educación en salud ilumina la necesidad de desarrollo interactivo de guías y estrategias de implementación; estos pueden incluir, por ejemplo, discusión de grupos más que confianza en la lectura tradicional de la información provista. En realidad, un rango de estrategias de implementación son consistentes con este modelo; un recordatorio de la atención adecuada, por ejemplo, puede ser considerado un factor de refuerzo.

4. Teoría de la influencia social

La teoría de la influencia social enfatiza el rol de los otros en la toma de decisiones sobre la conducta, postulando que factores tales como costumbre, hábito, supuestos y creencias sobre pares y prácticas prevalecientes, y normas sociales modelan la interpretación de información provista a través de la educación (Mittman et al., 1992). Estas costumbres pueden cambiar a lo largo del tiempo y entre diferentes lugares, de modo que un conocimiento local en profundidad es importante cuando se hacen evaluaciones de barreras sociales potenciales para la adopción de guías (Mittman et al., 1992).

Hay creciente interés en las formas a través de las cuales la cultura médica determina las creencias de los clínicos, y en cómo estas, a su vez, influyen la práctica. Por ejemplo, los valores humanísticos de la medicina pueden ser conflictivos con el énfasis científico de la atención basada en la evidencia. Haines y Rogers (en prensa) argumentan que una cultura de práctica basada en la evidencia necesita ser desarrollada en el interior del contexto más amplio de otros valores importantes en medicina, en particular los valores humanísticos que enfatizan la atención holística, centrada en el paciente, y que se apoya en la experiencia personal y subjetiva del mismo paciente. Sin embargo, la medida en la cual estos valores son construi-

dos dicotómicamente en medicina puede funcionar como un obstáculo para los clínicos que intentan mejorar su práctica. Un examen adicional de las complejidades de la cultura médica y de cómo los médicos intentan adecuar valores aparentemente opuestos, puede proporcionar elementos importantes sobre los dilemas que los clínicos enfrentan en su búsqueda de mejorar la práctica.

Relevancia para el desarrollo de guías e implementación

Es importante examinar qué valores y actitudes pueden operar como barreras sociales para el uso de guías; ellos son a menudo pasados por alto cuando se planifica la diseminación e implementación de guías y la teoría de la influencia social puede ayudar a ampliar nuestra comprensión de los procesos sociales que tienen influencia en el éxito de la implementación de normas.

La percepción de opiniones de pares y líderes de opinión pueden jugar un rol importante influenciando las actitudes de los médicos individualmente considerados (Hayward et al., 1996; Felch y Scanlon, 1997), y más importante aún, sus decisiones para actuar frente a nueva información. Los efectos de la influencia social sobre las práctica de los clínicos también comprometen a pacientes y otros profesionales de salud. Otros grupos con algún interés en normas incluyen los planificadores, investigadores, la prensa y la industria de atención médica (por ejemplo, los aseguradores) y su influencia debe ser tenida en cuenta cuando se planifica el desarrollo e implementación de normas (Van Amringe y Shannon, 1992).

Por consiguiente las estrategias basadas en la influencia social para la implementación de guías podría incluir participación académica directa (visitas personales a los médicos en su práctica por parte de una persona entrenada), educación de grupo, el uso de líderes de opinión y estrategias de educación masiva tales como publicaciones en periódicos o campañas (Conroy y Shannon, 1997). Las intervenciones sobre los pacientes, tales como materiales educativos destinados a ellos se han mostrado efectivas en las estrategias de implementación de guías (Davis et al., 1995).

La importancia de la influencia social en la formación de actitudes y la decisión sobre la práctica ilumina la importancia de construir acuerdos en torno a guías de práctica a través de procesos de consulta como parte de cualquier estrategia de implementación. Algunos estudios informan que la implementación fracasa en algunas ocasiones, debido a la existencia entre los profesionales de altos niveles de desacuerdo o ambivalencia sobre las recomendaciones (Day et al., 1995).

El efecto de la influencia social puede explicar parcialmente por qué las estrategias de implementación de guías, tales como participación académica y el uso de líderes de opinión, parecen ser estrategias de cambio relativamente efectivas por derecho propio (Wensing y Grol, 1994; Thomson et al. 1997a; Thomson et al., 1997b). Puede también avanzar hacia la explicación de por qué el compromiso del médico en la adaptación de las pautas a los contextos locales aumenta la adopción, en vinculación con el sentido de propiedad que brinda la participación.

5. La teoría de la ecología social

El contexto ambiental en cuyo interior los clínicos desarrollan su práctica es un determinante clave de la adopción de guías. La teoría de la conducta, que se ocupa de las condiciones de operación, enfatiza la importancia del contexto ambiental, sugiriendo que las influencias y reforzamientos ambientales son centrales en el estímulo y mantenimiento de la conducta (Skinner, 1938). La limitación de este enfoque, sin embargo, se expresa en su tendencia a ubicar al individuo como un receptor pasivo de fuentes externas de estímulos. La teoría más reciente de la promoción de salud focaliza sobre la interrelación entre individuos y sus ambientes físicos y socioculturales. Stokols (1992) utiliza una perspectiva "socio-ecológica" para describir los procesos por los cuales los ambientes influyen la conducta del individuo y, a su vez, los individuos modifican e influyen sus ambientes. En el interior de este enfoque, las interacciones están caracterizadas por ciclos de influencia mutua, donde los ambientes tienen un

impacto sobre la conducta y los individuos alteran su ambiente a través de acción individual y colectiva. Un enfoque "sinérgico" que enfatiza intervenciones de múltiples niveles para apoyar el cambio de conducta es más probable que se produzca y sea mantenido a través de cambios complementarios a nivel social y ambiental, y, a su vez, los cambios en las creencias y conductas de los individuos refuerzan el apoyo para el cambio social y ambiental (Stokols, 1992).

Relevancia para el desarrollo de guías e implementación

Los apoyos ambientales y organizativos que posibilitan y refuerzan el uso de guías operan en dos niveles. En el nivel clínico, las estrategias que integran guías al proceso de atención, tales como los recordatorios provistos a través de sistemas computarizados de apoyo a la decisión, se han mostrado capaces de proporcionar un importante apoyo ambiental para el cambio así como una oportunidad para el aprendizaje de nuevas destrezas y beneficios en conocimiento (Elson y Connelly, 1995; Johnston et al., 1994). Elson y Connelly (1995) informan sobre diferentes estudios que muestran que la conducta de los profesionales vuelve a la línea de base después que se retira el apoyo computarizado para la decisión, indicando la importancia de este tipo de apoyo. La atención dedicada al apoyo organizativo debe también incluir la determinación del punto en el cual los médicos requieren información. Por ejemplo, los recordatorios serán efectivos solo si la falta de información en el momento de la atención constituye una causa significativa de desempeño pobre (Osman et al., 1992). La consulta intensiva con los médicos es requerida para determinar con seguridad el apoyo ambiental adecuado.

Las barreras organizativas a la adopción de guías existe también más allá del ambiente clínico inmediato. Por ejemplo, el uso de incentivos, regulación y la existencia de programas coordinados para el desarrollo e implementación de guías pueden ser importantes determinantes de la utilización de las normas en la práctica. El desarrollo de programas formales de elaboración de

guías, con un *mix* de coordinación central e involucramiento de profesionales locales parece maximizar la probabilidad de incorporación a la práctica (Petrie et al., 1995).

La evaluación de la necesidad de apoyo ambiental es sin duda de importancia central en el estímulo para la adopción de guías, y lo es de manera particular en relación a la etapa de mantenimiento del cambio de conducta. En línea con la perspectiva de la ecología social, la provisión de apoyo ambiental puede ayudar a construir actitudes positivas entre profesionales individuales, esto a su vez fortalece el impulso para el cambio social y ambiental posterior, conducente a una práctica basada en la evidencia.

Una trama conceptual para la difusión e implementación de guías

Sobre la base de nuestra revisión de la teoría del cambio de conducta, hemos identificado nueve conceptos teóricos clave que son los más relevantes para el éxito del desarrollo e implementación de guías para la práctica clínica, y que conforman nuestro modelo conceptual (Cuadro 2). Estos son:

- El cambio de conducta es un proceso a través del cual los médicos pueden progresar con la ayuda de intervenciones adecuadas que estimulan el paso de una etapa a la siguiente.
- Aquellos comprometidos en el estímulo a la adopción de guías entre los médicos, los “agentes de cambio”, pueden identificarse con las preocupaciones de los clínicos —un medio de lograrlo es el involucramiento de un profesional usuario final en la adaptación de guías—.
- La evaluación de la etapa de disposición al cambio de los médicos,

en términos de la adopción de guías, puede asistir el proceso de selección de estrategias de difusión e implementación.

- La naturaleza específica de las barreras al cambio debe también ser evaluada como parte de la determinación de estrategias de cambio adecuadas.
 - Métodos múltiples de difusión e implementación de guías deben ser empleados con preferencia a los singulares, sobre la premisa de que los profesionales se encontrarán en diferentes etapas de cambio y enfrentarán diversas barreras a la utilización de guías.
 - La educación clínica para estimular la adopción de guías debe incluir un eje en conocimiento, actitudes y desarrollo de destrezas.
 - Las estrategias educativas deben incluir actividades interactivas y de participación.
 - La influencia social de las actitudes de los pares y los líderes de opinión puede ser un poderoso facilitador o inhibidor del cambio de conducta.
 - El apoyo ambiental es un elemento central para estimular y mantener la adopción de guías.
- Operando sobre estos conceptos clave, así como a partir de la evidencia de las revisiones de la literatura sobre la efectividad de las estrategias de difusión e implementación, hemos desarrollado una trama conceptual de cinco pasos para la difusión e implementación exitosa de guías. La trama incorpora la noción de evaluación de necesidad previa a la intervención, así como el concepto de focalización de estrategias sobre el nivel de intervención ubicado en el individuo/ grupo/ o población, basándose en el trabajo de Lomas y Haynes (1998). La Tabla 1 despliega en detalle la trama conceptual, categorizando diferentes estrategias de difusión e

PASOS EN LA TRAMA CONCEPTUAL

- 1 **PRIMER PASO:** EVALUACIÓN DE LA ETAPA DE DISPOSICIÓN AL CAMBIO EN QUE SE ENCUENTRA EL MÉDICO
- 1 **SEGUNDO PASO:** EVALUACIÓN DE BARRERAS ESPECÍFICAS PARA EL USO DE GUÍAS
- 1 **TERCER PASO:** DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE INTERVENCIÓN ADECUADO
- 1 **CUARTO PASO:** DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN
- 1 **QUINTO PASO:** EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

TABLA 1

**TRAMA CONCEPTUAL DE DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE NORMAS
ESTRATEGIAS SUGERIDAS PARA EVALUAR BARRERAS AL CAMBIO**

ETAPA DE DISPOSICIÓN AL CAMBIO	INDIVIDUO/GRUPO	POBLACIÓN
PRE-CONTEMPLACIÓN / CONTEMPLACIÓN	USO DE LÍDERES DE OPINIÓN LOCALES. PROVISIÓN DE INFORMACIÓN INDIVIDUALIZADA, POR EJEMPLO, INTERVENCIÓN ACADÉMICA (COMPETENCIA/SOCIAL) DISCUSIONES DE PEQUEÑO GRUPO	DIFUSIÓN DE NORMAS DE PRÁCTICA CLÍNICA A TRAVÉS DE MAIL, INTERNET, Y/O PUBLICACIÓN EN REVISTAS (COMPETENCIA). ADOPCIÓN DE POLÍTICA OFICIAL (POR EJEMPLO LA POLÍTICA NACIONAL DE SCREENING CERVICAL) (COMPETENCIA/SOCIAL). USO DE LÍDERES DE OPINIÓN NACIONALES (SOCIAL)
PREPARACIÓN / ACCIÓN	EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA INNOVADORA (PARTICIPATIVA, FACILITADORA DEL DESARROLLO DE DESTREZAS) (COMPETENCIA/SOCIAL) MODIFICACIÓN DEL AMBIENTE DE PRÁCTICA PARA FORTALECER LA TOMA DE DECISIONES (POR EJEMPLO, DISPONIBILIDAD DE SISTEMAS DE COMPUTACIÓN) (ORGANIZACIONAL) EDUCACIÓN DEL PACIENTE A NIVEL CLÍNICO - NO INTERACTIVA E INTERACTIVA (COMPETENCIA/SOCIAL) INVOLUCRAMIENTO DEL USUARIO FINAL EN EL DESARROLLO/ADAPTACIÓN DE NORMAS (COMPETENCIA/SOCIAL)	EDUCACIÓN PÚBLICA A TRAVÉS DE CAMPAÑAS EN LOS MEDIOS (COMPETENCIA/SOCIAL) REGULACIÓN GUBERNAMENTAL (ORGANIZACIONAL/SOCIAL)
MANTENIMIENTO	AUDITORÍA Y FEEDBACK (ORGANIZACIONAL/ COMPETENCIA) SISTEMAS DE RECORDATORIO (POR EJEMPLO UTILIZACIÓN DE PERSONAL DE APOYO, RECORDATORIOS GENERADOS POR COMPUTACIÓN) (ORGANIZACIONAL) SISTEMAS DE REGISTRO COMPUTARIZADOS (ORGANIZACIONAL)	FEEDBACK SOBRE DATOS DE PATRONES DE PRÁCTICA (COMPETENCIA/SOCIAL) FEEDBACK SOBRE DATOS DE RESULTADOS EN SALUD (COMPETENCIA) RECORDATORIOS POR MAIL A CLÍNICOS Y PACIENTES (ORGANIZACIONAL)

implementación para el nivel de intervención, las barreras identificadas y la etapa de cambio asociada con la cual se vincula fundamentalmente cada estrategia. En resumen, los cinco principales pasos definidos por el modelo son los siguientes:

Paso 1. Evaluación de la etapa de disposición al cambio en que se encuentran los profesionales

Esta evaluación ayudará a asegurar un mix adecuado de estrategias de difusión e implementación. Diferentes tipos de estrategias de cambio deben ser articuladas en cada etapa. Una instrumentación evaluativa tal como la desarrollada por Cohen et al. (1994) debería proporcionarse a los médicos para proveer feedback o disposición a adoptar diferentes conjunto de guías.

Paso 2. Evaluación de barreras específicas para el uso de guías

La evaluación de la naturaleza específica de las barreras basadas en la competencia, así como las de origen social u organizacional para el uso de

guías, garantizará posteriormente la selección de estrategias adecuadas. La evaluación puede ser realizada a partir de diferentes medios, tales como encuestas a los clínicos con la utilización de cuestionarios, entrevistas o consultas a grupos. El uso de métodos cualitativos proporcionará un cuadro más detallado y completo de las necesidades de los médicos. Pueden ser consultados otros grupos relevantes como pacientes, otros profesionales de salud y líderes de opinión.

Paso 3. Determinación del nivel de intervención adecuado

Es importante realizar una evaluación acerca de qué nivel de intervención —individuo/ grupo/ o población— abordará mejor las barreras identificadas y la etapa de disposición al cambio en que se encuentran los clínicos, antes de diseñar los programas de difusión e implementación. Por ejemplo, puede ser innecesario utilizar líderes de opinión de nivel nacional cuando la mayoría de los médicos están ya positiva-

mente dispuestos en relación a una pauta particular. Puede ser importante, sin embargo, trabajar a nivel local con grupos específicos de médicos, donde haya un apoyo menor.

Paso 4: Diseño de estrategias de difusión e implementación

Las estrategias pueden ser seleccionadas y diseñadas sobre la base de la evaluación descrita. Aunque nuestra trama conceptual diferencia en algún detalle qué estrategias tienen la probabilidad de tener el mayor impacto en cada etapa de cambio, no intentamos implicar que, por ejemplo, el uso de líderes de opinión solo influenciará a aquellos médicos en la etapa de precontemplación/contemplación. En cambio, se teoriza que el uso de líderes de opinión tendrá el mayor impacto sobre los individuos en esta etapa porque las estrategias que procuran trabajar sobre los factores de actitudes y conocimiento predisponentes se han mostrado importantes en las primeras etapas de cambio.

Paso 5. Evaluación

Evaluar la efectividad de estas estrategias en el cambio de la conducta de los médicos es un componente vital del proceso. La evaluación puede también ser estimulada para determinar cómo pueden ser utilizadas las estrategias en una instalación hospitalaria para implementar cambios. El tipo de instrumento de evaluación a utilizar dependerá de la instalación y tipo de estrategia en juego.

Discusión

Nuestra trama se construye sobre un cuerpo sustantivo de literatura que examina la difusión y adopción de guías, y recoge elementos clave de la teoría social y la teoría de la conducta para apoyar una comprensión adicional de estos complejos procesos. Creemos que cada una de las etapas que hemos descripto puede ser vinculada a estrategias prácticas para apoyar los esfuerzos de desarrollo e implementación de guías. Por ejemplo, en una instalación hospitalaria, las estrategias pueden incluir: 1. encuestas al personal de la institución, tal vez en forma de entrevistas personales, para evaluar la disposición al cambio; 2. las barreras organizacionales en el interior de una instalación pueden ser evaluadas a través de entrevistas con

personal administrativo y clínico clave; pueden también examinarse las perspectivas de grupos e individuos por fuera del ambiente hospitalario inmediato pero con relaciones de referencia cercanas; 3. la determinación de niveles apropiados de intervención puede ser abordada a través de cuidados análisis de los materiales obtenidos en los pasos 1 y 2 y la consulta adicional con decisores clave en el interior del hospital; 4. el diseño de estrategias de difusión e implementación puede tomar en cuenta la evaluación de calidad existente o las estrategias de diseminación de información, o ambas en el interior del hospital; y 5. los mecanismos de evaluación pueden ser contruidos sobre mecanismos existentes de auditoría y *feedback*.

Es necesario enfatizar que muchos de estos pasos son dependientes de los recursos pero, dado que su diseño se apoya en la teoría social y la teoría de la conducta, proporcionan algunos principios orientadores.

Conclusión

Nuestra trama conceptual aprovecha varios constructos teóricos discutidos en este artículo. La evaluación previa a la intervención de la disposición de los médicos para el uso de guías se basa en el modelo transteórico del cambio de conducta. La evaluación de la naturaleza específica de las barreras sociales, organizacionales y basadas en la competencia surge de las ideas de Wensing y Grol, y la discusión de los constructos desde la teoría de la educación en salud, la teoría de la influencia social y la teoría de la ecología social ayuda a ilustrar la importancia de ocuparse de tales barreras. También aprovechamos el concepto de estrategias focalizadas en el nivel de intervención correspondiente a individuo/grupo/ o población.

El valor potencial de la trama es que puede permitir a aquellos comprometidos en el proceso de difusión e implementación de normas focalizar más efectivamente las estrategias disponibles conforme a una evaluación de las etapas de cambio y las barreras específicas en operación. La focalización de estrategias puede ser beneficiosa en muchas instalaciones, especialmente en aquellas donde se acuerda importancia

a tiempo y dinero. Claramente, la efectividad y utilidad del modelo requiere validación por investigación empírica adicional. Hasta que tal investigación se encuentre disponible, consideramos que proporciona una trama teórica completa y operativa que puede asistir el proceso de seleccionar y focalizar más adecuadamente las estrategias de difusión e implementación.

Bibliografía

- Cohen S, Halvorson JW, Gosselind CA. 1994. "Changing physician behaviour to improve disease prevention". *Prev.Med.* 23: 284-290.
- Conroy M, Shannon W. 1995. "Clinical guidelines: their implementation in general practice". *Br.J.Gen.Pract.* 42: 371-375.
- Davies J, Freemantle N, Grimshay J, et al. 1994. "Implementing clinical practice guidelines; can guidelines be used to improve clinical practice?" *Effective Health Care* 8: 1-12.
- Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, et al. 1995. "Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies". *JAMA* 274: 700-705.
- Day F, Hoang LP, Ouk S, et al. 1995. "The impact of a guideline-driven computer-charting system on the emergency care of patients with acute low back pain". *Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care*: 576-80.
- Elson RB, Connely DP. 1995. "Computerized patient records. in primary care". *Arch.Fam.Med.* 4: 698-705.
- Evidence-Based Medicine. Working Group. 1992. "Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine". *JAMA* 268: 2420-2425.
- Felch WC, Scanlon DM. 1997. "Bridging the gap between research and practice: the role of continuing medical education". *JAMA* 277: 155-156.
- Firth-Cozens J. 1997. "Healthy promotion: changing behaviour towards evidence-based health". *Quality in Health Care* 6: 205-211.
- Green L, Kreuter M, Deeds S, et al. 1980. *Health education planning: a diagnostic approach*. Palo Alto, California: Mayfield Press.
- Grimshaw JM, Russell IT. 1993. "Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations". *Lancet* 342: 1317-1322.
- Grol R. 1997. "Beliefs and evidence in changing clinical practice". *BMJ* 315: 418-421.
- Gupta L, Ward J, Hayward RSA. 1997. "Future directions for clinical practice guidelines: need, lead agencies and potential dissemination strategies identified by Australian general practitioners". *Aust. NZ. J. Public Health* 316: 495-496.
- Haines A, Rogers S. "Summary and future prospects". In: Silagy C, Haines A. (eds.) (en prensa) *A guide to evidence-based health care*. Londres, BMJ Publishing Group.
- Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, et al. 1996. "Practice guidelines: what are internists looking for?" *J.Gen.Intern.Med.* 11: 176-178.
- Johnston ME, Langton KB, Haynes B, et al. 1994. "Effects of computer-based clinical decision support systems on clinical performance and patient outcome: a critical appraisal of the research". *Ann.Intern.Med.* 120: 135-142.
- Lomas J, Haynes B. 1988. "A taxonomy and critical review of tested strategies for the application of clinical practice recommendations: form "official" to "individual" clinical policy". *Am. J.Prev.Med.* 4: 77-94.
- Macdonald G. 1992. "Communication theory and health promotion". In: Bunton R, Macdonald G (eds.) *Health promotion: disciplines and diversity*. Londres, Routledge.
- Marshall MN. 1998. "Qualitative study of education interactions between general practitioners and specialists". *BMJ* 316: 442-445.
- McCull A, Smith H, White P, et al. 1998. "General practitioners' perceptions of the route to evidence-based medicine: a questionnaire survey". *BMJ* 316: 361-365.
- Mittman BS, Tonesk X, Jacobsen PD. 1992. "Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behaviour change". *Quality Review Bulletin* 18: 413-422.
- Oxman AD, Thomson MA, Davis DA et al. 1995. "No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice". *CMAJ* 153: 1423-1431.
- Petrie JC, Grimshaw JM, Bryson A. 1995. "The Scottish intercollegiate guidelines network initiative: SIGN - getting validated guidelines into practice". *Health Bull.* 53: 345-348.
- Prochaska JO, DiClemente CC. 1983. "Stages and processes of self change of smoking; toward an integrative model of change". *J.Consult.Clin.Psycho.* 51: 390-395.
- Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, et al. 1994. "Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours". *Health Psychol.* 13: 39-46.
- Robertson N, Baker R, Hearnshaw H. 1996. "Changing the clinical behaviour of doctors: a psychological framework". *Quality in Health Care* 5: 51-54.
- Rogers E. 1983. *Diffusion of innovations*. Nueva York: The Free Press, Macmillan.
- Rogers EM, Shoemaker FF. 1971. *Communication of innovations: a cross-cultural approach*. Nueva York: The Free Press.
- Schramm W, Lerner D. 1978. *Communication and change; the last ten years and the next*. Honolulu: University Press of Hawaii.
- Skinner B. 1938. *The behaviour of organisms: an experimental analysis*. Nueva York: Appleton-Century.
- Stocking B. 1993. "Implementing the finding of effective care in pregnancy and childbirth in the United Kingdom". *Milbank Q.* 71: 497-521.
- Stocking B. 1995. "Why research findings are not used by commissions and what can be done about it?". *Journal of Public Health* 17: 380-382.

Stokols D. 1992. "Establishing and maintaining health environments: toward a social ecology of health promotion". *Am.Psychol.* 47: 6-22.

Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB, et al. 1997a. "Outreach visits to improve health care professional practice and health care outcomes". (Review). In: Bero L, Grilli R, Grimshaw J, et al. (eds.) *Cochrane Collaboration on Effective Professional Practice Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (updated 3. June, 1997). Available in the *Cochrane Library* (database on disk and CD ROM); issue 3, Oxford: Update Software. Updated quarterly.

Thomson MA, Oxman Ad, Haynes RB, et al. 1997b. "Local opinion liaders to improve health professional practice an health care outcomes". In Bero L, Grilli R, Grimshaw J. et al. (eds). *op. cit.*

Van Amringe M, Shannon TE. 1992. "Awareness, assimilation and adoption: the challegen of effective dissemination nad the first AHCPR-sponsored guideline". *Quality Review Bulletin.*

Wensing M, Grol R. 1994. "Single and comibined strategies for implmenting changes in primary care: a literature review". *Int.J.Qual.Health Care* 6: 115-132.