
Gestión de la demanda

PID_00245407

María J. Pueyo

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 1 hora



Índice

Introducción	5
Objetivos	6
1. Planificación estratégica	7
1.1. Efectividad y eficiencia de las intervenciones	8
1.2. Priorización	9
1.3. Planes de salud y planes directores	10
2. Implementación y evaluación	12
2.1. Marcos conceptuales: condiciones para una implementación efectiva	12
2.2. Modelos de implementación	13
2.3. Evaluación	17
Resumen	20

Introducción

Una vez conocida la realidad, incluyendo los problemas, los puntos conflictivos, los cuellos de botella y la variabilidad existente respecto a nuestro campo de atención, el siguiente paso es identificar las intervenciones que pudieran ser efectivas, examinarlas en nuestro contexto, priorizar aquellas que pueden funcionar, implementarlas y evaluarlas. Conviene dedicar atención y reflexionar en varios momentos del proceso: ¿la intervención propuesta es realmente efectiva?, ¿puede ser efectiva en nuestro contexto: con nuestra población, con nuestra organización de servicios sanitarios, con nuestros profesionales?, ¿cuáles son los criterios para priorizar una intervención u otra, teniendo en cuenta que no podremos hacerlo todo?, ¿qué conflictos nos genera esa priorización?, ¿cuáles son los factores que influyen en una implementación con buenos resultados?

Objetivos

Los principales objetivos de este módulo son:

1. Conocer los conceptos *eficacia, eficiencia, efectividad, coste-efectividad* y *coste-utilidad*.
2. Conocer los factores que influyen en la efectividad de las intervenciones sanitarias.
3. Conocer los elementos que deben tenerse en cuenta en la priorización de las intervenciones sanitarias.
4. Conocer las condiciones necesarias para que una implementación sea efectiva.

1. Planificación estratégica

Después de realizar el análisis de situación deberíamos saber cuáles son los puntos conflictivos del proceso que estamos analizando: ¿la demanda de atención es secundaria a un incremento de las necesidades o bien es inadecuada?, ¿la variabilidad nos muestra sitios con mejor gestión del proceso que la nuestra?, ¿existe falta de información sobre algunas cuestiones importantes?, ¿cómo condiciona la organización de servicios algunos resultados no deseables?, etc.

A la vez que realizamos el análisis de situación ya van apareciendo las alternativas o las posibles soluciones a nuestros puntos conflictivos. El proceso de valoración de las necesidades de salud, aunque descrito de forma lineal, no lo es en absoluto, ya que preguntas y respuestas van apareciendo simultáneamente.

La pregunta más importante en este paso es: ¿hay alguna intervención que podamos realizar que sea efectiva ahora y aquí?

La planificación debe conciliar intereses de diferentes colectivos:

- Los **pacientes**, para los que lo más importante es la calidad percibida en la atención, que se compone de diversos factores: confianza en la institución, trato humano, traspaso de información, poca demora y participación en las decisiones terapéuticas. El empoderamiento del paciente es diferente según la financiación de los servicios sanitarios, con extremos que van desde el nulo empoderamiento en los sistemas de beneficencia hasta la total capacidad de decisión en la medicina privada. Es necesario recordar también que el consumidor de productos sanitarios está en desventaja con respecto al que los ofrece, ya que hay una asimetría de información. Por ello, la satisfacción del paciente se basa en aspectos que pueden ser considerados secundarios por el profesional pero que son importantes para el correcto funcionamiento del sistema sanitario e incluso para la recuperación del paciente, ya que se ha visto que cuando hay mayor satisfacción el pronóstico del paciente también mejora.
- Los **profesionales sanitarios**, para los que lo más importante es la calidad científico-técnica. Los factores que más influyen son la propia capacitación profesional, la disponibilidad de recursos tecnológicos, docentes e investigadores, y la motivación. También son factores importantes el reconocimiento de la propia labor y la participación en la gestión de las tareas profesionales.
- Los **gestores y la administración sanitaria**, para los que lo más importante es la eficiencia, es decir, alcanzar resultados de salud con el menor coste

posible. Los factores que influyen son la adecuación de recursos físicos, tecnológicos y personales. También tiene mucha importancia la paz social, ya que la sanidad es uno de los servicios básicos que los poderes públicos deben asegurar plenamente en las mejores condiciones posibles.

1.1. Efectividad y eficiencia de las intervenciones

Eficacia es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado.

Eficiencia es la capacidad de lograr ese efecto en cuestión con el mínimo de recursos posibles o en el menor tiempo posible. En salud equivale a la capacidad de lograr un objetivo sanitario con un mínimo coste.

Efectividad es conseguir eficacia y eficiencia a la vez. En el terreno sanitario es lograr un objetivo de salud con los recursos mínimos necesarios.

La efectividad viene determinada por cinco factores:

- **Eficacia:** la capacidad de la intervención para producir un resultado favorable (más beneficios que daños) en pacientes correctamente diagnosticados y que cumplen con el tratamiento.
- **Cribajes y diagnósticos correctos:** o asegurarnos de que se realiza una buena discriminación de los que tienen o no tienen el problema de salud.
- **Evaluación del desempeño:** o cómo el proveedor de servicios maneja el problema de salud de forma apropiada. Los tratamientos habitualmente no se ofrecen a todos los pacientes diagnosticados por diferentes razones: no acuden, hay alternativas, comorbilidades, etc.
- **Adherencia del paciente al tratamiento propuesto:** si cumple con las recomendaciones y tratamientos que se han prescrito.
- **Cobertura de la intervención:** o hasta qué punto todos los pacientes que podrían estar beneficiándose de la intervención lo hacen de forma apropiada. Para ello, se precisa que los servicios sean accesibles, que los que los necesitan lo sepan, y que sean aceptables.

Ejemplo

Un fármaco antihipertensivo ha demostrado, mediante varios ensayos clínicos, que tiene una eficacia del 80 % en el control de la tensión arterial. Se aprueba para su aplicación en la práctica clínica y se quiere conocer su efectividad.

Sabemos que en la práctica clínica habitual hay un 20 % de población que no se visita, que el diagnóstico de hipertensión es correcto en el 95 % de los casos y que la recomendación del tratamiento se hace al 75 % de los casos diagnosticados. Aproximadamente dos tercios de los pacientes cumplen con el tratamiento.

¿Cuál será su efectividad?

- a) 0,80
- b) 0,57
- c) 0,38
- d) 0,30

El **análisis de coste-efectividad** (ACE) o *cost-effectiveness analysis* (CEA) es una forma de análisis económico que compara los costos relativos con los resultados (efectos) de dos o más cursos de acción. Se calcula como un cociente donde el denominador es una ganancia en la salud en cierta medida (años de vida, nacimientos prematuros evitados, ingresos evitados) y el numerador es el coste asociado con el aumento de la salud. El coste-efectividad se expresa normalmente como una relación de coste-efectividad incremental (RCE), es decir, la relación entre el cambio en los costos y el cambio en los efectos producido por la comparación entre diferentes alternativas.

Un caso especial de análisis de coste-efectividad es el **análisis coste-utilidad**, donde los efectos se miden en términos de años vividos en plena salud, usando una medida como años de vida ajustados por calidad (AVAC), que es la más utilizada, o años de vida potencialmente perdidos.

1.2. Priorización

Después de identificar las áreas de mejora, es necesario priorizar y definir los objetivos que se quieren conseguir. Los objetivos siempre deben estar definidos de forma cuantificable y medible en el tiempo. A continuación toca planificar los recursos físicos, materiales, tecnológicos, personales y organizativos que se necesitan para conseguir los objetivos, esto es, organizar las estructuras y los recursos.

También es necesario comunicar, difundir el proceso que se va a llevar a cabo. Intentar convencer, incentivar, animar al cambio. Por último, debe evaluarse el sistema y sus resultados.

En la priorización de intervenciones hay que valorar:

- El **impacto** de la intervención. El impacto viene definido por:
 - La cantidad del problema que queremos abordar (incidencia, prevalencia, frecuentación de servicios, demora, etc.).
 - La gravedad del problema. En el caso de problemas de salud, la mortalidad o la discapacidad serán los indicadores clave. En el caso de los servicios sanitarios puede ser la inequidad o las consecuencias de la situación actual (por ejemplo, las consecuencias de estar en una lista de espera por problemas cardíacos).

- La **utilidad** de la intervención: efectividad y eficiencia.
- La **factibilidad**:
 - Que la intervención sea aceptable por los agentes y por la sociedad.
 - Que se pueda disponer de los recursos necesarios, tanto económicos como tecnológicos o de profesionales, para implementarla.

La priorización debe realizarse sobre la base del consenso de los diferentes agentes implicados. Puede realizarse el consenso con expertos, con los agentes afectados o con la comunidad. Las técnicas para llegar al consenso pueden ser diversas. Las más utilizadas son panel de expertos, método Delphi, reuniones con los implicados, informadores clave, foros y procesos participativos.

También existen algunos métodos cuantitativos que establecen fórmulas para ponderar los criterios que se consideran importantes. Uno de los más clásicos es el método de Hanlon.

El método de Hanlon

La matriz de Hanlon combina:

- La gravedad del problema medida en una escala de 1 a 10.
- La frecuencia del problema medida en una escala de 1 a 10.
- La efectividad de la intervención propuesta medida en una escala de 0,5 a 1,5.
- La factibilidad medida en una escala de 1 a 5.

Lo combina en una fórmula final que es:

(gravedad + frecuencia) x efectividad x factibilidad

Del proceso de priorización deberíamos obtener un plan de actuación con objetivos definidos y cuantificables, y con los agentes que son los responsables de llevar a cabo las intervenciones.

1.3. Planes de salud y planes directores

Los planes de salud son el instrumento estratégico que los departamentos de salud promulgan y en los que se especifica cuáles son los problemas de salud priorizados y qué objetivos se persiguen en un periodo de tiempo determinado.

Los planes directores son un instrumento estratégico de planificación centrados en un problema o área de actuación concretos. En Cataluña existe una amplia experiencia con planes directores de más de diez años de evolución como el de oncología, salud mental o cardiovascular.

La estructura de los planes directores es paralela a la ya explicada: análisis de situación, definición y priorización de intervenciones efectivas, implementación de estas y evaluación. Para su elaboración se cuenta con el consenso de los profesionales implicados en el tema, que son los que posteriormente deberán colaborar en la implementación.

2. Implementación y evaluación

Una vez priorizadas las intervenciones que vamos a realizar, el siguiente paso es implementarlas en la práctica. La implementación se define como la realización o ejecución de un plan. Cualquier intervención que queramos implementar en los servicios sanitarios puede fácilmente ser considerada como una intervención compleja si comprende diferentes actividades, habitualmente adaptadas a nuestro contexto, que pueden interaccionar entre sí.

Existen numerosas intervenciones que han mostrado efectividad en determinados contextos y que, sin embargo, han fracasado a la hora de generalizarse. La distancia que existe entre la evidencia de la efectividad de las intervenciones y la práctica asistencial rutinaria ha sido objeto de numerosas investigaciones que han dado lugar al campo de investigación sobre implementación.

2.1. Marcos conceptuales: condiciones para una implementación efectiva

Los primeros estudios en este campo se remontan a los trabajos de Rogers publicados en 1962 en su libro *Difusión de las innovaciones*. Según él, cuatro son los factores que tienen influencia en la difusión de las nuevas ideas: la innovación en sí misma, los canales de comunicación, el tiempo y el sistema social. El proceso de difusión descansa sobre todo en las personas (capital humano), tanto en lo que se refiere a su propensión a incorporar nuevas ideas como a la red de relaciones que crean a su alrededor. La tasa de adopción presenta un punto crítico cuando consigue una masa crítica.

Para ser adoptada, una innovación debe tener algunas características:

- Ventaja relativa: es decir las eficiencias o mejoras en el desempeño que ofrece la innovación respecto a lo anterior.
- Compatibilidad con el sistema anterior: con los valores, las prácticas, los agentes activos habituales.
- Complejidad o dificultad. Una intervención que sea difícil de aprender tardará más en implementarse.
- Capacidad de ensayar la innovación. Es más fácil que se adopte una nueva intervención si se puede realizar un ensayo previo que no si representa un cambio sobre el que no hay posibilidad de retroceso.
- Potencialidad para reinventarse o aplicarse a otros contextos o problemas.

- Visibilidad de sus efectos.

Todas estas características interactúan entre sí de forma que, por ejemplo, aunque una intervención sea muy difícil de aprender, si es compatible con los recursos y los profesionales activos, puede ser adoptada a pesar de su complejidad.

Los adoptantes también tienen características que facilitan la incorporación de innovaciones en su práctica diaria. Los estudios iniciales sobre implementación se centraron sobre todo en el comportamiento individual de los profesionales, estudiando las características que facilitaban o dificultaban la incorporación de nuevas ideas: tipo de personalidad, capacidad, motivación, aptitudes. También con otras características relacionadas con el entorno: la red social de los profesionales, el entorno urbano o rural, o la posición de poder que ocupa el individuo en la organización. Todas estas características interactúan entre sí. Los individuos pueden ser clasificados en innovadores, adoptantes precoces, mayoría precoz, mayoría tardía y rezagados.

Las organizaciones también tienen características que facilitan o no la adopción de innovaciones:

- La tensión por el cambio: la necesidad percibida y explicitada en la organización sobre el cambio.
- La capacidad de adaptación de la organización al cambio y a la inversa. Las organizaciones más flexibles pueden facilitar la introducción de nuevas ideas.
- El entorno de la organización. Si las innovaciones se adoptan en organizaciones similares es más probable que la intervención se adopte finalmente.

A partir de los trabajos de Rogers se elaboraron infinidad de modelos conceptuales que intentaban explicar los factores que influían sobre la adopción de prácticas efectivas. Algunos de ellos son:

- Teoría de la acción razonada.
- Teoría del comportamiento planificado.
- Modelo del cambio de comportamiento transteorético (*Transtheoretical model of behavior change or stages of changes*).
- *Health Action Process Approach*.

2.2. Modelos de implementación

Entre los diferentes modelos existentes, uno de los más utilizados actualmente es el *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), que fue desarrollado en 2009 a partir de la revisión de más de quinientos artículos de trece disciplinas científicas diferentes. Aporta la definición de una serie de construc-

tos relacionados con la implementación efectiva y que pueden usarse como una guía para definir barreras y facilitadores de la implementación o como base para el desarrollo de modelos o teorías sobre un determinado proceso de implementación.

Los elementos clave para una implementación con buenos resultados dependen de cinco áreas:

- La innovación.
- Los adoptantes.
- El proceso de implementación.
- El contexto próximo.
- El entorno o contexto exterior.

1) La **innovación** debe presentar una serie de características, muchas de ellas ya definidas por Rogers:

- Los beneficios o ventaja relativa de la innovación:
 - Efectividad.
 - Mejora del desempeño con resultados observables.
 - Más eficiencia.
- La facilidad para ser adaptada:
 - La simplicidad o complejidad.
 - La dificultad de aprendizaje.
- Su adaptabilidad. Las intervenciones que tienen componentes flexibles y adaptables a los nuevos contextos son más fáciles de adoptar.
- La capacidad de ser probadas o ensayadas.
- La compatibilidad con los valores y la forma de funcionar de la organización.
- El balance entre los beneficios de adoptar la innovación y los riesgos que comporta.

2) Sobre los **adoptantes** debemos hablar de:

- Características individuales: estructura psicológica de los adoptantes, motivación, conocimientos, habilidades.
- Interacción con el entorno: significado, necesidad de cambio, influencia del contexto.

- Características de la implementación: el proceso formal de la toma de decisiones, la planificación de los esfuerzos, la evaluación de las fases, la permeabilidad a las sugerencias, etc.

3) Sobre el **proceso de implementación** cabe señalar que una intervención asumida por la organización, liderada, planificada y ejecutada desde los centros de decisión de la organización, tiene más probabilidades de implementarse.

4) El **contexto interno** o las características del entorno que facilitan la implementación:

- Características estructurales como el tamaño de la organización, la diferenciación de tareas o la descentralización en la toma de decisiones.
- Características organizativas como una estructura flexible, la estructuración de la cadena de decisión, los recursos humanos, la financiación, la comunicación intraorganizacional, los gestores y directivos.
- La capacidad de absorción de nuevos conocimientos y prácticas: el liderazgo proactivo, los conocimientos previos, la cultura de aprendizaje, la permeabilidad al entorno.
- La tensión por el cambio: la visión estratégica clara, la relación entre los gestores, un clima que favorezca la asunción de determinados riesgos, la capacidad de recoger información que informe sobre la evolución del cambio.

5) El **contexto externo** se refiere al entorno político, socioeconómico, las regulaciones legales, el contacto con proveedores u organizaciones similares, el entorno internacional.

Actividad 1

A continuación tenéis una plantilla para evaluar las características de dos innovaciones y decidir si reúnen los factores necesarios para su implementación.

La primera intervención es la introducción en atención primaria de las ecografías de baja complejidad. La intervención consiste en formar médicos de familia para que sean capaces de realizar ecografías de baja complejidad, que incluyen ecografías del tracto digestivo, osteomusculares y tiroides. La intervención implica un proceso voluntario de formación y acreditación de los profesionales, la provisión de un ecógrafo por centro y la inclusión de las imágenes en los sistemas de historia clínica electrónica, así como un sistema de consultoría entre el médico y el radiólogo para los casos dudosos. Hay evidencia de que la formación logra una buena concordancia entre los médicos de familia y los radiólogos. Los beneficios serían la disminución de la demora para ecografía y la mayor capacidad de resolución de la atención primaria. Los principales inconvenientes serían el coste del ecógrafo, el coste de la formación, el tiempo necesario para realizar las ecografías y la posibilidad de que hubiera una sobreutilización de la prueba.

La segunda es una intervención multicomponente para la prevención secundaria de fracturas osteoporóticas. Se entiende por *fractura osteoporótica* las fracturas de húmero, muñeca, pelvis, sacro, fémur o vertebrales sintomáticas que se producen en personas de más de 50 años por un mecanismo de bajo impacto (caer desde la propia altura o levantar un peso). La intervención se realiza en el ámbito de la atención primaria y consiste en

identificar a dichos pacientes (a partir de la información facilitada por el hospital) y realizar una intervención con los siguientes componentes: una explicación del riesgo de fractura, una revisión y adecuación de la dieta para incrementar la ingesta de calcio y vitamina D, una revisión y adecuación de la actividad física con recomendaciones para mejorar la tonificación y movilidad, una evaluación del riesgo de caídas y la prescripción farmacéutica. Durante el siguiente año se realiza un seguimiento con visitas seriadas cada tres meses para incrementar la adherencia, ya que uno de los principales inconvenientes es la poca adherencia a estos fármacos. Los principales beneficios de la intervención son la disminución del riesgo de fractura, que está calculado en un 30-40 %. Los principales inconvenientes son que la osteoporosis es un tema nuevo para enfermería y la duración de la visita, que es aproximadamente de treinta minutos.

Valorar las siguientes dimensiones de 0 a 5, siendo 0 el extremo menos favorable (menor efectividad, mayor coste) y 5 el más favorable.

Dimensión		Ecografías en atención primaria	Intervención educativa en fracturas
		0 = menos favorable; 5 = más favorable	
Ventaja relativa	Efectividad		
	Intervención barata		
	Mejora del desempeño		
	Beneficios observables		
Adaptabilidad	Simplicidad		
	Adaptable al entorno		
	Ensayable		
	Recursos disponibles		
	Curva de aprendizaje		
Características	Compatible con los valores, las normas		
	Balance beneficios-riesgo		
		Puntuación total	

¿Qué intervención os parece que tiene más probabilidades de ser implementada con éxito?

¿Existe algún criterio que os parezca más importante que otro?

¿Hay algún criterio que os parezca relevante y que no está aquí?

Teoría de normalización del proceso (TNP)

Entre los modelos existentes, uno sobre el que se ha generado gran cantidad de experiencias es la teoría de normalización del proceso.

Dicho modelo intenta definir cuáles son los elementos clave que permiten que una innovación sea implementada y adaptada de forma totalmente normalizada en la práctica rutinaria. Su perspectiva se centra sobre todo en la interacción entre profesional y paciente, y sirve para analizar las implementaciones relacionadas con cambios de roles de los diferentes agentes como, por ejemplo, la incorporación de enfermería en el cuidado de los pacientes crónicos, la incorporación de otros perfiles profesionales en salud mental, etc.

C. May agrupa los elementos en cuatro dimensiones en las cuales hay diferentes preguntas que contestar:

- Capacidad de cooperar. La capacidad de crear una interacción factible y cooperativa. La interacción profesional-paciente se establece para que el paciente obtenga un beneficio por medio de una relación de cooperación. ¿La intervención funcionará en la interacción profesional-paciente? ¿Permite que la interacción sea de cooperación? ¿Ofrece resultados?
- Responsabilidad. La relación profesional-paciente se basa en una relación de confianza en la que el profesional tiene legitimidad para interactuar con el paciente: el profesional ¿tiene la legitimidad para hacer esa intervención?, ¿tiene los recursos necesarios?, ¿tiene la formación adecuada?, ¿tiene la confianza del paciente?
- Potencial para llevar a cabo la intervención. La legitimidad del profesional se basa en sus conocimientos, su experiencia y el respeto a una serie de normas socialmente aceptadas que rigen las relaciones entre profesional y paciente. El profesional ejerce su función en una organización que tiene sus normas, valores y roles asignados. El desempeño del profesional ¿provoca confianza, seguridad?, ¿tiene los recursos necesarios? ¿Hay incertidumbre en el rol? ¿Se reconocen los nuevos roles sociales? ¿Se facilita la cooperación entre profesionales?
- Capacidad para incorporarlo en la rutina diaria. ¿Cómo encaja la propuesta en la organización? ¿Hay facilidades por parte de la organización (asignación de recursos)? Cualquier innovación o cambio precisa del compromiso de los individuos y también de la organización. ¿Existe el compromiso individual? ¿Hay compromiso colectivo?

Cualquier intervención compleja necesita que los profesionales trabajen para adoptarla individual y colectivamente. La contribución de los agentes se realiza mediante cuatro acciones:

- Dar sentido a la propuesta.
- Legitimar y propulsar la difusión a los pares.
- Realizar una acción colectiva.
- Realizar una monitorización reflexiva.

La incorporación a la práctica rutinaria exige una inversión en el tiempo y el espacio para su implementación.

2.3. Evaluación

Tras la priorización de las intervenciones posibles y después de proceder a su implementación, el siguiente paso es la evaluación de los resultados y del proceso. La distinción entre ambas evaluaciones es importante ya que en el caso de que la intervención no lograra los objetivos que se buscaban, es necesario saber qué ha fallado: la intervención en sí o cómo se ha aplicado.

Las principales preguntas que debemos responder son:

- ¿Qué resultados queremos obtener?
- ¿El resultado obtenido se debe a la intervención?

La **evaluación** consiste en la medición del cambio de los indicadores que hayamos seleccionado. Por tanto, es necesario definir cómo los resultados que queremos se convierten en indicadores, y cómo vamos a medir su cambio y en

cuánto tiempo. Los indicadores deben ser pertinentes, factibles, observables y medibles. Es imprescindible pensar y planificar la evaluación desde el principio ya que condiciona la información que debemos recoger de todo el proceso.

Clásicamente la evaluación se ha centrado en tres tipos de indicadores: estructura, proceso y resultado. Los **indicadores de estructura** son los referentes a los recursos físicos (camas, boxes, etc.), tecnológicos (laboratorio, disponibilidad de TAC, etc.) y humanos (perfiles y tiempo de profesionales). Los **indicadores de proceso** debemos definirlos en función de la intervención y recogen datos de actividades y servicios. Las dimensiones de evaluación pueden ser adopción de la intervención, cobertura, calidad, satisfacción y costes. Los **indicadores de resultados** se refieren a los objetivos finales: habitualmente, mejoras de efectividad y resultados en salud (disminución tiempos de espera, disminución estancias medias, mejora de supervivencia, etc.).

En esta estructura clásica algunos de los factores clave como la influencia de la organización y del entorno faltan, lo que obliga a ampliar las dimensiones de la evaluación al contexto organizacional y local. Es por ello que la evaluación de las intervenciones complejas debe dotarse de una metodología de evaluación mixta, incorporando métodos cuantitativos y cualitativos. La identificación y evaluación de muchos de los factores organizacionales o del comportamiento de profesionales y pacientes, necesita en ocasiones una aproximación cualitativa.

La metodología cualitativa (ver referencias) permite el conocimiento sobre factores sociales, políticos, organizacionales y culturales de individuos, grupos y comunidades, que no se miden fácilmente de forma cuantitativa. Habitualmente se realizan entrevistas, grupos focales, etnografías y observaciones directas. El análisis cualitativo comprende técnicas de análisis de: contenido (identificación de temas, tópicos, creencias, significados y sesgos), dominio (relaciones semánticas entre conceptos y los significados culturales y sociales atribuidos a dichos conceptos) y esquema (utilización del lenguaje para definir y hablar de los diferentes constructos o conceptos).

Referencias bibliográficas

G. J. Langley (1996). *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Jossey-Bass editors.

T. Speroff ; G. T. O'Connor (2004). «Study designs for PDSA quality improvement research. *Quality Management in Health Care*, 13 (págs. 17-3).

Dado que las intervenciones en los servicios sanitarios son complejas, con muchos factores interactuando entre sí, el proceso de evaluación debe adaptarse. La evaluación debe ser ágil e iterativa, de forma que permita la evolución y mejora de la intervención. El **método Plan-Do-Study-Act (PDSA)**, que proviene de la industria, se ha adaptado a múltiples contextos. Es una metodología

que se adecua bien a los diferentes modelos de mejora de la calidad clínica o de gestión. Los ciclos iterativos de PDSA permiten esa agilidad y mejora continua (Taylor, 2014). Los pasos consisten en (Langley, 1996; Speroff, 2004):

- *Plan*: Identificación de la situación que se quiere mejorar y de los factores que la influyen. Establecimiento de una hipótesis sobre lo que está pasando y lo que se quiere conseguir. Planificación de la intervención: qué, quién, cuándo y dónde.
- *Do*: Ejecución de lo planificado, preferentemente a pequeña escala. Documentación de los datos basales, recolección de problemas y análisis de los datos emergentes.
- *Study*: Examen de los resultados. Comparación de lo obtenido con lo esperado. Interpretación de lo que ha pasado. Síntesis de lo que se ha aprendido.
- *Act*: A partir de lo aprendido, decidir seguir, abandonar o planificar qué cambios deben realizarse para mejorar la intervención.

El aprendizaje se realiza a partir de la repetición de diferentes ciclos de PDSA, lo que permite la mejora continua hasta llegar a una decisión definitiva. La evaluación a lo largo del proceso es otro de los factores clave.

Actividad 2

Indica como plantearías la evaluación del proyecto de intervención educativa en fracturas que hemos visto en la actividad 1. Explica qué dimensiones e indicadores crees que serían necesarios.

Resumen

Después de tener definido y cuantificado el problema que queremos abordar, hay que buscar las intervenciones que puedan ser efectivas. En la efectividad de una intervención influyen factores como la eficacia, el diagnóstico correcto, el desempeño de los proveedores, la cobertura y la adherencia del paciente. Bajo la influencia de estos factores, intervenciones muy eficaces pueden llegar a ser poco efectivas. El análisis coste-efectividad permite comparar diversas alternativas teniendo en cuenta la relación entre los resultados obtenidos y los costes de las intervenciones. Los resultados en el análisis coste-efectividad se miden en términos de resultados de salud (ingresos evitados, muertes evitadas, curaciones, etc.). En el análisis coste-utilidad, en cambio, los resultados se miden en forma de años de vida ajustados por calidad o años potenciales perdidos de vida.

En la priorización deberemos tener en cuenta el impacto de la intervención, en función de la cantidad y la gravedad del problema, la efectividad de la intervención y su factibilidad.

La distancia que existe entre la evidencia de la efectividad de las intervenciones y la práctica asistencial rutinaria ha sido objeto de numerosas investigaciones que han dado lugar al campo de investigación sobre implementación. Se han definido algunos marcos conceptuales para sistematizar las condiciones necesarias para una implementación efectiva. Entre ellos, se ha presentado el CFIR, que establece una serie de constructos relacionados con cinco dimensiones relevantes en la implementación: la innovación en sí, los adoptantes, el proceso de implementación, el contexto interno u organizacional y el contexto externo.

La evaluación responde a las preguntas sobre qué resultados hemos obtenido y si los resultados se pueden atribuir a la intervención. Las dimensiones de la evaluación son estructura, proceso, resultados y contexto. La metodología mixta, basada en evaluación cuantitativa y cualitativa, es mejor para intervenciones complejas. El proceso de evaluación debe ser iterativo. La metodología PDSA facilita la evaluación y mejora continuas.