

Plan de implementación de dos Guías de Práctica Clínica (GPC) contenidas en las Guías de Atención Integral (GAI) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: A) “Detección temprana del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente (GPC-depresión)”. B) “Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol (GPC-alcohol)”*

Natalia Sánchez Díaz¹
Andrés Duarte Osorio²

* Este artículo contó con la colaboración de la Alianza CINETS, a cargo de la Universidad Nacional de Colombia, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad de Antioquia. El grupo está conformado por Natalia Sánchez y Andrés Duarte, de la Pontificia Universidad Javeriana; Marcela Gordillo, de la Universidad Nacional de Colombia; María Del Pilar Pastor Durango y Álvaro Quintero Posada, de la Universidad de Antioquia. Por otra parte, las Guías de Atención Integral completas fueron desarrolladas por los grupos que aparecen en el anexo de este artículo. **Financiación:** El desarrollo de las guías fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), mediante Contrato 126 de 2010 suscrito con la Pontificia Universidad Javeriana. En la Convocatoria 500 de 2009 de Colciencias (*Conformación de un banco de proyectos para el desarrollo de Guías de Atención Integral [GAI] Basadas en Evidencia*), fueron elegidos por el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud los proyectos enunciados en el título de este artículo.

¹ Médica cirujana, residente de tercer año de psiquiatría Pontificia Universidad Javeriana, máster Salud Pública Internacional, Universidad Autónoma de Barcelona, Bogotá, Colombia.

² Médico cirujano, especialista en medicina familiar Pontificia Universidad Javeriana, profesor asociado Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Resumen

Introducción: Las guías de práctica clínica (GPC) son recomendaciones sistemáticas, con la mejor evidencia clínica disponible, para ayudar a que médicos y pacientes tomen decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas al abordar un problema de salud o una condición clínica. Una vez obtenidas estas recomendaciones, es crucial que sean adoptadas en la práctica clínica diaria, y el proceso mediante el cual se busca lograr este cambio es conocido como *implementación*. Este documento contiene las recomendaciones para implementar GPC de dos patologías psiquiátricas: 1) episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos y 2) fase aguda de intoxicación por abuso o dependencia del alcohol. *Método:* Se describe el proceso de implementación recomendado, se identifican las barreras y facilitadores encontrados en las dos guías y el listado de los indicadores de gestión y de desenlace clínico para su monitoreo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Conclusión:* Las GPC contienen recomendaciones con la mejor evidencia clínica disponible. Es un reto hacer que esta herramienta sea adoptada por los usuarios, y por ello es necesario seguir el plan de difusión, diseminación e implementación, atender a los obstáculos y facilitadores intrínsecos y extrínsecos de las GPC y realizar un monitoreo con los indicadores descritos para medir el proceso de implementación (indicadores de gestión) y el efecto de las GPC en la práctica clínica (indicadores de desenlace clínico).

Palabras clave: Guía de práctica clínica, sistemas de seguro social, Colombia

Implementation Plan for Two Clinical Practice Guides (CPGs) Contained in the Integral Care Guides (ICGs) of the General System of Social Health Care in Colombia: A) “Early Detection of Depressive Episode and Recurrent Depressive Disorder

in Adults. Integral Attention of Adults with Diagnosis of Depressive Episode or Recurrent Depressive Disorder (CPG-Depression)”. B) “Early Detection, Diagnosis and Treatment of the Acute Intoxication Phase in 18-Years-Old Patients with Alcohol Abuse or Dependence (CPG-Alcohol)”

Abstract

Introduction: Clinical practice guides (CPGs) are systematically recommended, with the best clinical evidence available, to help physicians and patients in decision-making concerning the most adequate sanitary care as well as the selection of the best diagnostic and therapeutic options when facing a health problem or a clinical condition. After obtaining these recommendations, it is crucial to adopt them in daily clinical practice; the process through which this change is sought is known as *implementation*. This document contains recommendations for implementing CPGs in two psychiatric pathologies: 1) depressive episode and recurrent depressive disorder in adults, and 2) acute intoxication phase in cases of alcohol abuse or dependence. *Methodology:* The recommended implementation process is described; besides, barriers and facilitators found in the two guides, together with the list of management indicators and clinical outcomes, are identified for their monitoring within the General Health Social Security System of Colombia. *Conclusion:* CPGs contain recommendations with the best clinical evidence available. The challenge is achieving the adoption of such tool by users, being therefore necessary to follow the diffusion, dissemination and implementation plan, overcoming barriers and resorting to intrinsic and extrinsic facilitators for CPGs as well as performing monitoring with indicators described for measuring the implementation process (management indicators) and the effect of CPGs in clinical practice (indicators of clinical outcome.)

Key words: Practice Guideline, social security, Colombia

Introducción

Según describe la Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS), estas “incluyen Guías de Práctica Clínica (GPC), estudios económicos y del impacto en el presupuesto UPC que se proponen para el ajuste del plan de beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS), en el SGSSS colombiano” (1). En la presente revisión nos centraremos en las GPC basadas en evidencia, que se encuentran contenidas en las GAI, las cuales se definen como “un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica” (2).

Se considera que las GPC corresponden, en sí mismas, a una tecnología y, por lo tanto, su implementación debe contemplar el desarrollo de metodologías y técnicas propias de incorporación en un servicio de salud, en una comunidad, o en una organización. En el mundo se reconoce que el hecho de disponer de un documento de GPC basado en las mejores evidencias disponibles, aun siendo desarrollado por grupos nacionales y aplicables al contexto local, no es suficiente para que se utilice en la práctica clínica.

Trasladar el conocimiento teórico expresado en las recomendaciones de las GPC a las decisiones que se toman y a las acciones que se realizan frente a situaciones clínicas definidas, implica procesos conducentes a modificar los comportamientos de los usuarios finales (3).

Las personas responsables de la prestación de los servicios de salud y los pacientes seguirán las recomendaciones contenidas en las GPC si son conscientes de su existencia y tienen la habilidad para aplicarlas (4,5). Precisamente, los objetivos del presente documento son: presentar los elementos que es necesario considerar dentro de los planes de difusión, diseminación, adopción e implementación de GPC y, describir estrategias y actividades que pueden contribuir a su logro. Se espera que con una propuesta de implementación adecuada, los recursos destinados a la elaboración de la GAI y los esfuerzos empleados permitan cumplir con el propósito final de “disminuir la variabilidad en la atención, mejorar la calidad y hacer más racional la prestación de servicios de salud” (6).

Con el fin de evitar problemas de comunicación y distorsión de los mensajes que se transmiten en el proceso de implementación, es conveniente comenzar por describir la terminología utilizada en este documento. Se tomarán como base las definiciones presentadas por Davis y Taylor-Vaisey (7) por considerar que en la literatura especializada son las referenciadas con más frecuencia.

- **Difusión:** Se utiliza para referirse a los procesos de distribución de información. La distribución de GPC generalmente se realiza de forma pasiva, por medios tradicionales tales como la presentación en medios masivos de comunicación, reuniones o eventos de presentación nacionales, regionales, locales o institucionales, en portales web, a través de copias impresas, etc. Se pretende que diferentes audiencias se enteren de la existencia de la GPC y, por consiguiente, los procesos de planificación y el planteamiento de objetivos serán muy globales, e incluso en algunas ocasiones no se expondrán.
- **Diseminación:** Es un proceso más activo que el de difusión. Hace referencia a la comunicación y al desarrollo de actividades tendientes a mejorar el conocimiento o las habilidades de los usuarios finales (prestadores de servicio y pacientes) de las GPC. Así, los grupos blanco serán mucho más seleccionados, al igual que las actividades planeadas para lograrlo. Incluye, entre otros, la realización de talleres, la discusión de casos clínicos, el planteamiento de escenarios de simulación, entre otros.
- **Implementación:** Es a la vez un proceso más activo que la diseminación. Tiene como finalidad trasladar las recomendaciones teóricas contenidas en las GPC al quehacer de la práctica clínica. Implica estrategias de comunicación efectiva conjuntamente con estrategias y actividades tendientes a identificar y superar las dificultades o barreras del entorno local, con el fin de poner en marcha las recomendaciones propuestas. Involucra, además, técnicas administrativas y educativas efectivas en la práctica.
- **Adopción:** Hace referencia a la decisión de la necesidad u obligación de cambiar la práctica clínica, ajustándola a las recomendaciones contenidas en las GPC. Por lo general, en nuestro medio, esta decisión atañe al nivel directivo de las instituciones. Sin embargo, son realmente los usuarios finales de las GPC quienes deben utilizar dichas recomendaciones en el proceso de toma de decisiones y en la determinación de las actividades a seguir frente a las situaciones clínicas específicas. Desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud, la adopción debe entenderse como el proceso que involucra su compromiso y decisión de modificar la práctica.

Objetivos del plan de implementación

Los objetivos de este plan de implementación se plantean para un periodo de tres años, teniendo

en cuenta que los contenidos de la GAI deben actualizarse constantemente, de acuerdo con la dinámica de la evidencia científica:

- Recomendar estrategias para la diseminación, difusión y adopción de las GAI diseñadas a partir de la evidencia existente sobre su efectividad en diferentes ámbitos de aplicación y uso.
- Propiciar escenarios y estrategias permanentes de educación, consulta y aprendizaje sobre las GPC que aseguren su adecuada utilización e implementación.
- Estimular el uso de un sistema de seguimiento, evaluación y control de la implementación de las GAI diseñadas, cuya operación garantice identificar sus tendencias, su efecto, su nivel de eficiencia, y su congruencia tanto con las políticas institucionales, como con los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- Recomendar a la Comisión de Regulación en Salud, (CRES), de acuerdo con las recomendaciones disponibles en cada GAI, la incorporación de nuevos procesos y procedimientos asistenciales, nuevos medicamentos, nuevos dispositivos y nuevos equipos en los Planes de Beneficios.

La GAI está construida de tal manera que pueden ser utilizadas por los diferentes actores del Siste-

ma General de Seguridad Social en Salud y por los actores del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud. El esquema de las fases y estrategias de implementación se encuentra resumido en la tabla 1 (3).

Identificación de barreras y facilitadores

En el contexto de implementación de la GPC, las barreras hacen referencia a aquellos factores que pueden impedir, limitar o dificultar que las recomendaciones planteadas puedan llevarse a la práctica y que tanto los profesionales de la salud como los pacientes se adhieran a ellas, mientras que los facilitadores se refieren a aquellos factores que propician o favorecen los cambios en la práctica clínica.

Existen diferentes propuestas de clasificación y de marcos teóricos para el estudio de barreras y facilitadores (8,9). De igual forma, los manuales de implementación de GPC en el mundo proponen diversas estrategias y actividades para su abordaje (3,10,11). No obstante, en general, podemos asumir que tanto las barreras como los facilitadores principalmente tienen relación con características propias de las guías, con las creencias, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud y de los pacientes, o con las circunstancias locales y sectoriales en las cuales se pone en marcha y se mantiene la implementación de las GPC.

Tabla 1. Esquema resumido de las fases de estrategias del plan de implementación

Esquema de las fases y estrategias del plan de implementación				
Líneas de actuación: directrices esenciales que se requieren para el diseño, implementación y evaluación del plan de implementación.	a. Acceso fácil y permanente a la información.	b. Educación centrada en multiplicadores con el fin de favorecer la difusión entre los miembros del grupo objetivo para que puedan transmitir esta información a toda la población objetivo del plan de implementación.	c. Favorecer la divulgación, proporcionando a los grupos multiplicadores mencionados, herramientas para divulgación, aplicación y enseñanza de las GPC.	d. Sistema de comunicación interna del Ministerio de la Protección Social o instancia encargada como promotor e impulsor de la adopción de las guías, valiéndose de su alcance regional y nacional. e. Coordinación intersectorial entre profesionales de la salud, para uso, aplicación y divulgación de las GPC, con participación de las instituciones académicas.
Grupos de interés	a. Usuarios directos de las GPC: profesionales en salud para quienes el Plan Nacional de Implementación debe garantizarles actividades que abarquen los niveles de difusión, diseminación y capacitación.	b. Usuarios indirectos de las guías: profesionales del área de la salud y de otros campos, que trabajan temas de salud en general. El Plan de implementación debe garantizarles actividades de formación y comunicación que les permita usar adecuadamente la información contenida en las guías, en el contexto de la salud, la economía, la política, la administración, entre otras.		
Fases	Alistamiento	<ul style="list-style-type: none"> Definición de un equipo rector o coordinador, conformado por expertos en el trabajo de GPC y con la especificidad necesaria en el tema de cada guía a fin de que faciliten los procesos de capacitación y formación a los profesionales para su adopción. Este grupo será el encargado de desarrollar el plan de implementación de las guías. Medición de capacidades tecnológicas de innovación de los involucrados en la implementación con el fin de enfocar los esfuerzos de implementación, y de asistencia técnica. 		



Esquema de las fases y estrategias del plan de implementación	
<p>Difusión y diseminación</p>	<p>Localización de los profesionales propuestos dentro de la población objetivo, así como de las instituciones públicas y privadas que agrupan a la población objetivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las agremiaciones nacionales más destacadas. • Envío a las sedes principales de estas agremiaciones e instituciones de las GPC • Invitación, directa y especial, a la presentación de las guías, para las directivas y asociados de estas agremiaciones e instituciones • Invitación especial a estas agremiaciones para participar de las estrategias de educación propuestas en este plan de implementación. • Identificación de las instituciones públicas y privadas de salud, que son potenciales usuarias de las guías • Utilización de los medios de comunicación impresos y virtuales de las instituciones educativas, de salud, sociedades científicas o agremiaciones para difundir la información de las guías y la importancia de su adopción • Participación en eventos científicos dirigidos al grupo objetivo • Énfasis en comunicación interactiva como medios <i>off line</i> y <i>medios on line</i>.
<p>Fases</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Ministerio de la Protección Social será el encargado de la estrategia de educación centrada en multiplicadores. • Instituciones educativas como multiplicadoras; en este proceso las asociaciones de profesionales y sociedades científicas cumplen la función de impulsoras de estas iniciativas académicas a través de la gestión con los asociados y exalumnos. • Cursos de formación de multiplicadores de las GPC, dirigido al grupo que tendrá la responsabilidad de realizar la formación de todos los usuarios directos e indirectos de las guías en el país. • Cursos virtuales sobre las GPC. • Medios de comunicación interactiva como canales para la educación: página web, biblioteca virtual, boletines virtuales, revistas electrónicas, interfase de actualización interna, presencia en eventos académicos.
<p>Formación y capacitación</p>	<p>Dirigida principalmente al grupo de profesionales en salud encargados de la aplicación directa de las GPC. Consiste en la formación académica sobre las guías, centrada en un grupo de multiplicadores.</p>
<p>Monitoreo y evaluación</p>	<p>A través de indicadores de gestión y de resultados.</p>
<p>Socialización de los resultados</p>	<p>Rendición de cuentas del proceso de implementación de las guías.</p>

Fuente: Grupo Alianza CINETS (3).

La identificación y valoración de barreras y facilitadores permitirá ejecutar un plan local de implementación, que se centre en aquellos factores con mayor probabilidad de éxito, pertinente al contexto, sin que se requiera intervenir todos aquellos factores potenciales o todos aquellos factores encontrados (12).

De acuerdo con el grupo Cochrane de efectividad de la práctica y organización del cuidado (EPOC), las intervenciones dirigidas a superar las barreras pueden resumirse en la tabla 2.

Barreras y facilitadores en GPC-Depresión

Dentro de las barreras identificadas en la GPC-Depresión están, en primera instancia, las dificultades de acceso a los servicios de salud mental. Existe déficit de unidades de salud mental y de recursos humanos en esta área de la medicina (14). En Colombia, no hay suficientes profesionales que tengan el entrenamiento apropiado en psicoterapia y psicofarmacoterapia propuesto en las GPC-depresión para cubrir a la población nacional. Los especialistas existentes no están distribuidos equitativamente en todas las regiones del país, lo cual es una limitante para la ejecución de algunas recomendaciones incluidas en la GPC. La segunda barrera identificada dentro de esta guía se presenta por el hecho de no contar con escalas validadas para el seguimiento de pacien-

tes con diagnóstico de depresión, lo que puede perpetuar la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento del paciente. La tercera barrera es la disponibilidad del tiempo de consulta. Se recomienda que la intervención psicoterapéutica dure en promedio cuarenta minutos, por lo que se deberá ajustar el tiempo dispuesto para la consulta y la frecuencia de los controles para el seguimiento del paciente. Se debe aclarar que el plan de implementación es general, y se deberá adaptar al contexto local de cada población, anticipando los recursos humanos y económicos con los que se cuenta.

La GPC-depresión cuenta con varios facilitadores para la implementación de las recomendaciones, por esta razón, y con el fin de promover la comprensión de la guía por parte de usuarios, pacientes y familiares, se han diseñado dos versiones de la guía. Una versión técnica dirigida a profesionales de la salud, con un resumen de las recomendaciones y algoritmos de tratamiento que faciliten su uso. Otra versión, con términos comúnmente utilizados y con explicaciones detalladas, ajustada para pacientes y familiares. Adicionalmente, se publicarán estas versiones de la guía en medios digitales como internet, en revistas científicas y en soportes físicos para distribuir las a los usuarios. Otro facilitador es el sistema utilizado para asignar categorías a la evidencia que acompaña a cada recomendación, de esta manera se le facilita al usuario



Tabla 2. Intervenciones dirigidas a superar las barreras de implementación según EPOC

<p>Intervenciones sobre los profesionales</p>	<p>Distribución de materiales educativos, por ejemplo, envío de la guía por correo postal o entrega a la mano en el lugar de trabajo; formatos reducidos de la guía como una cartilla de bolsillo. Sesiones formativas: conferencias, sesiones clínicas, talleres. Procesos de consenso local: inclusión de los profesionales implicados en la discusión para asegurar que están de acuerdo en que el problema clínico elegido es importante, y que la aproximación para manejar el problema es adecuada. Visitas de un facilitador: una persona con formación y entrenamiento específico visita al profesional de salud para darle información con la intención de cambiar su práctica (la información dada puede incluir retroalimentación de la práctica clínica del profesional). Líderes locales de opinión: participación de profesionales de la salud denominados por sus colegas como “influyentes” desde el punto de vista formativo. Intervenciones mediadas por pacientes: nueva información clínica recogida directamente de los pacientes y suministrada a los profesionales. Auditoría y retroalimentación: proporcionar a los profesionales cualquier resumen de sus actuaciones clínicas en un periodo de tiempo especificado (el resumen puede incluir recomendaciones de acción clínica). Recordatorios: información paciente-encuentro específica provista verbalmente, en papel o en la pantalla de un computador, diseñada para llamar la atención del profesional y para que recuerde cierta información que le permita realizar o evitar alguna acción para ayudar al paciente Medios de comunicación masivos: televisión, radio, periódicos, posters, y folletos, solos o en conjunto con otras intervenciones y dirigidos a la población.</p>
<p>Intervenciones financieras</p>	<p>Orientada hacia los profesionales: pago por servicio; incentivos* al profesional o a la institución. Orientada hacia los pacientes: copago; incentivos* al paciente.</p>
<p>Intervenciones organizacionales</p>	<p>Pueden incluir cambios en las estructuras físicas de las unidades de atención sanitaria, en los sistemas de registro médico o en la titularidad. Orientadas hacia los profesionales: revisión de los roles profesionales; conformación de equipos clínicos multidisciplinarios; integración formal de servicios; continuidad de cuidados; satisfacción de los profesionales; comunicación y discusión de casos a distancia entre profesionales. Orientadas hacia los pacientes: envío por correo de prescripciones; mecanismos para el manejo adecuado de quejas y sugerencias de pacientes; participación de los pacientes en el gobierno de la institución de salud. Estructurales: cambio en el entorno (lugar) de prestación del servicio; cambios de la estructura física, instalaciones, y equipos; cambios en los sistemas de historias clínicas; cambios en el tipo de prestaciones; presencia de mecanismos para el control de la calidad, etc.</p>
<p>Intervenciones regulatorias</p>	<p>Cualquier intervención que tenga como objetivo cambiar la prestación o el costo del servicio de salud mediante una ley o norma, entre otras: Cambios en las responsabilidades del profesional. Manejo de las quejas de los pacientes. Acreditación.</p>

* Los incentivos pueden ser positivos (como bonificaciones o primas) o negativos (por ejemplo multas).
 Fuente: Effective Practice and Organization of Care Group (13).

la toma de decisiones basada en evidencia. Como tercer facilitador se encuentra el plan de disseminación y difusión, el cual ha sido diseñado para llegar a las diferentes líneas de actuación. Finalmente, con el fin de facilitar la observación y evaluación de las GAI, se han diseñado los indicadores de seguimiento de tal forma que puedan ser adaptados al SGSSS en Colombia (15), explicados y ejemplificados en el *Manual del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud* (16).

Barreras y facilitadores para la GPC-alcohol

Entre las barreras identificadas en la GPC-alcohol encontramos las siguientes:

1. El tiempo limitado en la consulta de atención primaria que dificultaría la aplicación de algunas de las recomendaciones (escalas de tamizaje AUDIT, intervención breve motivacional).
2. La falta de aplicabilidad de algunas recomendaciones por el contexto clínico en el que se encuentre el paciente, donde puede no haber disponibilidad de algunos medicamentos (lorazepam intravenoso), o estudios paraclínicos recomendados (niveles séricos de vitamina B12 y ácido fólico), o la posibilidad de traslado a un nivel de mayor complejidad para manejo especializado (manejo agudo

por psiquiatra y a largo plazo rehabilitación por uso indebido de alcohol).

3. La falta de flexibilidad en el escenario clínico por parte de los trabajadores sanitarios a incorporar nuevas prácticas como por ejemplo la aplicación de escala CIWA-AR.

La GPC-alcohol cuenta con varios facilitadores para la implementación de las recomendaciones. Con el fin de promover la comprensión de la guía por parte de usuarios, pacientes y familiares se han diseñado dos versiones de la guía. Una versión técnica dirigida a profesionales de la salud, con un resumen de las recomendaciones y algoritmos de tratamiento que faciliten su uso. Otra versión, con términos comúnmente utilizados y con explicaciones detalladas, ha sido ajustada para pacientes y familiares. Adicionalmente, se publicarán estas versiones de la guía en medios digitales como internet, en revistas científicas, y en soportes físicos para ser distribuidas a los usuarios.

Otro facilitador es el sistema utilizado para categorizar la evidencia que acompaña a cada recomendación, de esta manera se le provee al usuario la toma de decisiones basada en evidencia. Como tercer facilitador, se encuentra el plan de disseminación y difusión el cual ha sido diseñado para llegar a las diferentes líneas de actuación. Finalmente, con el objeto de facilitar la observación y evalua-

ción de las GAI, los indicadores de seguimiento se han diseñado de tal forma que puedan ser adaptados al SGSSS en Colombia (15), explicados y ejemplificados en el *Manual del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud* (16).

Monitoreo, seguimiento y evaluación de las GPC

En este documento se estima que la implementación de las GPC supone no solo que los profesionales de salud dispongan de la adherencia suficiente, sino también de un entorno institucional favorable, que cuenten con un sistema de observación, que permita medir el proceso de implementación (indicadores de gestión) y el efecto de las GPC en la práctica clínica (indicadores de desenlace clínico). Con este objetivo se han diseñado una serie de indicadores que buscan identificar y medir procesos centrales y estos han sido incluidos en un tablero general que busca facilitar el proceso de toma de decisiones.

Como se explicó anteriormente, se deben evitar las barreras en el proceso de implementación de las GPC, razón por la cual los indicadores fueron diseñados de manera que se puedan articular con los diferentes niveles que contempla el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y su componente de Sistema de Información para la Calidad (SIC). Se preferirá la selección de indicadores de calidad que sirvan para identificar áreas de mejoramiento y

monitorizar los procesos de mejora de la calidad (17).

Se espera que la información obtenida sea útil para la gestión de la calidad y se evite la generación de información que solamente incrementa el trabajo administrativo en la gestión de servicios de salud. Con el fin de adaptarlos al SGSSS en Colombia, los indicadores seguirán los lineamientos establecidos por el sistema (15), explicados y ejemplificados en el *Manual del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud* (16).

El tablero de indicadores está fundamentado en la metodología de Balanced Scorecard, agrupado en dos (2) categorías:

- **Indicadores de gestión:** Describen el proceso de implementación de las GAI. Se espera tener entre tres y cinco indicadores de gestión, se recomienda que sea uno de cada fase del proceso de implementación descrito anteriormente.
- **Indicadores de desenlace clínico:** Describe las consecuencias en salud de la implementación de las recomendaciones. Corresponde a aspectos específicos clínicos y asistenciales que los expertos han determinado como adecuados para el seguimiento de las recomendaciones propuestas en la GAI.

A continuación encontramos un ejemplo de indicadores de gestión y de desenlace clínico para cada una de las dos guías mencionadas en el

Tabla 3. Ejemplo indicadores GAI-depresión

Categorías	Compromiso	Nombre del indicador	Dominio	Operacionalización
1. Gestión 50 %	Formación y capacitación.	Actividades de formación y capacitación dirigidas al grupo de profesionales en salud usuarios de GAI-depresión.	Calidad técnica.	Número de jornadas de formación y capacitación realizadas para difusión de la GAI-depresión* 100/Número de jornadas de capacitación programadas.
2. Desenlace clínico (50 %)	Detección temprana.	Prevalencia de pacientes en atención primaria.	Calidad técnica.	Número de pacientes valorados en atención primaria que cumplen con los criterios de depresión según el CIE-10 * 100/Número total de pacientes que son valorados en consulta de atención primaria.

Fuente: elaboración de los autores.

Tabla 4. Ejemplo de indicadores GAI-alcohol

Categorías	Compromiso	Nombre del indicador	Dominio	Operacionalización
1. Gestión (50 %)	Difusión y disminución.	Localización de las instituciones públicas y privadas, y de los profesionales que agrupan a la población objetivo de la GAI-alcohol.	Calidad técnica.	Número de instituciones públicas y privadas en el denominador que fueron informadas acerca de las GAI-alcohol/Número de instituciones públicas y privadas identificadas como potenciales usuarios de las GAI-alcohol.
2. Desenlace clínico 50 %	Diagnóstico y tratamiento.	Oportunidad de asignación de cita con especialista.	Accesibilidad/opportunidad.	Número de pacientes a quienes se les asigna cita con especialista para manejo por uso indebido de alcohol/Número de pacientes que cumplen criterios según GAI-alcohol para remisión a especialista por uso indebido de alcohol.

Fuente: elaboración de los autores.

presente artículo. Indicadores de Guía de Atención Integral para detección temprana del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente (Ver tabla 3) e Indicadores Guía para la detección temprana, diagnósticos y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia de alcohol (Ver tabla 4).

Finalmente, el proceso termina con la evaluación y socialización de estos resultados. El ejercicio de rendición de cuentas del proceso de implementación de las guías, permite la mejora de las GPC.

Conclusiones

Las recomendaciones descritas en las GPC fueron obtenidas mediante un riguroso proceso metodológico que permitió formular conclusiones basadas en la evidencia clínica de alta calidad. Sin embargo, el hecho de contar con esta valiosa herramienta, no garantiza cambios significativos en la práctica clínica.

Es fundamental contar con un proceso de difusión, diseminación, implementación, y monitoreo permanente, que permita modificar la práctica clínica, medir el impacto en salud, y realizar las modificaciones necesarias que consientan la penetración de las GPC en la práctica clínica. Este es un proceso complejo que solo recientemente ha sido objeto de estudio, y no cuenta con suficien-

te evidencia al respecto. El proceso de implementación de las GAI es un *continuum*, que se debe adaptar según los recursos y necesidad del contexto local. Por esto mismo se espera que el documento sea revisado periódicamente en la medida en que se disponga de nueva información.

Agradecimientos

Al Ministerio de Salud y Protección Social y al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), por el financiamiento para el desarrollo de la guía mediante Contrato 126 de 2010 suscrito con la Pontificia Universidad Javeriana. Al personal de soporte administrativo para el desarrollo de la guía.

Referencias

1. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá: Minprotección, Colciencias; 2010.
2. Field MJ, Lohr KN (editors). Institute of Medicine, Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines: directions for a new program. Washington: National Academy Press; 1990.
3. Grupo de implementación alianza CINETS. Recomendaciones para la difusión, diseminación, adopción e Implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) presentadas en las Guías de Atención Integral (GAI) para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS). Bogotá: CINETS; 2012.

4. Grimshaw J, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. 1993;1342:317-22.
5. Committee to Advise the Public Health service on Clinical Practice Guidelines. Institute of Medicine. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington: National Academy Press; 1990.
6. Norheim OF. Healthcare rationing-are additional criteria needed for assessing evidence based clinical practice guidelines? *BMJ*. 1999;319:1426-9.
7. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997;157:408-16.
8. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999;282:1458-65.
9. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS.; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-02.
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN 50. A guideline developer's handbook. Edinburgh; SIGN; 2011.
11. New Zealand Guidelines Group. Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines. New Zealand: 2001.
12. van Bokhoven MA, Kok G, van der WT. Designing a quality improvement intervention: a systematic approach. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:215-20.
13. Effective Practice and Organization of Care Group (EPOC) [internet]. 2012 [citado: 15 de agosto de 2012]. Disponible en: www.epoc.cochrane.org.
14. World Health Organization (WHO). Mental health, atlas 2011 [internet]. 2011 [citado: 15 de agosto de 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf.
15. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Minprotección; 2006.
16. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en Salud. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Minprotección; 2011.
17. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Primer on indicator development and application: measuring quality in health care. Washington: Accreditation of Healthcare Organizations; 1990.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 25 de octubre de 2012
Aceptado para publicación: 6 de noviembre de 2012*

Correspondencia
Natalia Sánchez Díaz
Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística
Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7ª N.º 40-62 Piso 2
Bogotá, Colombia
nataliasand@gmail.com

Anexo

Equipo desarrollador ampliado GPC-Depresión

Carlos Gómez-Restrepo (Pontificia Universidad Javeriana, PUJ, director), Adriana Bohórquez Peñaranda (PUJ, coordinadora), Maritza Rodríguez Guarín (PUJ, experta temática y metodológica), Jenny García Valencia (Universidad de Antioquia, experta temática y metodológica), Ana María de la Hoz Bradford (PUJ, experta metodológica), Álvaro Enrique Arenas Borrero (PUJ, maestrando, asistente de investigación), Juliana Guzmán Martínez (PUJ, maestrando, asistente de investigación), Sergio Mario Castro Díaz (PUJ, residente, asistente de investigación), Eliana Bravo Narváez (PUJ, residente, asistente de investigación), Juliana Rodríguez Ángel (PUJ, residente, asistente de investigación), Catalina Ayala Corredor (PUJ, asistente investigación), Nathalie Tamayo Martínez (PUJ, *fellow* psiquiatría de enlace, asistente de investigación), Yamile Reveiz (PUJ, médica general, asistente de investigación), Patricia Maldonado Riveros (PUJ, médico general rural, asistente de investigación), Luis Eduardo Jaramillo (Universidad Nacional de Colombia, Asociación Colombiana de Psiquiatría, experto temático), Enrique Brito (Asociación Colombiana de Psiquiatría, ACP, experto temático), Sonia Rodado Fuentes (ACP, experta temática), Carlos Alberto Palacio Acosta (Universidad de Antioquia, experto temático), Ricardo Sánchez Pedraza (Universidad Nacional de Colombia, experto temático), José Miguel Uribe Restrepo (PUJ, experto temático), Juanita Gempeler Rueda (psicóloga, experta temática), Laura Marcela Gil Lemus (PUJ, asistente de investigación), Hernando Gaitán (Universidad Nacional de Colombia, revisor externo), María Ximena Rojas (PUJ, líder grupo Economía), Ludy Alexandra Parada Vargas (PUJ, apoyo grupo Economía), Natalia Sánchez Díaz (PUJ, grupo Implementación), Andrés Duarte Osorio (PUJ, grupo Implementación), Nelcy Rodríguez Malagón (PUJ, Bioestadística), Ana Lindy Moreno López (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, terapeuta ocupacional), Edwin Yair Oliveros Ariza (Sociedad

Colombiana de Psicología, psicólogo), Juan González-Pacheco (PUJ, experto temático), Luz Marina Carrillo (Fundación Unidos contra la Depresión), Maribel Pinilla Alarcón (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, enfermera, experta temática), Paula Andrea López de Mesa (Sociedad Colombiana de Psicología, psicóloga), Ricardo Alvarado (PUJ, médico de familia, experto temático), Hernando Gaitán (PUJ, asistente de investigación), Jenny Severiche (PUJ, administradora), Equipo de Coordinación General Alianza CINETS: Carlos Gómez-Restrepo (Pontificia Universidad Javeriana), Rodrigo Pardo Turriago (Universidad Nacional de Colombia), Luz Helena Lugo Agudelo (Universidad de Antioquia).

Equipo desarrollador ampliado GPC-Alcohol

Ricardo de la Espriella Guerrero (Pontificia Universidad Javeriana, PUJ, director), Ana María de la Hoz Bradford (PUJ, coordinadora), Patricia Hidalgo Martínez (PUJ, coordinadora hasta noviembre de 2011), Carlos Gómez-Restrepo (PUJ, experto temático y metodológico), Miguel Cote Menéndez (Universidad Nacional de Colombia, experto temático), Alina Uribe-Holguín Zarate (PUJ, asistente de investigación), Patricia Rodríguez Lee (PUJ, asistente de investigación), Laura Marcela Gil Lemus (PUJ, experta temática), Juliana Guzmán Martínez (PUJ, maestranda, asistente de investigación), Michelle Cortés Barré (PUJ, maestranda, asistente de investigación), Nathalie Tamayo Martínez (PUJ, asistente de investigación), Ana María Cano Rentería (Asociación Colombiana de Psiquiatría, ACP, experta temática), Delia Cristina Hernández (ACP, experta temática), Gabriel Hernández Kunzel (ACP, experto temático), Carlos Alberto Cardeno Castro (Universidad de Antioquia, experto temático), Darío Londoño Trujillo (PUJ, coordinador grupo Economía), Alejandra Taborda Restrepo (PUJ, apoyo grupo Economía), Gloria Bernal Nisperuza (PUJ, apoyo grupo Economía), Natalia Sánchez Díaz (PUJ, grupo Imple-

mentación), Andrés Duarte Osorio (PUJ, grupo Implementación), Nelcy Rodríguez Malagón (PUJ, Bioestadística), Ana Lindy Moreno López (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, CCTO, experta temática), Ana Constanza Puerto Espinel (CCTO, experta temática), Francly Milena Rodríguez Herrera (Colegio Colombiano de Psicología, experta temática), Diana Lucía Matallana Eslava (PUJ, experta temática), Hernán Santacruz Oleas (PUJ, experto temático), Pablo Zuleta González (Programa REDES,

Clínica Nuestra Señora de La Paz, experto temático), Ricardo Alvarado (PUJ, médico familia, experto temático), Representantes Comunidad de Alcohólicos Anónimos (AA), Representantes de Al-Anon, Jenny Severiche (PUJ, administración), Equipo de Coordinación General Alianza CINETS: Carlos Gómez-Restrepo (Pontificia Universidad Javeriana), Rodrigo Pardo Turriago (Universidad Nacional de Colombia), Luz Helena Lugo Agudelo (Universidad de Antioquia).