

Práctica clínica basada en evidencia en la gestión de servicios de salud

Miguel Ángel Cardozo Montilla

Postgrado en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud,

Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.

Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

michaeliarchangelo2006@gmail.com

Resumen

En la investigación base del presente artículo, se realizó, bajo un enfoque holístico, con el propósito de analizar crítica y reflexivamente el rol que la práctica clínica basada en evidencia debe desempeñar en la gestión de los servicios de salud, en el marco de un nuevo enfoque de toma de decisiones estratégicas en el contexto sanitario, se identificaron aspectos en los que la evidencia se constituye en vínculo entre quehacer asistencial y desempeño organizacional, poniéndose de manifiesto la importancia del Modelo de Toma de Decisiones Gerenciales en Salud Basada en Evidencia como marco metodológico para la búsqueda, construcción, selección y evaluación de alternativas factibles, no sólo para la resolución de problemas complejos sino también para la optimización de las actividades. Se concluye que la implementación de este modelo podría tener un impacto positivo sobre todo el sistema sanitario y, en última instancia, sobre el macrosistema social del que forma parte. Para ello se requiere, sin embargo, que los gerentes y demás responsables de la toma de decisiones estratégicas desarrollen y fortalezcan competencias específicas para su adecuada aplicación.

Palabras clave: práctica clínica basada en evidencia, toma de decisiones, gestión, servicios de salud.

Evidence-Based Clinical Practice in Health Services Management

Abstract

Basic research for this article was made using a holistic approach in order to analyze, critically and reflexively, the role that evidence-based clinical practice should play in health services management, within the framework of a new approach to strategic decision-making in the health context. Aspects were identified in which evidence constitutes a link between the provision of care and organizational performance, revealing the importance of the Evidence-Based Managerial Health Decision-Making Model as a methodological framework for the search for, construction, selection and evaluation of feasible alternatives, not only for solving complex problems but also for optimizing activities. Conclusions are that implementation of this model could have a positive impact on the entire health system and, ultimately, on the social macro system of which it is a part. However, this requires that managers and others responsible for strategic decision-making develop and strengthen specific skills for proper application of the model.

Key words: evidence-based clinical practice, decision making, management, health services..

Introducción

La práctica clínica basada en evidencia (PCBE), que según Elphick y Smyth (2004), McKibbin (1998), Bonfill *et al.* (1997), Guerra (1996) y Haynes *et al.* (1995), contribuye a mejorar la toma de decisiones en los niveles operativos de las organizaciones sanitarias, puede contribuir a sustentar las decisiones estratégicas propias de la esfera gerencial, tal y como señalan Shortell *et al.* (2007), Sutton y Pfeffer (2006) y Muir Gray (1997). Para ello, los actores responsables de tomarlas deben desarrollar y fortalecer algunas competencias específicas que les permitan hallar, valorar y, de ser necesario, construir la evidencia, pero que además les ayuden a integrarla a las necesidades de la organización y de sus usuarios sin perder de vista las capacidades y limitaciones de aquella, así como las oportunidades y amenazas de su entorno, constituyendo estas últimas factores facilitadores u obstaculizadores, respectivamente, del cumplimiento de los objetivos organizacionales, como advierten Malagón Londoño *et al.* (2008), Hitt *et al.* (2006), Hellriegel *et al.* (2005), Robbins y Coulter (2005) y Stoner *et al.* (1996).

Esta investigación teórica-reflexiva, desarrollada bajo un enfoque holístico, se realizó con el propósito de analizar crítica y reflexivamente el rol que la práctica clínica basada

en evidencia debe desempeñar en la gestión de los servicios de salud, en el marco de un nuevo enfoque de toma de decisiones estratégicas en el contexto sanitario, traducándose este esfuerzo en un aporte a todos los profesionales que laboran en los niveles gerenciales y afrontan de manera cotidiana situaciones complejas que requieren de su oportuna y efectiva intervención, a fin de garantizar la supervivencia tanto de las instituciones asistenciales como de los sistemas de salud donde se encuentran inmersas.

Surgimiento de un nuevo enfoque de atención sanitaria

Cuando Cochrane (1972) planteó que el empleo de los resultados de ensayos clínicos controlados aleatorizados para la formulación de políticas de actuación clínica podría mejorar el desempeño de las organizaciones de salud, estaba sentando las bases de lo que más tarde se conocería como Medicina Basada en Evidencia, cuyo rasgo característico, de acuerdo a Akobeng (2005), Sackett *et al.* (1996), Rosenberg y Donald (1995) y el *Evidence-Based Medicine Working Group* (1992), es la integración de información científica válida y clínicamente relevante (evidencia), derivada de la investigación biomédica, a la toma de decisiones en la atención de pacientes individuales.

El concepto y la forma como se debería implementar se difundieron rápidamente entre los profesionales de las Ciencias de la Salud, adaptándose sus principios a la actividad asistencial propia de cada área. Así, por ejemplo, se publica en *British Dental Journal* el primer artículo sobre Odontología Basada en Evidencia, definiéndola Richards y Lawrence (1995), sus autores, como un proceso de toma de decisiones basado en evidencia conocida. De esta forma fue consolidándose la PCBE, que para McKibbin (1998) y Muir Gray (1997) constituye un nuevo enfoque de atención donde el profesional integra la mejor evidencia disponible tanto a sus destrezas como a las preferencias y necesidades del paciente, a fin de escoger el curso de acción más apropiado para resolver el problema clínico concreto de este último.

Al tiempo que se fue popularizando la metodología para aplicar la PCBE, se impulsaron diversas iniciativas para facilitar a los profesionales de la salud el hallazgo de soluciones altamente efectivas a problemas clínicos concretos. Una de estas iniciativas condujo en 1993 a la creación de la Colaboración Cochrane (*The Cochrane Collaboration*) con la misión de elaborar, actualizar y difundir revisiones sistemáticas de altísima calidad, de acuerdo a lo establecido actualmente por la misma Organización (2009), considerándose este tipo de evidencia, según Phillips *et al.* (1998/2009), como la más confiable.

Sin embargo, Internet ha sido uno de los factores determinantes en la adopción de este enfoque de atención por cada vez más profesionales, ya que la evidencia en la red es abundante y accesible. En tal sentido, existen muchos sitios especializados en el acopio de literatura científica de calidad, conocidos como repositorios de publicaciones digitales en línea, entre los que destacan PubMed, *The Cochrane Library*, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), la Biblioteca Virtual en Salud, entre otros, que cuentan con vocabularios controlados que permiten realizar búsquedas avanzadas con una gran precisión. El más conocido de estos es el MeSH (*Medical Subject Headings*), desarrollado por la *National Library of Medicine* de los Estados Unidos para la indización de artículos en PubMed y para la catalogación de todo su material documental y audiovisual, según la propia Institución (2008). Otros vocabularios controlados se han elaborado a partir del MeSH, como el vocabulario trilingüe DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud), creado por BIREME para la indización y recuperación de información en las bases de datos que conforman el Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, tal y como se indica en la Biblioteca Virtual en Salud (2009).

De la toma de decisiones clínicas a las gerenciales

Desde el punto de vista metodológico, Akobeng (2005) apunta que la toma de decisiones en el marco de la PCBE se inicia con la formulación de una pregunta que traduzca el problema del paciente en un planteamiento claro y concreto. La respuesta a esta pregunta debe surgir de la mejor evidencia disponible, entonces el siguiente paso en el proceso es su búsqueda en bases de datos electrónicas en línea, ya que estos recursos constituyen una vía rápida, accesible y eficaz para el hallazgo de información actualizada y relevante, como señalan Jadad *et al.* (2000).

Una vez recuperada la evidencia, hay que evaluarla crítica y sistemáticamente a fin de determinar la validez de los estudios (validez interna y externa) y su aplicabilidad en el caso particular que se esté abordando, de acuerdo a lo planteado por Akobeng (2005), Bonfill *et al.* (1997) y Guerra Romero (1996). Como resultado de esto, el profesional tendrá una o más alternativas de intervención cuya aplicación dependerá, en palabras de Schattner y Fletcher (2003), tanto de sus capacidades como de las circunstancias particulares y preferencias del paciente, pues es en definitiva el consentimiento informado de este el que determinará el curso de acción a seguir, es decir, la decisión del profesional estará siempre supeditada a la decisión del paciente.

El impacto de las decisiones clínicas así tomadas posee dos dimensiones claramente diferenciadas pero estrechamente relacionadas. Por un lado, el incremento de la calidad de la atención individual derivada de la efectividad de las intervenciones, y por otro, una mayor eficiencia y eficacia de las organizaciones de salud y, subsecuentemente, de los sistemas sanitarios como resultado del efecto acumulado de esas intervenciones. Sin embargo, para el logro de esto último se requiere de la definición de políticas institucionales y políticas públicas que establezcan directrices para una implementación masiva de la PCBE, pero dichas políticas deben sustentarse a su vez en evidencia sólida, por lo que la toma de decisiones gerenciales debe responder, en este y en todos los casos, a una metodología que facilite la integración de la evidencia al proceso de construcción y selección de alternativas factibles.

En tal sentido, ha surgido un nuevo modelo que persigue lo anterior, denominado "Toma de Decisiones Gerenciales en Salud Basada en Evidencia" (TDGSBE), que según Cardozo Montilla (2008: 30) se define como:

El proceso mediante el cual se selecciona e implementa una línea de acción factible, orientada a la resolución satisfactoria de un problema organizacional, a partir del

análisis crítico y sistemático de toda la información relevante relacionada con el mismo y tomando en consideración los intereses de la institución, las necesidades de sus usuarios y las características del sector sanitario al cual pertenece.

La evidencia entendida en el contexto de este modelo como toda información válida que pueda sustentar la toma de decisiones en los niveles estratégicos del sistema de salud, es más difícil de valorar que la evidencia empleada en la atención de pacientes individuales, por la naturaleza misma de la información generada y requerida en la esfera gerencial. Pese a ello, el *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* propone unos niveles de evidencia, los cuales pueden servir de referencia a la hora de evaluar críticamente este tipo de información. De ellos, los relacionados con análisis económicos y de decisión son los que mejor pueden guiar dicho proceso de valoración en el marco de la TDGSBE. Esos niveles, establecidos por Phillips *et al.* (1998/2009), son los siguientes:

- 1a: Revisiones sistemáticas de estudios económicos de Nivel 1 con resultados homogéneos entre sí.
- 1b: Análisis basados en costos o alternativas clínicamente sensibles. Revisiones sistemáticas de esta evidencia, incluyendo análisis de sensibilidad multidireccionales.
- 1c: Análisis de mejor o peor valor absoluto.
- 2a: Revisiones sistemáticas de estudios económicos de Nivel 2 con resultados homogéneos entre sí.
- 2b: Análisis basados en costos o alternativas clínicamente sensibles. Revisiones limitadas de esta evidencia o estudios individuales, incluyendo análisis de sensibilidad multidireccionales.
- 2c: Auditorías de estudios de resultados.
- 3a: Revisiones sistemáticas de excelentes estudios 3b con resultados homogéneos entre sí.
- 3b: Análisis basados en costos o alternativas limitadas. Estimaciones de datos de mala calidad pero que incluyen análisis de sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles.
- 4: Análisis sin análisis de sensibilidad.
- 5: Opiniones de expertos.

Indudablemente, la información manejada por los gerentes del sistema sanitario no se circunscribe a este tipo de evidencia, pero la escala anterior constituye un buen ejemplo de lo que en términos generales debe considerarse como confiable o no. Así, puede observarse que la evidencia del nivel 1 es más sólida que la del nivel 5, dado que la primera proviene de estudios robustos en los que se pueden controlar eficazmente las fuentes de sesgos, mientras que la segunda es el resultado de apreciaciones subje-

tivas, en cuyo surgimiento intervienen los valores, prejuicios, creencias y, en muchos casos, los intereses de quienes las emiten.

Por otra parte, el tipo de enfoque de investigación bajo el cual se genera la evidencia puede ser un buen indicador de su confiabilidad. Para Ingram (1996), la información derivada de una metodología cuantitativa (*hard data*) es, en términos generales, más adecuada para sustentar la toma de decisiones en servicios y sistemas de salud que aquella que resulta del empleo de métodos cualitativos (*soft data*).

Por esta diversidad, la TDGSBE pretende proporcionar un marco metodológico que permita llevar a cabo un proceso sistemático que conduzca a la selección objetiva de alternativas factibles, minimizando la influencia de la “racionalidad limitada” de los responsables de la toma de decisiones durante la fase de análisis de la información, que de acuerdo a los fundamentos del Modelo Conductista lleva a la selección de cursos de acción que “satisfacen” pero no “optimizan”, como puntualizan Soo Meng y Juurikkala (2008) y Oliveira da Silva (2002).

Consideraciones finales

La idea de emplear evidencia altamente confiable para la toma de decisiones gerenciales en el contexto sanitario no es nueva, pero la consolidación de un modelo que establezca pautas metodológicas para hacerlo es, sin duda alguna, un aporte significativo, sobre todo en momentos cuando la economía global se muestra particularmente frágil y, en consecuencia, se requiere de un mejor desempeño de las organizaciones involucradas en la generación de bienes y servicios.

En el sector salud, dada la creciente demanda por atención altamente especializada y los costos que eso implica, lo anterior constituye un factor determinante de su supervivencia, en consecuencia las decisiones en los distintos niveles del sistema sanitario, principalmente en los niveles gerenciales, deberían estar orientadas a optimizar las distintas actividades.

Es aquí donde la TDGSBE se erige en pilar de un nuevo enfoque de gestión donde se recurre a la evidencia para construir y seleccionar alternativas que permitan mejorar el desempeño de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con un impacto positivo sobre todo el sistema sanitario y, en última instancia, sobre el macrosistema social del que forma parte.

Sin embargo, la aplicación de este modelo implica el desarrollo de competencias específicas por parte de los gerentes y responsables de la toma de decisiones en los nive-

les estratégicos del sector, tales como habilidades de búsqueda de información científica, conocimientos sobre metodología de investigación y estadística, capacidad de análisis crítico, aprendizaje reflexivo, entre otras, por lo que se deberían promover iniciativas para el adiestramiento de estos profesionales en esas áreas, así como su integración a los planes de estudio de pre y postgrado a fin de que las futuras generaciones de gerentes adquieran y fortalezcan dichas competencias en sus primeros años de formación. Sin esto, cualquier intento por implementar el modelo podría acarrear consecuencias negativas.

Referencias

- AKOBENG, Anthony K. (2005). Principles of evidence based medicine. *Archives of Disease in Childhood*, 90(8), 837-840.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD (2009). *DeCS-Descriptores en Ciencias de la Salud*. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/decswebe2009.htm> (consulta: 2010, enero 12).
- BONFILL, Xavier; GABRIEL, Rafael y CABELLO, Juan (1997). La medicina basada en la evidencia. *Revista Española de Cardiología*, 50(12), 819-825.
- CARDOZO MONTILLA, Miguel Angel (2008). Diseño de un modelo de toma de decisiones gerenciales aplicable a organizaciones odontológicas venezolanas: Aspectos metodológicos de la Práctica Clínica Basada en Evidencia. Trabajo Especial de Grado no publicado. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- COCHRANE, Archibald Lemana (1972). *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- ELPHICK, Heather E. y SMYTH, Rosalind L. (2004). Research: The principles of evidence-based medicine. *Current Paediatrics*, 14, 525-531.
- EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP (1992). Evidence based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2.420-2.425.
- GUERRA ROMERO, Luis (1996). La medicina basada en la evidencia: Un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 107(10), 377-382.
- HAYNES, R. Brian; HAYWARD, Robert S. A. y LOMAS, Jonathan (1995). Bridges between health care research evidence and clinical practice. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2(6), 342-350.
- HELLRIEGEL, Don; JACKSON, Susan E. y SLOCUM, John W. (2005). *Administración: Un enfoque basado en competencias* (10a. ed.). México, D. F.: Thomson.
- HITT, Michael A.; BLACK, J. Stewart y PORTER, Lyman W. (2006). *Administración* (9a. ed.). México, D. F.: Pearson Educación.
- INGRAM, Nigel (1996). The research basis of health care decision making. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 692-696.
- JADAD, Alejandro R.; HAYNES, R. Brian; HUNT, Derek y BROWMAN, George P. (2000). The Internet and evidence-based decision-making: A needed synergy for efficient knowledge management in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 162(3), 362-365.
- MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo y PONTÓN LAVERDE, Gabriel (2008). *Administración hospitalaria* (3a. ed.). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- MCKIBBON, K. Ann (1998). Evidence-based practice. *Bulletin of the Medical Library Association*, 86(3), 396-401.
- MUIR GRAY, J. A. (1997). Evidence-based healthcare: How to make health policy and management decisions. Londres: Churchill Livingstone.
- OLIVEIRADA SILVA, Reinaldo (2002). *Teorías de la administración*. México, D. F.: Thomson.
- PHILLIPS, Bob; BALL, Chris; SACKETT, Dave; BADENOCH, Doug; STRAUS, Sharon; HAYNES, Brian y DAWES, Martin (1998, actualizado en 2009 por Jeremy Howick). *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine-Levels of Evidence (March 2009)*. Disponible en: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025> (consulta: 2010, enero 11).
- RICHARDS, Derek y LAWRENCE, Alan (1995). Evidence based dentistry. *British Dental Journal*, 179(7), 270-273.
- ROBBINS, Stephen P. y COULTER, Mary (2005). *Administración* (8a. ed.). México, D. F.: Pearson Educación.
- ROSENBERG, William y DONALD, Anna (1995). Evidence based medicine: An approach to clinical problem-solving. *British Medical Journal*, 310(6987), 1.122-1.126.
- SAARNI, Samuli I.; HOFMANN, Björn; LAMPE, Kristian; LÜHMANN, Dagmar; MÄKELÄ, Marjukka; VELASCO-GARRIDO, Marcial y AUTTI-RÄMÖ, Ilona (2008). Ethical analysis to improve decision-making on health technologies. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8), 617-623.
- SACKETT, David L.; ROSENBERG, William M.; MUIR GRAY, J. A.; HAYNES, R. Brian y RICHARDSON, W. Scott (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- SCHATTNER, A. y FLETCHER, R. H. (2003). Research evidence and the individual patient. *QJM: An International Journal of Medicine*, 96(1), 1-5.
- SHORTELL, Stephen M.; RUNDALL, Thomas G. y HSU, John (2007). Improving patient care by linking evidence-based medicine and evidence-based management. *Journal of the American Medical Association*, 298(6), 673-676.
- SOO MENG, Jude Chua y JUURIKKALA, Oskari (2008). El don personal en las empresas sanas: Racionalidad limitada, valores inconmensurables y agencia económica. *Revista Empresa y Humanismo*, 11(1), 67-88.
- TONER, James A. F.; FREEMAN, R. Edward y GILBERT, Daniel R. (1996). *Administración* (6a. ed.). México, D. F.: Prentice Hall Hispanoamericana.
- SUTTON, Robert I. y PFEFFER, Jeffrey (2006). Gestión Basada en la Evidencia. *Harvard Business Review América Latina*, 84(1), 46-60.

THE COCHRANE COLLABORATION (2009). **About The Cochrane Collaboration**. Disponible en: <http://www.cochrane.org/docs/descrip.htm> (consulta: 2010, enero 11).

U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2008). **Fact Sheet: Medical Subject Headings (MeSH®)**. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/mesh.html> (consulta: 2010, enero 12).
