

Maestría de gerenciamiento de sistemas de salud. Universidad  
de Buenos Aires.

Maestranda: María Victoria Ruiz Yanzi

Directora: Karin Silvana Kopitowski

Tutor Santiago Esteban

Defensa de tesis 9 de junio de 2023

Desarrollo de una metodología para lograr mejoras en la medición de calidad en salud bajo el paradigma de la atención centrada en la persona.

## 1. Introducción

### 1.1. Calidad de atención e indicadores en atención primaria

La Agencia para la investigación y calidad de la Atención Médica (AHRQ por sus siglas en inglés) define a la atención médica de calidad como “hacer lo correcto para el paciente correcto, de la manera correcta para lograr los mejores resultados posibles(1).

Según Young y col (2), la Atención primaria de la salud (APS) se puede conceptualizar como un sistema adaptativo complejo, donde personas e instituciones interactúan de forma no lineal, dando como resultado, comportamientos impredecibles y creativos, en vez de procesos lineales y rígidos para llegar a diagnósticos y tratamientos.

El profesional de atención primaria se enfrenta con pacientes complejos, que no solo presentan un problema de salud, sino varios. Sumado a esto, las distintas condiciones sociales, económicas y los deseos individuales de la persona influyen a la hora de tomar decisiones en salud.

Por lo mencionado, la calidad en atención médica en atención primaria constituye un sistema complejo, donde muchas veces las mediciones están más centradas en medidas lineales o reducidas a una determinada enfermedad, resultando inapropiadas para reflejar la calidad del cuidado de una persona a lo largo del tiempo. En ese sentido cuando pensamos qué es calidad en atención médica, y cómo se mide, tendemos a pensar en indicadores, que señalan, miden o de otra manera proporcionan una visión general resumida de un concepto específico.

Muchas veces estos indicadores son generados para la atención hospitalaria, en ámbitos como la internación en los que por ejemplo, la administración de la medicación o la realización de estudios son mayoritariamente decididos por el equipo tratante, dadas las

circunstancias particulares de un proceso de internación(3). Estos indicadores luego, son extrapolados al ámbito ambulatorio. A su vez estos indicadores son muchas veces generados y pensados en pacientes que tienen un solo problema de salud(4)(5)(6). Estas situaciones particulares hacen que sea difícil obtener información que realmente represente las tareas del profesional de APS.

Como estrategias para optimizar la atención, cada vez más, son utilizados los programas de incentivos por desempeño del profesional que consisten en modelos de pago que ofrecen incentivos financieros a médicos, hospitales, grupos médicos y otros proveedores de atención médica para cumplir con ciertas medidas de desempeño.

Uno de los grandes problemas de estos modelos es que muchas veces se encuentran más centrados en resultados que en el proceso que lleva a ese resultado(5), generando que los profesionales trabajen guiados únicamente por el resultado, dejando de lado otros factores que pueden involucrar a los pacientes (por ejemplo, la dificultad para adquirir una medicación, las interacciones con otros tratamientos, etc). A pesar de la implementación generalizada, existen zonas de incertidumbre sobre la efectividad de estos programas para la mejora de la calidad de atención del paciente, ya que aunque como sostienen algunos estudios, los objetivos de calidad mejoran la atención al centrar la atención en ciertas actividades clínicas(7), los pagos diferenciados pueden influir en los proveedores de salud para que ignoren las condiciones no incentivadas de los pacientes, desvaloricen las preocupaciones de los pacientes y anulen la autonomía del paciente(8). A su vez hay dudas sobre la sostenibilidad del rendimiento una vez que los incentivos financieros son removidos(6)(7).

Estos modelos de incentivos financieros, se imponen como forma de mejorar la calidad de atención de los pacientes, pero como dicen Kunneman et al en *Measurement with a wink*(9) si uno sabe "cómo jugar el juego" uno puede ser premiado por prescribir estatinas en pacientes que no tiene intenciones de tomarlas, o lograr una hemoglobina glicosilada de 6,8% en un paciente temeroso de tener hipoglucemias . Esto sin dejar de lado, que en este tipo de procesos, es importante tener en cuenta los valores y preferencias de los pacientes, y en muchos casos estos no se alinean con los de los profesionales. Por ejemplo, los pacientes suelen preferir tomar medicaciones cuando su efecto es sustancial, muy por encima de lo recomendado en las guías de práctica clínica(10).

## 1.2. El "problema" de la multimorbilidad

La gestión de la creciente prevalencia de trastornos crónicos es el principal desafío que enfrentan los gobiernos y los sistemas de atención de salud en todo el mundo(10)(11). Aunque las enfermedades individuales dominan la prestación de servicios de salud, la investigación médica y la educación médica, las personas con multimorbilidad (aquellas con dos o más morbilidades crónicas) necesitan un enfoque más amplio(12).

La multimorbilidad se vuelve cada vez más común con la edad (13)(14) y se asocia con una alta mortalidad(15), disminución de la funcionalidad(16)(17), y un mayor uso de la atención de salud tanto ambulatoria como para pacientes hospitalizados.

El abordaje de cada una de las patologías que constituyen la multimorbilidad, tal como suele hacerse en la mayoría de los centros, puede ser ineficiente, duplicar tareas y ser inseguro para los pacientes debido a una coordinación e integración deficientes(18)(19).

La evidencia refleja que las personas con multimorbilidad tienen más dificultades con la fragmentación de la atención y el error médico porque gran parte de la atención especializada se centra en el tratamiento de una enfermedad(20) .

### 1.3. La cultura de la medición en APS y sus dificultades

En Estados Unidos los profesionales de la atención primaria ven a las mediciones como una carga: imprecisas, inadecuadas y muchas veces muy costosas y a su vez, como algo que no explica cabalmente la complejidad de la atención en APS(21)(22).

Tampoco hay que despreciar que la cultura de la medición tiene consecuencias no planeadas, al margen del potencial daño a pacientes. Los profesionales de la salud pasan el doble de tiempo completando documentación que en situaciones cara a cara con el paciente. Los sistemas de salud en Estados Unidos gastan más de 15 mil millones de dólares cada año en la recolección, procesamiento y reporte de mediciones de calidad(23).

Los pacientes y los encargados del cuidado de su salud (médicos, enfermeros) creen que los reportes de calidad carecen de la información que ellos necesitan para la toma de decisiones en cuanto a su práctica clínica.

En un intento por superar estos problemas, los desarrolladores de mediciones están creando más mediciones, y los financiadores están solicitando que sean usados en distintos ambientes(22).

Contrario a esta postura, existe una corriente que piensa que es hora de repensar cómo se mide calidad en salud(22).

Esto nos pone entonces en una posición difícil a la hora de medir la calidad en atención primaria ya que aparentemente los indicadores tradicionales no representan necesariamente la “buena calidad” de atención en este ámbito.

La calidad debe siempre apuntar a la mejora de los procesos de salud y al mismo tiempo, la mejoría de la calidad en el sector salud es una obligación tanto de los profesionales y una competencia del cuidado de la salud(24).

La medición de valores clínicos, es importante para proveer cuidados adecuados en salud(por ejemplo hemoglobina glicosilada o glucemia en un paciente diabético).

Pero hoy en día este pensamiento no es suficiente. **La complejidad de la atención médica, hace que seamos conscientes que no existen mediciones ni valores de corte para todas las entidades médicas. Muchas veces los médicos dan tratamiento sin tener un diagnóstico claro, o simplemente se hace tratamiento de síntomas sin necesidad de llegar a un diagnóstico, y esto forma parte de la calidad en atención(25).**

A diferencia de la atención lineal, donde los objetivos y metas de la atención se definen con facilidad( un valor de laboratorio) no hay muchas veces una respuesta correcta u objetivo específico.

**En estas áreas tendríamos que ser capaces de medir y mejorar calidad en salud desde la pertinencia de cuidados para cada persona en cada situación, particularmente cuando esto no puede ser cuantificado(26).**

A su vez no podemos dejar de mencionar que existe evidencia(27) de que el feedback adecuado a profesionales de la salud mejora la performance en cuanto a la actividad clínica de los profesionales de la salud y a su vez es percibido como positivo tanto desde la experiencia tanto del profesional, que percibe el feedback como una instancia de crecimiento y mejora, y también por el paciente respecto al cuidado de la salud(28)(29)(30).

#### 1.4 Experiencia de medición de calidad en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires

El Hospital Italiano de Buenos Aires es un hospital universitario ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que cuenta a su vez con 20 centros periféricos de atención ambulatoria distribuidos en todo el área metropolitana de Buenos Aires. Los servicios de atención primaria son ofrecidos por médicos de familia, médicos internistas y pediatras, que están a cargo de un panel definido de pacientes, que brindan el primer contacto de atención en un entorno capitado.

El Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria(SMFyC) es un servicio médico del Hospital Italiano, en el que los profesionales médicos que atienden, funcionan como médicos de cabecera para los afiliados del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. Actualmente el SMFyC cuenta con 157 médicos entre médicos asociados y de planta, además del programa de formación de residentes en Medicina Familiar, becarios de perfeccionamiento en medicina comunitaria y becarios de perfeccionamiento en investigación.

En lo referido al pago a los profesionales, inicialmente el pago era un salario fijo por módulos de atención, en el año 1994 cambió la manera de pago a los médicos, y pasaron a cobrar por cápita de pacientes a cargo.

En el año 1998 surge la idea de pagar a los médicos por la realización de ciertas prácticas modélicas(31) de la medicina familiar, como por ejemplo la realización de papanicolau y la atención de niños. Siguiendo esta línea en el año 2004 se implementa un bono anual individual a aquellos médicos que cumplieran con ciertas metas en indicadores modélicos.

En el año 2005 se creó el Programa de Mejora de la Calidad (PMC) en el cuidado de la salud, que pasó de ser un programa individual a un programa de incentivos de calidad basado en cinco grupos de médicos llamados unidades de docencia y atención clínica, UDA en su acrónimo. Las UDAs son espacios de encuentro de los profesionales que se desarrollan una vez por semana, en los que los participantes discuten casos clínicos y dudas de la práctica asistencial. Están formados por 10-15 médicos, uno de ellos de mayor experiencia asistencial coordina el grupo.

Desde agosto de 2005, se creó un nuevo esquema de pago por desempeño, inspirado en el experimento británico. Comenzó a funcionar como un complemento del régimen de pago por cápita que potencialmente podía representar un aumento de hasta del 8% en el pago anual.

El objetivo de analizar la calidad por UDA era limitar la variabilidad individual, aumentar el conjunto de pacientes con condiciones menos prevalentes, e incentivar el compromiso grupal en lugar del individual.

El desempeño se evaluaba en cinco dimensiones de cuidado: efectividad clínica, asistencia a actividades de educación médica continua, prácticas integrales modélicas, calidad de la documentación en el registro médico electrónico y satisfacción del paciente con la experiencia de cuidado, a través de un set de indicadores. Anualmente el PMC asignaba a cada UDA el puntaje obtenido, transformando puntos en dinero, y repartiéndolo a los médicos participantes.

Algunos de los indicadores utilizados para evaluar efectividad clínica fueron: porcentaje de pacientes en edad de rastreo de cáncer colo-rectal con realización de sangre oculta en materia fecal, y porcentaje de pacientes diabéticos con hemoglobina glicosilada menor a 8%.

En los dos años posteriores a su implementación el programa mostró sustanciales mejoras en los ítems medidos. Esto concuerda con la evidencia existente que postula(32) que los cambios se observan prioritariamente los primeros años luego de su implementación en forma categórica y recientemente se ha evidenciado que los registros y algunas prácticas de laboratorio disminuyen cuando se retira el pago por desempeño(33).

Luego de los años iniciales el modelo empezó a tener algunos problemas: Como el premio se dividía dentro de los integrantes de las UDAs, había individuos que no aportaban pero igual percibían parte del premio económico. También desde el punto de vista de las metas, empezó a haber problemas para establecer umbrales y se empezó a observar el fenómeno de “*gaming*” en el que se miraba el objetivo a cumplir para llegar a alguna meta que era premiada, sin tener en cuenta al paciente en forma global.

Esto demostró que algunos de los indicadores establecidos, al ser específicos de determinadas patologías brindaban una mirada fragmentada del paciente que no representaba el espíritu de la medicina familiar.

En cuanto a la evaluación de la satisfacción del cuidado, los resultados fueron muy satisfactorios a través de todos los grupos, pero con un marcado efecto techo, que llevó a cuestionarse la efectividad de la intervención.

En años posteriores se realizaron modificaciones al programa, eliminando el sistema grupal y pasando a un sistema individual, y muchas de las metas clínicas del programa fueron eliminadas. Se fortaleció la asistencia a las actividades de educación médica continua, y se siguió premiando la realización de prácticas modélicas de la medicina familiar, dado el espíritu del lugar de trabajo.

Estos cambios aunque mejoraron muchos aspectos, como el de médicos que no aportaban y cobraban premios y mejoró la asistencia a actividades académicas, todavía tenía dificultades en evaluar de forma adecuada la atención brindada por médicos de atención primaria.

## **2. Objetivos**

- Desarrollar una metodología para la obtención de indicadores en salud que representen la complejidad de la atención primaria en salud.

- Generar para los profesionales de la salud tableros de gestión de información con datos sociodemográficos y de atención de su población a cargo y comparar estos datos con una media del SMFyC como estrategia de *feedback* continuo.

### **3. Métodos**

#### **3.1 Diseño del estudio**

El estudio realizado es de tipo descriptivo

#### **3.2 Ámbito del estudio**

El estudio se realizó en el SMFyC del Hospital Italiano de Buenos Aires en el que los profesionales médicos que atienden, tienen el rol de médicos de cabecera para los afiliados del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. Actualmente el SMFyC cuenta con 157 médicos entre médicos asociados y de planta, además del programa de formación de residentes en Medicina Familiar, becarios de perfeccionamiento en medicina comunitaria y becarios de perfeccionamiento en investigación.

Cada médico tiene una cápita de pacientes a cargo. Estos pacientes, como mencionamos, son pacientes afiliados al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, que es una Empresa de Medicina Prepaga(EMP) que tiene en su mayoría afiliados de clase media y media-alta que viven en la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores.

La atención que se brinda puede ser tanto en el Hospital Central en el barrio de Almagro y el Hospital Agustín Rocca en San Justo en el Oeste del Gran Buenos Aires, ambos centros de alto nivel de complejidad que además de la atención ambulatoria cuentan con salas de internación de agudos de variada complejidad, así como en los Centros Periféricos que se encuentran en distintos puntos de la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires.

#### **3.3 Población**

Médicos del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires y pacientes afiliados al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires.

#### **3.4 Propósito de los indicadores**

Junto a un equipo de profesionales del SMFyC se desarrolló una estrategia de mejora para el desarrollo de indicadores de gestión ambulatoria que reflejen la práctica del médico de cabecera (médico de familia) centrada en la atención de la persona.

La mejora tiene como objeto el construir en forma escalonada y sistemática una matriz de indicadores de gestión ambulatoria que plantea beneficios a distintos niveles, tanto para el profesional (médico de cabecera), en la posibilidad de autogestionar su atención mediante reportes periódicos con *feedback* personalizado de gestión de su población, de distintos indicadores que representen la atención centrada en la persona, y de la posibilidad de

recibir *feedback* individualizado según sus necesidades de mejora. Para la institución en la posibilidad de adecuar la gestión de recursos y de los costos; como para el propio paciente, en su involucramiento en el análisis del proceso de atención contemplando más su experiencia más allá de su satisfacción.

### 3.5 Etapas de desarrollo de metodología

Como *primera etapa*, mediante distintas reuniones de trabajo grupal identificamos los principales problemas y necesidades de las mediciones en calidad de atención actual. Para ello utilizamos la estrategia de torbellino de ideas hasta consensuar las principales ideas en reuniones semanales durante 6 meses que fueron grabadas por la investigadora principal.

En paralelo comenzamos a hacer una búsqueda bibliográfica de soporte al planteamiento de una metodología innovadora de trabajo. Esta búsqueda fue realizada mediante la estrategia de bola de nieve, identificando sitios de interés como las páginas web de sistema de salud canadiense, IHI (Institute for health improvement- instituto para la mejora del cuidado de la salud), PubMed, LILACS.

En una *segunda etapa* con la bibliografía analizada y continuando con las reuniones se debatió y consensuó un marco teórico que contuviera las ideas del equipo y el cual pudiera usarse de base para el posterior desarrollo de indicadores.

Al mismo tiempo, se buscó y acordó una metodología de trabajo, esto también basado en la búsqueda realizada por el equipo.

## **4. Resultados**

### 4.1. Reuniones de trabajo

Participaron cuatro personas en un total de quince reuniones de trabajo. Se obtuvieron 851 minutos de grabación en formato mp4, que fueron analizados posteriormente por la investigadora principal tomando las ideas principales de cada una de las reuniones.

A continuación se describen los tópicos principales que emergieron de las reuniones.

- Tareas habituales en las que no se cuenta con información para la práctica diaria: dinámica de obtención de turnos, ausentismo, preferencias de los pacientes en cuanto a la atención de los profesionales. En las discusiones del equipo hubo acuerdo de que datos como porcentaje de ausentismo podían ser datos accesibles, pero creíamos que había razones que explicaban en detalle porque eso podía suceder que no eran totalmente conocidas por nosotros, pero que muchas veces surgían en las entrevistas individuales con pacientes: distancia al lugar de atención demora desde la obtención hasta la efectivización de los turnos como algunos ejemplos
- Características de la población a cargo como equipo de trabajo y de cada uno de los médicos. Este punto hace referencia a que actualmente no hay información consolidada de las características de la población que es atendida por los médicos

del servicio ni en un aspecto de equipo ni tampoco por parte de cada uno de los médicos de su población a cargo(cápita) y sus características demográficas, enfermedades prevalentes o tipo de consulta( turno programado, sobretorno, consultas por guardia).

- Características demográficas y sociales y relación de esto con el formato y tipo de contacto con el sistema de salud. Se discutió acerca de las hipótesis de contacto por los pacientes: mayor edad mayor consulta presencial, pacientes jóvenes y mayor uso de sistema web, pacientes añosos con familiares mayor uso de sistemas web, y la falta de información fehaciente al respecto por parte de los profesionales.
- Sistema de evaluación y seguimiento de prácticas preventivas. Se discutió que la realización y seguimiento de prácticas preventivas como rastreo de cáncer de colon o cáncer de cuello uterino cuenta con recomendaciones hospitalarias, pero no existe un seguimiento de lo que sucede con hallazgos positivos a nivel servicio/individual.
- Principales afecciones que afectan a nuestros pacientes. Tanto a nivel del SMFyC como a nivel individual de cada profesional. Se discutió como con el conocimiento de esto podría incitar a formación en temáticas específicas por los profesionales.
- Posibles métodos de abordaje de la problemática y organización de la información (discutido a continuación).
- Discusión de posible marco teórico y discusión de la bibliografía (discutido a continuación).

#### 4.1.1. Definición del alcance

A lo largo de las reuniones, y luego de identificar los tópicos que necesitaban más información, el equipo se dispuso a estructurar la información y enmarcarla de una forma útil para trabajar.

Para esto, luego de los múltiples temas abordados en las reuniones de trabajo y realizando en paralelo la búsqueda bibliográfica abordando los tópicos arriba mencionados y buscando una forma de estructurar la información, llegamos a la conclusión que necesitábamos una estructura de trabajo y un marco teórico para poder hacer lo arriba descrito.

#### 4.2. Bibliografía y marco teórico de trabajo.

En este sentido, el IHI (Institute for health improvement- instituto para la mejora del cuidado de la salud) de los Estados Unidos, desarrolló un marco teórico que describe un enfoque para optimizar el rendimiento del sistema de salud, el cual seleccionamos como base para el presente proyecto(34). Este marco teórico sostiene que **se deben desarrollar nuevos diseños para perseguir simultáneamente tres dimensiones, lo que llamamos el "triple objetivo" (Triple Aim en inglés):**

- Mejora de la experiencia del paciente en la atención (incluida la calidad y la satisfacción);
- Mejoramiento de la salud de las poblaciones; y
- Reducción del costo per cápita de la atención médica.

A partir de la revisión de la literatura respecto a estrategias de salud con enfoques centrados en la persona, un grupo de investigadores de la Escuela de Medicina de Harvard, en nombre del Instituto Picker y del Fondo de la Commonwealth, definieron siete principales dimensiones de la atención centrada en el paciente. Estos principios se ampliaron posteriormente para incluir un octavo: acceso a la atención. En su análisis describieron ciertas prácticas que conducen a una experiencia positiva del paciente conformando ocho principios de Atención Centrada en el Paciente de Picker(35).

Estos principios se complementan con el citado Triple Aim (triple objetivo), y funcionan en forma sinérgica a la hora de pensar en una medicina más eficiente, que sea costo efectiva y con una mejor experiencia para el usuario, en nuestro caso el paciente.

Los principios mencionados son:

#### 1 - Acceso al cuidado

Se refiere a la posibilidad de que los pacientes puedan acceder a la atención (ambulatoria en forma prioritaria) cuando sea necesario. A nivel global, hay un cambio paradigmático en fomentar que los pacientes tomen un papel activo en su plan de cuidados. Algunas de las áreas de prioridad se relacionan a la disponibilidad de movilización al centro de salud, la facilidad para programar citas con los profesionales, la disponibilidad de esas citas cuando sea necesario, la accesibilidad a distintos especialistas o servicios especializados cuando se hace una referencia y la claridad en las instrucciones sobre cuándo y cómo obtener referencias.

#### 2 - Tratamiento adecuado por profesional de confianza

Se refiere a que las prácticas profesionales sean afines a la filosofía de la atención centrada en la persona, haciéndola efectiva, en la prescripción adecuada de las prácticas terapéuticas o preventivas, propiciando la participación activa del paciente, la toma decisiones compartidas, el apoyo y fomento del autocuidado o la atención individualizada.

#### 3 - Continuidad del cuidado

Este punto hace referencia tanto a la transición de la internación al cuidado ambulatorio como a la continuidad de cuidado en forma ambulatoria a lo largo del tiempo. Para satisfacer las necesidades del paciente en este área se requiere información comprensible y detallada sobre medicamentos, limitaciones físicas, necesidades particulares. Así como también la coordinación del equipo médico para planificar los tratamientos correspondientes y proporcionar información adecuada.

#### 4 - Involucramiento y cuidado de familiares y cuidadores

Se refiere al rol de la familia y de otros cuidadores en la experiencia del paciente. Como se los considera en los distintos procesos de cuidado, en la toma de decisiones, en el apoyo a los miembros de la familia y cuidadores en su tarea reconociendo las necesidades especiales de este grupo.

#### 5 - Información y apoyo para el autocuidado

Este principio hace referencia tanto a la Información sobre el estado clínico en forma longitudinal, sobre la Información de los diferentes procesos de atención que el paciente recibe, así como a toda información necesaria que facilite la autonomía, el autocuidado y la promoción de la salud de la persona.

#### 6 - Involucramiento del paciente en la toma de decisiones y respeto por sus decisiones

Se refiere al involucramiento de los pacientes en la toma de decisiones respecto de su salud, reconociendo que son individuos con sus propios valores y preferencias. Esto incluye tratar a los pacientes con dignidad, respeto y sensibilidad a sus valores culturales y autonomía.

#### 7 - Soporte emocional, respeto y empatía

El miedo y la ansiedad asociados con la enfermedad pueden ser tan debilitantes como los efectos físicos de la misma. Por lo que los encargados del cuidado de la salud deben prestar atención a la ansiedad que puede generar el estado físico, el tratamiento y el pronóstico así como a la ansiedad por el impacto de la enfermedad en ellos mismos y en su familia, sin dejar de lado las emociones que genera el impacto financiero de la enfermedad.

#### 8 - Atención a las necesidades físicas y del entorno

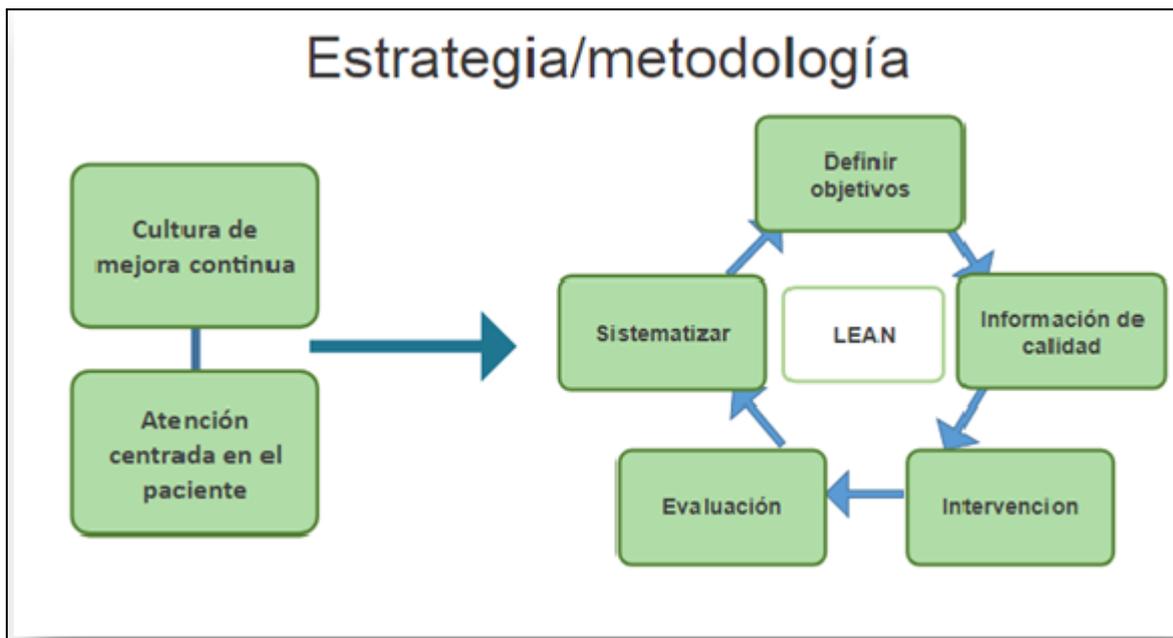
Este principio tiene en cuenta que el nivel de comodidad física que informan los pacientes tiene un impacto significativo en su experiencia de cuidado. Se consideran tres aspectos como particularmente importantes para los pacientes que son: el manejo adecuado del dolor, la asistencia con actividades y necesidades de la vida diaria y el entorno y ambiente hospitalarios ( accesos, cartelería, lugares de espera, etc).

#### 4.2.1. Metodología de trabajo: aplicación del modelo LEAN

Teniendo en cuenta los principios arriba mencionados y en base a la necesidad de organizar los procesos que empezamos a desarrollar, tomamos como modelo de referencia al modelo LEAN (figura 1), con el fin de estandarizar y optimizar el flujo de trabajo, simplificar el proceso reduciendo posibles pasos innecesarios que conllevan uso de recursos o tiempo y favorecer a la experiencia del paciente(36), destinatario último de toda mejora. Como lo propone el modelo LEAN, consideramos la valoración del propio usuario (paciente) en las necesidades de mejora, realizando una secuenciación del proceso actual (diagrama de flujo), identificando posibles obstáculos o pasos que no agregan valor al proceso, permitiendo identificar las posibles acciones de perfeccionamiento del proceso(37)(31)

Contextualmente nuestra estrategia se enmarca dentro de la filosofía de *la mejora continua (MC, figura 1)*, definiéndola como “una cultura de mejora sostenida dirigida a eliminar procesos fútiles en todos los sistemas y procesos de una organización”. Implica trabajo en equipo para hacer mejoras sin necesariamente hacer grandes inversiones de capital. La MC puede ocurrir a través de la mejora evolutiva, en cuyo caso las mejoras son incrementales, o a través de cambios radicales que tienen lugar como resultado de una idea innovadora o nueva tecnología (38).

figura 1



Para gestionar y mejorar un proceso bajo esta propuesta, resulta importante describir las **etapas de trabajo de nuestra estrategia, y de qué forma identificamos los procesos:**

1-Identificación y priorización de procesos representativos.

Dentro de los cuidados de atención del paciente, consideramos como procesos a toda instancia donde el paciente se encuentra involucrado en la prestación o cuidado de su salud.

En primera instancia, resulta importante identificar aquellos procesos relevantes de cuidados inherentes a la atención primaria, y que permitan involucrar la experiencia del paciente.

Al momento de seleccionar y listar los procesos para su mejora, consideramos aspectos tales como:

-si se trata de un proceso clave en la línea de cuidados del paciente. Entendiendo como clave toda actividad o prestación en la cual el paciente (usuario) tiene contacto directo y obtiene un beneficio de dicha prestación.

-si presenta alto impacto en la línea de cuidados.

-si es considerado importante tanto para los usuarios, para los profesionales como para la propia institución o servicio.

Como estrategia para priorizar dichos procesos utilizamos una técnica de matriz de priorización, utilizamos la matriz BASICO que sirve para clasificar las acciones estratégicas de acuerdo con su nivel de impacto en una organización.(39), permitiendo un refinamiento de su análisis comprendiendo el proceso en sí mismo, con el fin de equiparar el mejor valor costo beneficio a las necesidades de los usuarios.

Los aspectos considerados para la priorización son:

1. **Beneficios para la organización:** De qué forma una posible mejora del proceso puede llevar a la reducción de costos, aumentar la producción y reducir los errores y defectos.
2. **Alcance del proceso:** El número de personas que se benefician de una posible mejora del proceso.
3. **Satisfacción del profesional (cliente interno):** El nivel de satisfacción que perciben los profesionales con una posible mejora.
4. **Inversiones requeridas:** Indica el total de recursos que se necesitan para la mejora de este proceso.
5. **Experiencia del paciente (Cliente externo):** Indica cuál será el efecto sobre el cuidado del paciente.
6. **Operabilidad o grado de facilidad:** Se refiere al grado de facilidad de su implementación, considerando factores tales como la resistencia al cambio, los aspectos socio-culturales, la tecnología necesaria, la simplicidad de implementación y la facilidad de uso, por ejemplo.

Para cada elemento, asignamos una puntuación de 1 a 5, dando así una escala de valoración distintiva según cada proceso seleccionado.

#### 4.3-Mapeo de los procesos

Una vez definido el proceso el siguiente paso es realizar un mapeo del mismo contemplando tres pasos de modelado que se detallan a continuación:

##### 4.3.1 MODELADO I: descripción del proceso

Dentro de los procesos identificados, modelamos el proceso de las prácticas preventivas de rastreo de CCR y el de necesidad de contacto(del paciente con el sistema de salud), como prueba inicial del proyecto, identificando distintas necesidades plausibles de mejoras.

A los fines de comprender la complejidad de los procesos, utilizaremos como estrategia descriptiva la del mapeo del proceso, identificando en un flujograma los pasos principales, su interrelación y consecución, así como los determinantes y condicionantes de cada una de las etapas, y su vinculación con cada uno de los principios de la atención centrada en la persona. Estos últimos 2 puntos se describen más adelante en detalle.

En el flujograma tomamos como punto de partida del proceso, la necesidad de rastreo en el contexto de una consulta médica, y la necesidad de contacto con el sistema así como sus distintas etapas de su realización y seguimiento posterior. A modo ejemplo se visualizan los flujogramas de los procesos (**Ver Anexo I** Ejemplo de flujograma descriptivo a partir de un proceso modelo).

#### 4.3.2 MODELADO II: condicionantes

Una vez identificados y descritos los procesos, se identificaron posibles mejoras a partir del análisis de los distintos momentos de ese proceso, sus condicionantes, sus determinantes.

Para ello consideramos necesario incluir la opinión y experiencia de otros actores involucrados; médicos de cabecera, administrativos con alguna acción dentro del proceso, y la de los usuarios mismos (pacientes), destinatarios últimos de toda intervención en sus cuidados.

Para incorporar la perspectiva de los actores involucrados, analizamos sus experiencias mediante técnicas cualitativas, entrevistas con informantes claves y grupos focales dando así relevancia a las dimensiones sociales y culturales de la atención médica que influyen en la misma. La inclusión de la mirada de los usuarios, procura ir más allá de la satisfacción del mismo, intentando incorporar la experiencia del mismo en el proceso de sus cuidados.

Esta etapa resulta fundamental en el análisis del proceso, donde se identifican los determinantes y condicionantes de cada uno de las etapas, y su vinculación con cada uno de los principios de la atención centrada en la persona.

Con los procesos modelados realizamos entrevistas con informantes clave en calidad en nuestro servicio: médicos de planta que formaron parte del proyecto inicial de calidad y coordinadores de UDAs y médicos especialistas en investigación.

A su vez incluimos la voz de otros actores en el proceso tanto de obtención de turnos como de rastreo de CCR: personal administrativo de diferentes centros de atención periférica y del hospital central.

Por último realizamos grupos focales con pacientes que estuvieran en edad de rastreo y a su vez fueran usuarios del sistema del hospital italiano de turnos.

Estos grupos focales fueron llevados a cabo con una guía semiestructurada realizada por el equipo investigador.

### *Descripción de los grupos focales como herramienta de obtención de información*

La técnica de grupos focales es un espacio de opinión e interacción para captar los conocimientos, sentimientos y experiencias de los participantes, permitiendo generar auto explicaciones para obtener datos cualitativos. Se fundamenta en la epistemología cualitativa que defiende el carácter constructivo-interpretativo del conocimiento. Los grupos focales son sobre temáticas específicas y son coordinados por un moderador que permite la intervención de todos los participantes con preguntas planteadas como guía y con objetivos claros. Los participantes suelen estar relacionados de alguna manera con la temática de interés o participar de diferentes maneras de los procesos que intentan ser relevados. Las entrevistas son registradas como audio o video que luego deben ser transcritas para poder ser evaluadas.

El análisis de los datos no está necesariamente predeterminado. Siguiendo la teoría fundamentada, se suele armar un árbol de categorías basado en los temas cubiertos en la entrevista que se van ampliando con la descripción, codificación y categorización del texto transcrito, permitiendo explicar contextos, situaciones, hechos y fenómenos de interés y encontrar modelos explicativos de sucesos para construir teoría(40).

Los pacientes que acudieron a los grupos focales fueron pacientes de muchos años de afiliación al Plan de Salud del Hospital Italiano con mucho sentido de pertenencia que tenían como médico de cabecera a un médico de familia.

Eran población añosa que no tenía antecedentes de cáncer pero sí de rastreo de CCR.

En general usaban el portal de salud. Y observamos una ausencia de problematización en la consulta sobre el uso de prácticas preventivas.

De estos encuentros realizamos ajustes en los procesos obtenidos previamente. Tomando como referencia la información obtenida en el punto previo, y los principios de atención centrada en la persona, diseñaremos flujogramas de los procesos identificando las posibles áreas de mejora, describiendo los factores condicionantes o determinantes en cada proceso (**ver Anexo I** Ejemplo de flujograma descriptivo a partir de un proceso modelo).

#### **4.3.3 MODELADO III: Definición de indicadores (principios)**

Una vez desarrollado el mapeo del proceso seleccionado, la siguiente etapa de trabajo es la de identificar los puntos claves de posibles mejoras, desarrollando posteriormente indicadores que reflejen dicho proceso. Para cada medición se consideran los dominios de importancia, adecuación, evidencia clínica, especificaciones, viabilidad y aplicabilidad(22).

Figura Descripción etapas de mapeo de procesos



#### 4.3.4-Generación de una matriz de indicadores

Esta iniciativa propone secuencialmente relevar nuevos procesos que representen distintos aspectos clave del cuidado de los pacientes, pudiendo así construir una matriz de indicadores que reflejen distintos aspectos relevantes en la atención centrada en la persona, a partir del cual se desarrollarán indicadores que contribuirán a la matriz principal de atención centrada en la persona o ACEP (Ver figura 3. Ejemplo matriz de indicadores ACEP).

Figura 3. Ejemplo matriz de indicadores ACEP

Procesos	Acceso al cuidado	Tratamiento adecuado	Continuidad del cuidado	Invol. familiares y cuidadores	Autocuidado	Decisiones compartidas	Soporte respeto, empatía	necesidades físicas y del entorno
Proceso 1 Rastreo CCR	Indicador 1.1	Indicador 1.2 Indicador 1.3	Indicador 1.4	Indicador 1.5	Indicador 1.6	Indicador 1.7		Indicador 1.8
Proceso 2	Indicador 2.1		Indicador 2.2 Indicador 2.3	Indicador 2.4	Indicador 2.5	Indicador 2.6		
Proceso 3	Indicador 3.1	Indicador 3.2	Indicador 3.3	Indicador 3.4	Indicador 3.5			Indicador 3.6
proceso 4	Indicador 4.1		Indicador 4.3		Indicador 4.4	Indicador 4.5		

#### 4.3.5 Desarrollo de una herramienta gestión de cuidados

La poca accesibilidad a la información global de cuidados de sus pacientes que los profesionales tienen en su práctica ambulatoria, es el principal impulsor de nuestra propuesta de incluir un tablero de gestión de cuidados de pacientes accesible y disponible para los médicos de cabecera como herramienta interactiva que permite tanto gestionar como supervisar los procesos de cuidados.

Este tablero agrupa la información en forma continua, con la suficiente flexibilidad para incluir distintos indicadores de procesos que procuren una oportunidad de mejora (**Ver Anexo II** Ejemplo visualización de tablero de gestión).

El mismo dispone de distintos niveles de análisis y gestión, tanto a nivel institucional como a nivel individual del propio profesional, hecho que responde a la premisa de una estrategia de mejora continua.

#### 4.3.6-Feedback de desempeño profesional

El tablero de gestión de cuidados constituye per se una herramienta de feedback profesional, brindando la posibilidad de visibilizar la atención longitudinal de su población a cargo, basados en indicadores que reflejan cada uno de los procesos de atención.

Cada profesional obtendrá los parámetros de sus indicadores de gestión individual con una comparativa con la totalidad de los profesionales del centro/servicio o institución al que pertenezcan, de modo de poder obtener un análisis global de gestión. Los datos se pueden analizar en forma periódica, con reportes trimestrales o semestrales a través de los tableros de gestión.

Se espera que los tableros, representen en forma continua, y longitudinal la información disponible sobre la gestión de cuidados del profesional reflejando cada uno de los procesos prioritarios seleccionados. Dichas dimensiones pueden abarcar diversos aspectos referentes a las procesos de atención primaria de la salud, según la disponibilidad local de la información.

### **5. Discusión**

Creamos una nueva metodología de medición que desde su creación va contra el *status quo* en medición en ciencias médicas.

Esta estrategia consiste en el modelado de procesos bajo el marco teórico del Triple objetivo y los ocho principios de Picker y utilizando la metodología LEAN.

A partir del modelado de procesos y la identificación de los principios en cada proceso proponemos generar una matriz de indicadores que en forma agregada con distintos procesos e indicadores permita acceder a indicadores fiables para los profesionales.

Sumado a la estrategia de obtención de indicadores, proponemos una estrategia de feedback basado en la disponibilidad de información, esta estrategia la planteamos como un objetivo a largo plazo, en el cual nos basamos en la hipótesis que a mayor conocimiento de la población atendida y de la producción propia por cada profesional, eventualmente llevará a cambios para la mejor atención de la propia cápita.

Esta es la principal fortaleza de nuestro desarrollo: metodología innovadora, escalable a distintos ámbitos de trabajo y entornos diferentes con información novedosa.

La metodología LEAN ha sido usada en ámbitos de la medicina para optimizar procesos( laboratorios, salas de internación)(41). En nuestro caso nosotros proponemos usar las herramientas de este proceso de forma innovadora, usando el modelado de procesos pero a su vez evaluando inputs y modificadores para la posterior obtención de indicadores pero que sean “a la medida” para cada proceso y lugar de trabajo.

Nos parece atractivo usar una metodología conocida y comprobada como el método LEAN pero utilizándolo de una forma innovadora con resultados nuevos.

Dentro de las debilidades que puede tener nuestro desarrollo se puede mencionar la disponibilidad de información. En el ámbito en el que trabajamos que cuenta con una Historia Clínica Electrónica la información se encuentra fácilmente disponible, situación que puede ser más compleja en otros ámbitos. Pero por otra parte lo que propone la metodología es la evaluación de procesos desde los distintos puntos de vista: proveedores, usuarios y facilitadores del proceso pudiendo entender la forma de trabajo de cada lugar y a su vez buscar indicadores que sean útiles para mejorar las distintas formas de trabajo inherentes a cada lugar con su idiosincrasia.

Otra debilidad puede ser observada en el caso del feedback de los profesionales e indicadores individuales de producción, que pueden ser considerados como una forma de control por parte del empleador o de competencia entre compañeros de trabajo. Por eso proponemos la comparación con el equipo de trabajo, y no entre individuos, de esta manera creemos que se puede fortalecer el feedback, teniendo cada profesional referencia de las debilidades y fortalezas del equipo dando también posibilidades de pensar instancias formativas de acuerdo desde los profesionales o desde el equipo de trabajo.

## **6. Conclusiones**

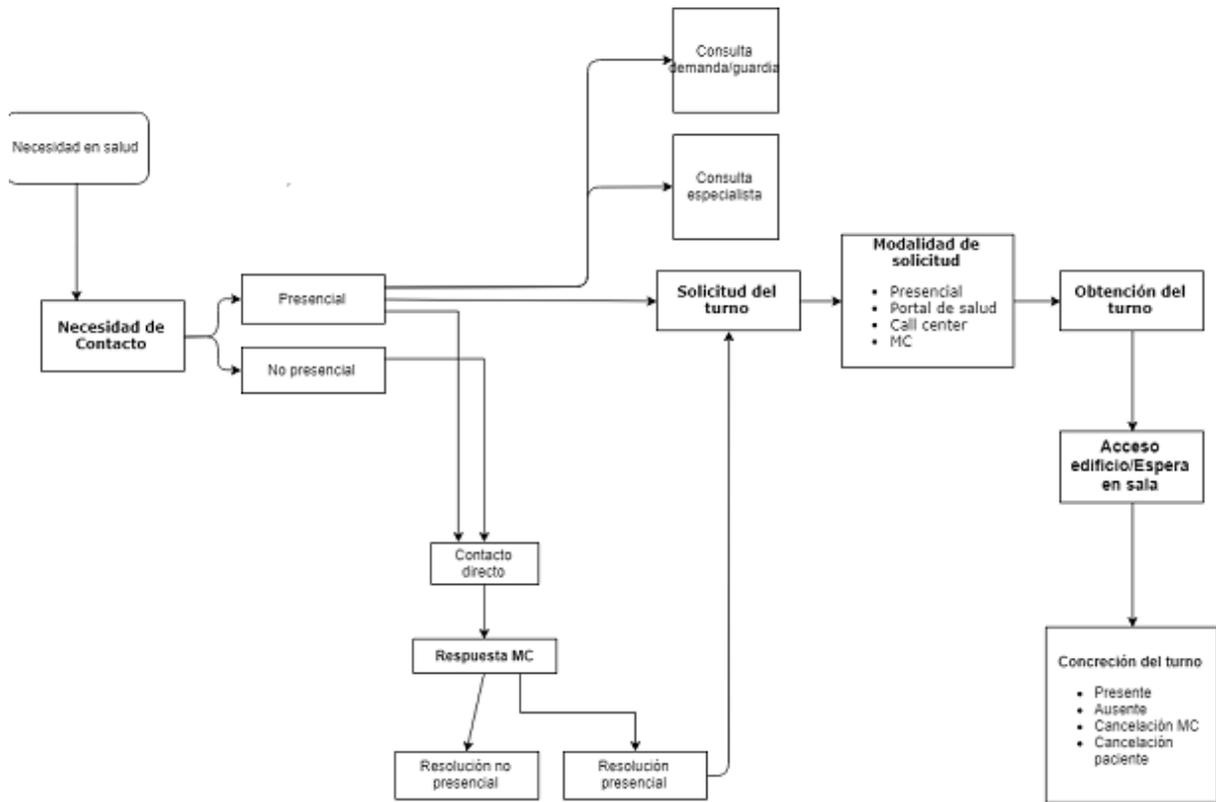
Desarrollamos una metodología innovadora mediante un exhaustivo trabajo en equipo utilizando los principios de la metodología LEAN y un marco teórico de medicina basada en las personas, que propone abarcar mediciones de calidad que escapan a lo habitualmente utilizado y pretende desde la descripción de procesos encontrar indicadores que midan cabalmente la calidad de atención en salud con una mirada centrada en las personas. Para este desarrollo involucramos a los diferentes actores de los procesos, e investigamos bibliografía pertinente.

A su vez proponemos un proceso de feedback que se basa en la mejora individual y grupal del equipo de trabajo, que escapa al feedback tradicional y pretende una mejora a largo plazo de la calidad de atención tanto en el aspecto de cada profesional como del equipo de salud.

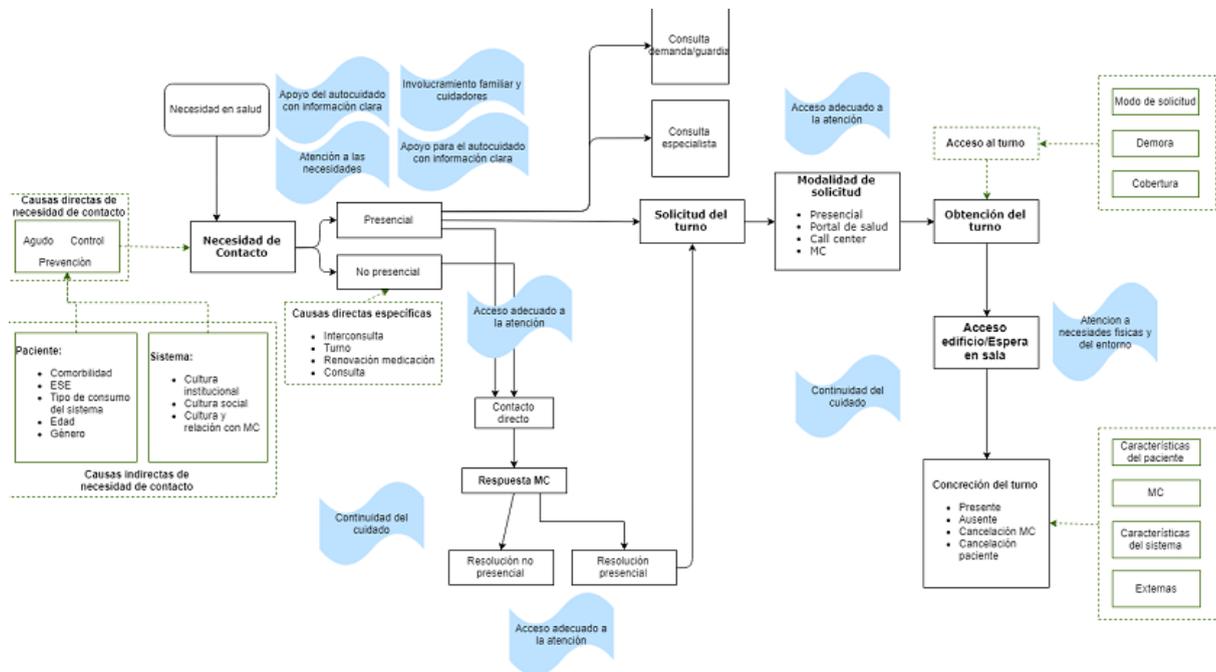
## **7. Anexos**

### **Anexo I. Ejemplos de modelado de un proceso (Acceso a la atención).**

#### **Modelado I (Descripción de etapas de un proceso modelo)**



**Modelado II (Análisis de determinantes y condicionantes relacionados a los principios de la atención centrada en las personas)**



**Anexo II. Ejemplo de visualización de tablero de gestión profesional**



## 8. Bibliografía

1. Website [Internet]. Available from: Quality USD of HAHS AFHRA, US Department of Health and Human Services; Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Releases 2005 National Healthcare Quality And Disparities Reports [Internet]. PsysEXTRA Dataset. 2006. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e479052006-001>
2. Young RA, Roberts RG, Holden RJ. The Challenges of Measuring, Improving, and Reporting Quality in Primary Care [Internet]. Vol. 15, The Annals of Family Medicine. 2017. p. 175–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.2014>
3. Website [Internet]. [cited 2020 Jul 1]. Available from: Moore, C., Wisnivesky, J., Williams, S. et al. J GEN INTERN MED (2003) 18: 646.

<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20722>.

4. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005 Aug 10;294(6):716–24.
5. Griffith LE, Gruneir A, Fisher KA, Nicholson K, Panjwani D, Patterson C, et al. Key factors to consider when measuring multimorbidity: Results from an expert panel and online survey. *J Comorb*. 2018 Jan;8(1):2235042X18795306.
6. Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: a systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One*. 2011 Oct 20;6(10):e25987.
7. Campbell SM, McDonald R, Lester H. The Experience of Pay for Performance in English Family Practice: A Qualitative Study [Internet]. Vol. 6, *The Annals of Family Medicine*. 2008. p. 228–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.844>
8. Martin B, Jones J, Miller M, Johnson-Koenke R. Health Care Professionals' Perceptions of Pay-for-Performance in Practice: A Qualitative Metasynthesis. *Inquiry*. 2020 Jan;57:46958020917491.
9. Kunneman M, Montori VM, Shah ND. Measurement with a wink [Internet]. Vol. 26, *BMJ Quality & Safety*. 2017. p. 849–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006814>
10. Albarqouni L, Doust J, Glasziou P. Patient preferences for cardiovascular preventive medication: a systematic review. *Heart*. 2017 Oct;103(20):1578–86.
11. World Health Organization. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. 2011. 162 p.
12. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012 Jul 7;380(9836):37–43.
13. Walker AE. Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia [Internet]. Vol. 3, *Chronic Illness*. 2007. p. 202–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1742395307081504>
14. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*. 1998 May;51(5):367–75.
15. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GAM. Causes and consequences of comorbidity [Internet]. Vol. 54, *Journal of Clinical Epidemiology*. 2001. p. 661–74. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0895-4356\(00\)00363-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0895-4356(00)00363-2)
16. Kadam UT, Croft PR, North Staffordshire GP Consortium Group. Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linkage study in general practice. *Fam Pract*. 2007 Oct;24(5):412–9.
17. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and

- quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004 Sep 20;2:51.
18. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, Expenditures, and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly [Internet]. Vol. 162, *Archives of Internal Medicine*. 2002. p. 2269. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.162.20.2269>
  19. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502.
  20. Moffat K, Mercer SW. Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare systems [Internet]. Vol. 16, *BMC Family Practice*. 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0344-4>
  21. McGlynn EA, Schneider EC, Kerr EA. Reimagining Quality Measurement [Internet]. Vol. 371, *New England Journal of Medicine*. 2014. p. 2150–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmp1407883>
  22. MacLean CH, Kerr EA, Qaseem A. Time Out - Charting a Path for Improving Performance Measurement. *N Engl J Med*. 2018 May 10;378(19):1757–61.
  23. Casalino LP, Gans D, Weber R, Cea M, Tuchovsky A, Bishop TF, et al. US Physician Practices Spend More Than \$15.4 Billion Annually To Report Quality Measures [Internet]. Vol. 35, *Health Affairs*. 2016. p. 401–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1258>
  24. Manski CF. Diagnostic testing and treatment under ambiguity: using decision analysis to inform clinical practice. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013 Feb 5;110(6):2064–9.
  25. Glasziou P, Rose P, Heneghan C, Balla J. Diagnosis using “test of treatment.” *BMJ*. 2009 Apr 24;338:b1312.
  26. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition--multimorbidity. *JAMA*. 2012 Jun 20;307(23):2493–4.
  27. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MAT, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes [Internet]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd000259>
  28. Kiefe CI, Allison JJ, Williams OD, Person SD, Weaver MT, Weissman NW. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback. A randomized controlled trial [Internet]. Vol. 132, *American Journal of Ophthalmology*. 2001. p. 808. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9394\(01\)01225-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9394(01)01225-9)
  29. Sargeant J, Mann K, Ferrier S. Exploring family physicians' reactions to multisource feedback: perceptions of credibility and usefulness [Internet]. Vol. 39, *Medical Education*. 2005. p. 497–504. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02124.x>
  30. Rowan MS, Hogg W, Martin C, Vilis E. Family physicians' reactions to performance assessment feedback. *Can Fam Physician*. 2006 Dec;52(12):1570–1.
  31. Rubinstein A, Rubinstein F, Botargues M, Barani M, Kopitowski K. A Multimodal

- Strategy Based on Pay-Per-Performance to Improve Quality of Care of Family Practitioners in Argentina [Internet]. Vol. 32, *Journal of Ambulatory Care Management*. 2009. p. 103–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/jac.0b013e31819940f7>
32. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England [Internet]. Vol. 361, *New England Journal of Medicine*. 2009. p. 368–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmsa0807651>
  33. Minchin M, Roland M, Richardson J, Rowark S, Guthrie B. Quality of Care in the United Kingdom after Removal of Financial Incentives. *N Engl J Med*. 2018 Sep 6;379(10):948–57.
  34. Whittington JW, Nolan K, Lewis N, Torres T. Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years [Internet]. Vol. 93, *Milbank Quarterly*. 2015. p. 263–300. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0009.12122>
  35. Principles of person centred care: Picker [Internet]. Picker. [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://www.picker.org/about-us/picker-principles-of-person-centred-care/>
  36. Varkey P, Katherine Reller M, Resar RK. Basics of Quality Improvement in Health Care [Internet]. Vol. 82, *Mayo Clinic Proceedings*. 2007. p. 735–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.4065/82.6.735>
  37. Young T, Brailsford S, Connell C, Davies R, Harper P, Klein JH. Using industrial processes to improve patient care. *BMJ*. 2004 Jan 17;328(7432):162–4.
  38. Bhuiyan N, Baghel A. An overview of continuous improvement: from the past to the present [Internet]. Vol. 43, *Management Decision*. 2005. p. 761–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1108/00251740510597761>
  39. Oliveira NSF de, de Oliveira NSF, dos Santos M, Martins ER. APLICAÇÃO DA MATRIZ BASICO COMO BOA PRÁTICA DE GOVERNANÇA EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS E PRIVADAS: DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO [Internet]. *Simpósio de Pesquisa Operacional e Logística da Marinha - Publicação Online*. 2020. Available from: <http://dx.doi.org/10.5151/spolm2019-042>
  40. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales [Internet]. Vol. 2, *Investigación en Educación Médica*. 2013. p. 55–60. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72683-8](http://dx.doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72683-8)
  41. Teich ST, Faddoul FF. Lean Management – the Journey from Toyota to Healthcare [Internet]. Vol. 4, *Rambam Maimonides Medical Journal*. 2013. p. e0007. Available from: <http://dx.doi.org/10.5041/rmmj.10107>