

Impacto estratégico de las guías de práctica clínica en enfermería en la función de gestión de la supervisión

IMPACTO ESTRATÉGICO DAS DIRETRIZES DE PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM NA FUNÇÃO DE GESTÃO DA SUPERVISÃO

THE STRATEGIC IMPACT OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN NURSING ON THE MANAGERIAL FUNCTION OF SUPERVISION

José Antonio Vinagre Romero¹, Carmen De Pablos Heredero²

RESUMEN

Las guías de práctica clínica en enfermería (GPC-E) constituyen herramientas que permiten la explicitación del conocimiento necesario que con frecuencia permanece interiorizado en los especialistas. Estas herramientas son un complemento de los sistemas de ajuste de riesgo (SAR), los cuales refuerzan su eficacia y permiten una racionalización de los costos de cuidados de salud. En este estudio teórico, se defiende la importancia de la elaboración y de la utilización de las GPC-E como instrumentos de apoyo para la función de la supervisión de enfermería y así, optimizar las estrategias de aplicación de la investigación y desarrollo (I+D) y de calidad hospitalaria, haciendo posible la excelencia clínica en los procesos de enfermería y la reasignación eficaz en términos de costo-efectividad de los recursos económicos mediante su integración alineada con los SAR.

DESCRIPTORES

Supervisión de Enfermería
Gestión del conocimiento
Análisis costo-beneficio
Costos y análisis de costo
Costos de la atención en salud

RESUMO

As diretrizes de prática clínica em enfermagem (GPC-E) constituem ferramentas que permitem explicitar o conhecimento necessário que com frequência permanece interiorizado nos especialistas. Essas ferramentas são um complemento dos sistemas de ajuste de risco (SAR), que reforçam a eficácia e permitem a racionalização dos custos de cuidados de saúde. Neste estudo teórico, defende-se a importância da elaboração e do uso das GPC-E como instrumentos de apoio para a função da supervisão de enfermagem e o aperfeiçoamento das estratégias de implementação da investigação e desenvolvimento (I+D) e da qualidade hospitalar, tornando possível a excelência clínica em processos de enfermagem e a realocação eficaz em termos de custo-efetividade de recursos econômicos por meio de sua integração alinhada com os SAR.

DESCRITORES

Supervisão de Enfermagem
Gestão do conhecimento
Análise custo-benefício
Custos e análise de custo
Custos de cuidados de saúde

ABSTRACT

Clinical practice guidelines in nursing (CPG-N) are tools that allow the necessary knowledge that frequently remains specialist-internalised to be made explicit. These tools are a complement to risk adjustment systems (RAS), reinforcing their effectiveness and permitting a rationalisation of healthcare costs. This theoretical study defends the importance of building and using CPG-Ns as instruments to support the figure of the nursing supervisor in order to optimise the implementation of R&D and hospital quality strategies, enabling clinical excellence in nursing processes and cost-efficient reallocation of economic resources through their linear integration with SARs.

DESCRIPTORS

Nursing, Supervisory
Knowledge management
Cost-benefit analysis
Costs and cost analysis
Health care costs

¹ Diplomado Universitario en Enfermería. Máster Universitario en Organización de Empresas. Doctorando en Organización de Empresas. Supervisor de Enfermería del Hospital Universitario de La Paz. Madrid, España. joseantonio.vinagre@salud.madrid.org ² Doctora en Ciencias Económicas y Empresariales. Profesora Titular de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Rey Juan Carlos, Campus Vicálvaro. Directora Máster Oficial do Programa de Doctorado en Organización de Empresas. Madrid, España. carmen.depablos@urjc.es

INTRODUCCIÓN

Los escenarios socioeconómico y de control presupuestario vigentes actualmente para los sistemas sanitarios, demandan cada vez más el desarrollo de estrategias de gestión que, sobre principios de efectividad y eficiencia, contribuyan a la aplicación traslacional⁽¹⁾ de la evidencia científica en enfermería aportando, además, una herramienta de gran valor para la optimización de los costes⁽²⁾ incurridos por proceso atendido.

La literatura aporta múltiples referencias en torno a la elaboración de guías de práctica clínica en los ámbitos de la Medicina⁽³⁾ y la Enfermería⁽⁴⁾, si bien y para nuestro conocimiento, existe un vacío en lo relativo a la contribución de las guías de práctica clínica en enfermería (GPC-E) como complemento a los sistemas de ajuste de riesgo⁽⁵⁾ (SAR). Dado que el incremento de la complejidad de la casuística atendida aumenta debido a los avances en conocimiento y a la disponibilidad de tecnologías sanitarias escalables, la utilización de los SAR (*Diagnosis Related Groups, Disease Staging Scale, Patient Management Categories Relative Intensity Score etc.*) es aún más crítica en la estimación de la intensidad terapéutica así como de los recursos humanos (RRHH) y materiales (RRMM.) a emplear, de cara a la implementación de sistemas de contabilidad de gestión que permitan definir los costes agrupados por categorías diagnósticas y planificaciones presupuestarias ajustadas por consumos reales.

Una buena gestión del capital intelectual y de su componente tácito⁽⁶⁾ (característico de las organizaciones sanitarias) favorecería notablemente la consecución de eficiencias. Es a este respecto donde la función de la supervisión constituye un enlace de indudable valor como mediador e integrador de los diferentes cursos de acción que constituyen el proceso de atención al paciente, puesto que el bienestar del cliente sanitario implica la agrupación en tiempo y forma de tareas asistenciales multiestamentales y de criterios de racionalización de la gestión en términos de consumos netamente económicos y ligados o asociados directa/indirectamente al núcleo (*core*) competencial⁽⁷⁾. De esta forma se induce un refinamiento de los costes a través de las prácticas basadas en la evidencia⁽⁸⁾, promoviendo el desarrollo de proyecciones prospectivas para el avance del estado del arte.

En este sentido, la función de la supervisión como cabeza visible de los equipos de enfermería pasaría de mero distribuidor a asignador de recursos, desempeñando, por tanto, un papel crítico en la negociación presupuestaria institucional. Este curso de pensamiento se ve notablemente reforzado si atendemos a uno de los principales problemas que amenazan la sostenibilidad del sis-

tema sanitario: la progresiva cronificación de los problemas de salud, cronificación que comporta principalmente, unos cuidados de enfermería de calidad y sostenidos en el tiempo, en detrimento de procedimientos invasivos e intensivos más relacionados con la práctica médica y con costes notablemente más elevados.

Por tanto, el objetivo principal de este estudio teórico es defender la importancia de la elaboración y utilización de las GPC-E como instrumentos sobre los que apoyar la función de la supervisión de enfermería para, así, optimizar las estrategias de aplicación de investigación y desarrollo (I+D) y de calidad hospitalaria, haciendo posible la excelencia clínica en los procesos enfermeros y la reasignación coste-eficiente de los recursos económicos a través de su integración en línea con los SAR.

El documento se desarrolla en torno a un cuerpo principal que constituye el eje del discurso en relación a las estrategias de gestión en entornos de conocimiento multireferenciales, para, a continuación, presentar una serie de conclusiones que permitan recabar las principales reflexiones, concluyendo con una bibliografía que avale los postulados expuestos.

Estrategias de gestión en entornos de conocimiento multireferenciales

El desarrollo de estrategias económicas de escala y alcance ligadas a la supervisión, pasan por su intervención directa a través del impulso de las GPC-E. Su desarrollo proporciona una serie de innovaciones en la práctica de enfermería difícilmente equiparables a la competencia natural, si se tiene en consideración la derrota del modelo sanitario que se aboca hacia una generalización de un cuasimercado público en régimen

de competencia interna gestionada, propio de modelos liberales y economicistas orientados a resultados óptimo-eficientes y eficaces. Este planteamiento de trabajo se apoya sobre la gestión por procesos y la reingeniería de los mismos⁽⁹⁾.

En este sentido, y al objeto de establecer estándares de uso apropiado que articulen el armazón de las GPC-E y que contribuyan a la contención y disminución de la variabilidad de la práctica enfermera, se ha de seguir una metodología de tipo RAND/UCLA⁽¹⁰⁾ la cual, además de proporcionar un documento de consenso con reconocimiento y amplia validación a nivel internacional, permite la realización de comparaciones (*benchmarking*) con el estándar de oro (*gold standard*) del segmento asistencial considerado. Esta concatenación de procesos vía GPC-E, otorga de este modo el liderazgo necesario para abandonar proyectos paninstitucionales de normalización. Las GPC-E son, en este sentido, una herramienta de síntesis que contribuye a explicitar el conocimiento tácito o implícito residente en la fuerza de trabajo⁽¹¹⁾.

... la función de la supervisión constituye un enlace de indudable valor como mediador e integrador de los diferentes cursos de acción que constituyen el proceso de atención al paciente...

Esta normalización presenta una serie de ventajas añadidas en términos económicos por cuanto que a cada proceso se le pueden imputar una serie de costes definibles a través de modelos de costes estándar o directos e indirectos, en función del grado de desarrollo histórico, atenuándose de este modo los costes sobreañadidos en escenarios de alta incertidumbre y facilitando, por tanto, la preparación de estudios de inversión tendentes a la extensión de proceso a subprocesos de ocurrencia menor pero íntimamente ligados al principal y con alto componente de terciarismo, los cuales pueden suponer, de no estar adecuadamente previstos, un importante desvío en la asignación de recursos.

De igual manera, la notación explícita de cada proceso contribuye a la simplificación del control de gestión dentro de la contabilidad analítica institucional, pudiéndose monitorizar prácticamente *in situ* y con la ayuda de sistemas de información sanitaria (SIS) *ad hoc*, los consumos incurridos por causa de los cuidados de enfermería.

Respecto de los SAR, esta herramienta procedimental produce como resultado la visibilidad de los costes operativos en relación a procesos enfermeros específicos dentro de la patología principal, los cuales suelen ser muy variables en función del capital de conocimiento atesorado por el profesional de enfermería a cargo del paciente en cada momento. Esta consideración adquiere mayor peso si tenemos en cuenta que en las instituciones sanitarias confluyen modelos de trabajo caracterizados por la atención continuada y la turnicidad, es decir, se producen rupturas en el flujo de conocimiento aplicado a cada actuación para cada paciente.

Lo anteriormente referido, tiene una importancia trascendental para la óptima administración de los recursos de las unidades bajo control de la supervisión. Efectivamente, si los recursos a consumir pueden ser preestablecidos considerando márgenes de desviación revisables en función del concurso de procesos históricos atendidos en la unidad, a través de una correcta implementación basada en la evidencia de las GPC-E⁽¹²⁾ en uso, se pueden obtener costes negativos reinvertibles en procesos de extensión o en la mejora de las dotaciones de equipos, instalaciones y personas localizadas en la unidad, encajando a la perfección dentro de la filosofía de competencia interna gestionada.

En otras palabras, las GPC-E se yerguen como instrumentos complementarios de depuración de los SAR más al uso como puedan ser los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD-DRG), basados en categorías diagnósticas generales, pero sin prestar atención a las repercusiones económicas inducidas por la variabilidad en la prestación de la atención enfermera en función del grado de evidencia y/o conocimiento operativamente expresado en la práctica asistencial.

^a Descripción de costes y/o consecuencias, evaluación de la eficiencia, efectividad y/o utilidad y análisis de costes

^b Análisis de minimización de costes, análisis coste-eficacia/efectividad/utilidad/beneficio.

Toda esta labor ha de desarrollarse prestando una atención cuidadosa a las posibles deseconomías que pudieran aparecer fruto de los diseños, de tal manera que se impulsase el paso de las temidas burocracias profesionales a burocracias *ad hoc*⁽¹³⁾ dotadas de una mayor flexibilidad y más acordes con líneas matriciales de desempeño.

Estas intervenciones lideradas por las supervisiones de unidad, poseen otra serie de influencias destacadas en términos monetarios y sobre aspectos tan trascendentales como son la evaluación económica de las tecnologías sanitarias aplicadas a los cuidados enfermeros, e incluso la creación de empresas conjuntas (*joint-ventures*) interunitarias e interinstitucionales para el ejercicio del poder monopolístico en referencias hospitalarias de compra directa almacenables/no almacenables íntimamente relacionadas con el campo estamental.

Efectivamente, la elaboración de las GPC-E basadas en la evidencia⁽¹²⁾ inducen una racionalización del gasto sanitario por medio de estudios parciales^a o completos^b de evaluación económica *ex-ante* y *ex-post*. Mediante esta aplicación metodológica de la Economía de la Salud, se alcanzan cotas razonables de depuración del catálogo disponible, eliminando aquellas referencias duplicadas que no supongan ahorros y no redunden en una mejora fehaciente del estado actual y calidad de vida futura del paciente. Del mismo modo, se evitan los mercados cautivos al disponer de datos objetivos que avalen el reemplazo de tecnologías y las inversiones coste-eficientes y coste-efectivas.

Esta práctica de excelencia supone, en el caso de creación de empresas conjuntas entre unidades de la misma institución pertenecientes a distintos servicios (para referencias puntuales de proceso compartidas) o de diferentes instituciones pertenecientes a iguales o distintos servicios (para referencias compartidas en mayor o menor grado), un aumento adicional de la posición monopolística del sector salud al imponer a los proveedores externos una rivalidad competitiva para lograr los mejores estándares de calidad a precios contenidos, permitiendo a su vez trasladar los ahorros a la financiación global de la/s unidad/es e institución/es.

Todo lo anterior se alinea con el nuevo enfoque investigador que pretende abanderar la práctica enfermera en un futuro ya instalado en la cotidianidad, y del cual, la supervisión de unidad constituye un factor motivador, promotor y director crítico.

A este respecto, la implementación de las GPC-E constituye la trama sobre la cual basar proyectos de investigación traslacional⁽¹⁾ que repercutirán notablemente en las estrategias de calidad e I+D hospitalarias, favoreciendo la consecución de la excelencia clínica en los procesos enfermeros.

En este sentido, la investigación es, en sí misma, un excelente sistema de incentivación y promoción profesional

(SIPP) en organizaciones caracterizadas por un elevado componente de capital intelectual y relacional dentro del conocimiento⁽¹⁴⁾, por cuanto permite el desarrollo concurrente de ambos, institución y persona, y su plasmación en resultados patentes de salud en los pacientes.

A raíz de esta aseveración, se plantean estrategias incrementales de producción científica con la consiguiente creación de nuevo conocimiento⁽¹⁵⁾, mediante acuerdos de cooperación entre los institutos de investigación clínica y las unidades asistenciales, sobre la base de la mejora continua de procesos inherentes a la enfermería y de alta repercusión sobre los productos intermedios (*surrogate end-points*) y los resultados (*outcomes*), previa estimación de la viabilidad y del retorno de la inversión (*return on investment*).

Ligado a lo expuesto en el párrafo superior, la investigación en efectividad clínica y resultados⁽¹⁶⁾ (*clinical effectiveness and outcomes research*) es un desarrollo científico aplicable a la práctica de enfermería por medio de GPC-E basadas en la evidencia⁽¹²⁾, que persigue determinar cuál es el cuidado enfermero preciso para cada paciente en un momento determinado, y la aplicación de la investigación para generar nuevo conocimiento que mejore la toma de decisiones y la prestación de cuidados a fin de optimizar los resultados en pacientes.

A tenor de lo mencionado, se ha de avanzar hacia la implantación de los planes prospectivos de formación y la utilización del portafolio (*portfolio*) como método de evaluación docente y sumativa, encaminados a generar las competencias necesarias para la aplicación del método científico a todas aquellas iniciativas revisionales inspiradas desde las lecturas críticas.

En línea con lo propuesto y en virtud de la transformación del panorama educativo con el proceso Bolonia, por el que se homogenizan las titulaciones universitarias en la región europea no discriminando entre Diplomaturas (3 años) y Licenciaturas (5 años), habilitando el Título de Grado (4 años) para todas las titulaciones (Grado en Enfermería: 240 ECTS), con posibilidad de acceder a Doctorado tras la realización de los créditos ECTS correspondientes vía Máster (acceso a tercer ciclo a partir de 300 ECTS), y la aprobada en 2011 Ley de la Ciencia⁽⁷⁾ que viene a articular las redes de investigación nacionales para hacerlas converger con modelos europeos de investigación facilitando, por tanto, la transferencia de resultados de la investigación, se abren nuevas y excelentes oportunidades para la inscripción de tesis doctorales en enfermería, que vengán a certificar un giro radical en la motivación científica profesional.

Respecto a la financiación privada que permita la realización de cursos y estancias pre/post-doc o liberaciones parciales para dedicación investigadora, es crucial la constitución de las mencionadas empresas interunitarias/interinstitucionales, que permitan aprovechar la posición dominante de mercado que ejercen las instituciones sanitarias públicas, para así obtener fondos de la industria que a su vez pasaría a figurar como patrocinador (*donor*) o

socio (*partner*) del proyecto fomentando la generalización de estrategias de cooperación en I+D. Asimismo, se ha de ejecutar una búsqueda activa de recursos a través de fundaciones e institutos de naturaleza privada que promuevan el mecenazgo de esta serie de actividades⁽¹⁷⁾.

Como consecuencia de los planteamientos anteriores, surge la pregunta de cómo incardinar modelos eficientes de unidades de enfermería que no supongan un quebrantamiento de la unidad de gestión institucional, teniendo en cuenta las tendencias actuales en gestión clínica que abogan por la ya referida introducción de la competencia gestionada y el abandono de modelos de gestión basados en la autoridad de la jerarquía y el control.

Dentro del enfoque de los sistemas integrados de salud (*managed care*)⁽¹⁸⁾, se perfila la idea de unidades de gestión clínica (Medicina/Enfermería) en las cuales la visión se establece en torno a criterios de gestión poblacional como es la gestión de patologías (*disease management*)⁽¹⁹⁾ y donde el componente organizativo de los equipos de alto rendimiento⁽²⁰⁾ es esencial. A través de la gestión de enfermedades se añade al ideario de la continuidad de la atención sanitaria el hecho de que esa continuidad puede ser formalmente gestionada por medio de la utilización de procedimientos operativos, guías y protocolos. Se sobreentiende, por tanto, que habría una coordinación estructurada de la atención sanitaria a través de la atención primaria, secundaria y terciaria⁽²¹⁾. El potencial de esta técnica, entendida como principio organizativo, es trascendental para los pacientes al garantizar una atención ininterrumpida internivel y reducir el uso de tratamientos inadecuados.

Se trata, en definitiva, de potenciar el concepto de responsabilidad (*accountability*)⁽²²⁾ y trasladarlo a la casuística atendida por la unidad, en virtud del cual existe una corresponsabilización e investigación de los resultados de la misma (en términos económico-asistenciales) sobre el estado de salud de la población acreedora de los servicios ofertados en la cartera de la unidad.

Más allá del dogmatismo, esto supone una transición del concepto de salud como bien público a la salud como bien privado, es decir, un avance desde la obligación de medios a la obligación de resultados como consecuencia de la aplicación de prácticas de gestión enfermera basada en la evidencia y orientada hacia la efectividad y los resultados.

CONSIDERACIONES FINALES

La gestión de entornos de conocimiento multireferenciales demanda herramientas que permitan dotar de eficiencia a los procesos en los que se aplican. La literatura en torno al rediseño de procesos de negocio puede ayudar a entender las necesidades reales desde la perspectiva de los servicios de salud y, aprovechar las oportunidades que se presentan desde las posibilidades tecnológicas y de procedimiento. En este trabajo recogemos un conjunto de reflexiones sobre el rol que ha de asumir la supervisión a la hora

de impulsar, elaborar y promocionar las guías de práctica clínica en enfermería, así como su posterior utilización.

Estas prácticas constituyen mecanismos que complementan a los sistemas de ajuste de riesgo sanitarios, contribuyendo así a la optimización de costes operativos. Desde nuestro análisis se presentan a las GPC-E como una oportunidad sobre las que sustentar proyectos de investigación que pueden tener impacto positivo en la persecución de la excelencia clínica derivada de los procesos de enfermería. A la hora de aplicar este tipo de herramientas hemos de tener en cuenta un conjunto de variables que influyen en su uso, entre las que podemos destacar los objetivos que cada organización persigue, las formas de relación y comunicación entre equipos, el tipo de tareas que se comparten o el perfil y atribuciones de los diferentes miembros del equipo. La dirección por objetivos, la gestión de la diversidad, y un estilo de liderazgo apropiado al perfil de los recursos que se mantienen, pueden ayudar a gestionar las resistencias que, de forma lógica, van a aparecer a los esfuerzos de cambio a la hora de aplicar estas herramientas.

Como líneas futuras de investigación destacamos la importancia del análisis del estado del arte, en cuanto a desarrollo de GPC-E y prácticas enfermeras basadas en la evidencia se refiere, en diferentes centros de referencia a nivel nacional e internacional, lo cual conduciría al desarrollo de estudios encaminados a la determinación de las rutinas organizativas de excelencia que puedan ser exportables e implementables en diferentes organizaciones sanitarias con modelos organizativos no coincidentes (tanto en el tipo de entidad jurídica como en los paradigmas científicos de aplicación) pero complementarios y potencialmente convergentes.

La reflexión ofrecida surge en primera instancia de la observación directa de la práctica enfermera. Efectivamente, el desempeño de Enfermería no está caracterizado por la presencia de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, sino que, más bien, parece dominado por una rutina de procedimientos históricos con leves modificaciones por introducción de innovaciones de conocimiento o procedimiento disruptivas, que son las únicas que vencen las resistencias al cambio.

A través de las GPC-E, se produce una estandarización del conocimiento, una disminución de la variabilidad de la práctica enfermera, se construye una base sólida sobre las que basar ulteriores investigaciones sobre Cuidados de Enfermería, se evoluciona hacia la excelencia asistencial, se promueve la innovación incremental, se potencia el capital relacional, se instaura una curva de costes para procedimientos

que permiten depuraciones presupuestarias, se favorece la construcción de economías de escala y alcance, se realiza evaluación económica de tecnologías de uso enfermero etc.

Se trata, en definitiva, de que la Supervisión de Enfermería a través de estas herramientas, ejerza definitivamente su función cual es la gestión de la calidad de los cuidados y la gestión económico-financiera de los recursos ligados a su mando. A través de la visibilización de los costes operativos inducidos por Enfermería, se facilitaría la transición del papel de la Supervisión de mero distribuidor a asignador de recursos con poder *de facto* y *de iure* en la negociación presupuestaria de la unidad que retroalimentaría escalamientos de calidad en base a consecución de objetivos reales, medibles y comparables.

Todo ello supone una *profesionalización* de la Supervisión como categoría profesional que requiere del dominio de conocimientos de Economía de la Salud y ciencias afines como Epidemiología, Estadística, Gestión Clínica, Gobierno Clínico, Salud Pública etc., así como de unas obligaciones mínimas de producción científica de calidad e investigación en resultados. Todo ello supone una revolución cultural que implica la madurez y la independencia de la profesión y los mandos enfermeros respecto a otros estamentos sanitarios.

Supone, por tanto, un salto cualitativo excepcional en el nivel profesional, que comprendería la asunción de la importancia de la Enfermería como fuerza profesional que origina una serie de beneficios y costes que han de ser ponderados desde una visión economicista, de cara a implementar su función como agente de salud. Es, en definitiva, interiorizar la faceta empresarial de la Gestión de Enfermería. Todo ello revierte una importancia trascendental si tenemos en cuenta la tendencia ya instalada de cronificación de enfermedades, lo cual supone un aumento del peso específico de los costes originados por la atención enfermera.

No obstante, todavía han de superarse una serie de barreras culturales que constituyen la principal limitación para la asunción del nuevo rol que ha de desempeñar la Enfermería como colectivo y las Supervisiones como mandos. Estas estriban en la visión vocacional de la profesión, que colisiona con un ideario eficientista de la producción enfermera. La única manera de vencer estas resistencias es a través de la introducción progresiva de herramientas de gestión en los planes de formación pre y post-grado, así como en la formación continuada a nivel profesional. La cotidianeidad de estas interiorizará su consideración como herramientas habituales y necesarias para la práctica asistencial del día a día.

REFERENCIAS

1. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large-scale knowledge translation. *BMJ*. 2008;337:a1714.
2. Woolf SH. The meaning of translational research and why it matters. *JAMA*. 2008; 299(2):211-3.
3. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. 1993;342(8883):1317-22.

4. Thomas LH, McColl E, Cullum N, Rousseau N, Soutter J. Clinical guidelines in nursing, midwifery and the therapies: a systematic review. *J Adv Nurs*. 1999; 30(1):40-50.
5. Peiró S. Métodos de medición de casuística y ajuste de severidad y riesgos. En: Gimeno JA, Repullo JR, Rubio S, directores. *Manuales de dirección médica y gestión clínica: gestión clínica desarrollo e instrumentos*. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 2006. p. 145-200.
6. Grant RM. Toward a knowledge-based theory of the firm. *Strat Manag J*. 1996; 17(SI):109-22.
7. España. Jefatura del Estado. Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. *Bol Oficial Estado* [Internet]. 2011 jun. [citado 2011 nov. 22];(131). Disponible en:<http://www.boe.es/boe/dias/2011/06/02/pdfs/BOA-2011-9617.pdf>
8. Thompson C, Cullum N, McCaughan D, Sheldon T, Raynor P. Nurses, information use, and clinical decision making: the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evid Based Nurs*. 2004;7(3):68-72.
9. Hammer M. Reengineering work: don't automate, obliterate. *Harvard Bus Rev*. 1990; 68(4):104-12.
10. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MS, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual [Internet]. Santa Monica (CA): RAND Corporation; 2001 [cited 2011 Nov 25]. Available from: http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269
11. Nonaka I, Takeuchi H. *The knowledge-creating company*. Oxford (UK): Oxford University Press; 1995.
12. Lacerda RA, Nunes BK, Batista AO, Egry EY, Graziano KU, Angelo M, et al. Evidence-based practices published in Brazil: identification and analysis of their types and methodological approaches. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2012 Mar 25];45(3):777-86. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a33.pdf
13. Mintzberg H. *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel; 2002.
14. Bontis N. Intellectual capital: an exploratory study that develops measures and models. *Manage Decis*. 1998;36(2):63-76.
15. Smith KG, Collins CJ, Clark KD. Existing knowledge, knowledge creation capability, and the rate of new product introduction in the high-technology firms. *Acad Manage J*. 2005;48(2):346-57.
16. Lauer MS, Collins F. Using science to improve the nation's health system: NIH's commitment to comparative effectiveness research. *JAMA*. 2010;303(21):2182-3.
17. Nishtar S. Public-private 'partnerships' in health: a global call to action. *Health Res Policy Syst*. 2004;2(1):5.
18. Porter ME, Olmsted E. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston (MA): Harvard Business School Press; 2006.
19. McCall N, Cromwell J. Results of the Medicare Health Support disease-management pilot program. *N Engl J Med*. 2011;365(18):1704-12.
20. Hartog D, Verburg RM. High performance work systems, organisational culture and firm effectiveness. *Hum Res Manage J* [Internet]. 2004 [cited 2012 Mar 24];14(1):55-78. Available from: <ftp://ftp.sapco.ir/eBooks/j.1748-8583.2004.tb00112.x.pdf>
21. Bengoa R. Tendencias recientes y reformas de los sistemas de salud. Mercados internos con competencia y sin competencia y los sistemas integrados de salud. *An Sist Sanit Navar*. 1998;21(2):197-202.
22. O'Hagan J, Persaud D. Creating a culture of accountability in health care. *Health Care Manag (Frederick)*. 2009;28(2):124-33.