

**Section Seven**

UNIVERSITAS  
*Miguel*

**EUROPEAN DOCTORATE**

## Section Seven

# EUROPEAN DOCTORATE

This section refers to the abstract of this thesis, including the full length of its conclusions in the Spanish language.

## RESUMEN (ESPAÑOL)

### A- INTRODUCCIÓN DE LA TESIS

En esta introducción, paso a paso, establecemos el contexto de la tesis, y justificamos la necesidad de su desarrollo.

#### 1- Calidad y Eficiencia como una prioridad emergente de los Servicios de Salud a nivel Global: La Necesidad de Cambios Transformacionales ¿?

~~Cualquier~~ Todos los sistemas ~~de salud~~ sanitarios del mundo industrializado se enfrentan actualmente con el desafío de la calidad, que constituye una prioridad de los cuidados de salud en el mundo entero <sup>(1)</sup>. La cuestión de la necesidad de un sistema ~~de salud~~ sanitario de alta

calidad y eficiencia no es algo nuevo en la era contemporánea <sup>(2)</sup>, pero ~~ha tenido importantes avances~~ ha planteado con especial relevancia en la última década <sup>(3; 4)</sup>.

La magnitud de la tarea requiere cambios fundamentales para conseguir la calidad y eficiencia en el cuidado de la salud y los sistemas sanitarios, que no pueden ser conseguidos con mejoras evolutivas simples (persistiendo en las vías actuales). Es necesario un amplio cambio (cambiar las vías en sí mismas) constituido por múltiples, pero interconectados, pequeños cambios en múltiples niveles ecológicos de la organización y de la prestación de cuidados de salud. En otras palabras, es necesario un cambio absoluto en la manera de enfocar la política sanitaria; la manera en que pagamos, organizamos y gestionamos los sistemas de salud; así como la manera en que se proporcionan los cuidados sanitarios por los profesionales para conseguir su más alta calidad, eficacia y eficiencia <sup>(5; 6; 7)</sup>. Esto es una prioridad en todo el mundo pero particularmente en los Estados Unidos de América (EUA) <sup>(2)</sup>, donde la calidad del cuidado es evidentemente insuficiente, con indicadores de calidad en el cuidado de la salud verdaderamente decepcionantes en función de los dólares gastados *per cápita* <sup>(8; 9)</sup>.

## **2- Calidad en el sistema de salud de los Estados Unidos de América (EUA).**

En EUA hay un contraste claro entre los enormes avances en investigación biomédica y la calidad del cuidado sanitario (incluyendo la eficiencia) proporcionado a la población, que está evidentemente muy por debajo del cuidado óptimo. La calidad varía significativamente según los prestadores y las regiones geográficas. Por tanto, admite claramente ser mejorada a escala nacional <sup>(2; 9; 10)</sup>.

Por ejemplo, incrementar la calidad de los cuidados sanitarios – y conseguir una mejoría significativa de la prevención y el la expansión del acceso a tales cuidados - son las tres prioridades sanitarias en los EUA, expresadas en la ley de reforma de salud más reciente, y extensamente discutida: la *Patient Protection and Affordable Care Act* <sup>(11; 12)</sup>. Más

recientemente, el gobierno federal de EUA aprobó la *National Health Care Quality Strategy and Plan*, con el objetivo de conseguir una amplia consulta pública y reacciones sobre sus principales prioridades, objetivos, principios nucleares y estrategias para mejorar la calidad e eficiencia de sistemas, servicios e cuidados de salud <sup>(13)</sup>. El informe *Crossing the Quality Chasm*, publicado por el *US Institute of Medicine* (IOM) a principios de siglo, pronostica un cambio fundamental y el rediseño total del sistema de salud de los EUA <sup>(2)</sup>. El informe señala seis objetivos importantes referidos a la calidad (la eficacia, seguridad, centrismo en el paciente, puntualidad, equidad, y eficiencia) que han sido usados extensamente como un marco de calidad. El mismo informe suministró una serie de recomendaciones (soportadas por una extensa revisión bibliográfica) para los siguientes años para conseguir el cambio transformacional previsto. La teoría de sistemas (re-diseño de sistemas) es la teoría fundamental usada para fundamentar la elaboración del informe del "quality chasm" <sup>(14)</sup> y representa el mayor paradigma para mejorar la calidad del cuidado sanitario a gran escala <sup>(5; 15)</sup>.

La teoría de sistemas y el re-diseño de sistemas son las teorías principales detrás de los marcos destinados a mejorar la calidad de los cuidados de salud simultáneamente en tres perspectivas: la persona, la población, y el coste *per capita* <sup>(16)</sup>, reflejado en tres pilares del ya mencionado *National Health Care Quality Strategy and Plan* de EUA: mejores cuidados, poblaciones/comunidades saludables e cuidado financieramente accesible <sup>(13)</sup>.

Un cambio fundamental para la calidad requiere el conocimiento de los principios más importantes referidos a la calidad de los sistemas de salud, y sobre las acciones estratégicas a seguir, compartido por los grupos de interés (stakeholders). A su vez, requiere la construcción de consensos y asociaciones activas entre los grupos de interés - incluyendo a los consumidores <sup>(17)</sup> - para que los esfuerzos de todos se alineen. Esto es un pre-requisito esencial para producir la mejoría integrada de la calidad de los sistemas de salud <sup>(6; 18; 19; 20)</sup>.

Un ejemplo importante de este tipo de alianzas estratégicas activas es el de *National Priorities Partnership* ([www.nationalprioritiespartnership.org](http://www.nationalprioritiespartnership.org)): una iniciativa de colaboración de varios grupos de interés llevada a cabo por lo *National Quality Forum* ([www.qualityforum.org](http://www.qualityforum.org)), la organización líder en EUA para la construcción de consenso en el ámbito de la calidad de

cuidados de salud. La *National Priorities Partnership* - mediante el consenso de los representantes de los distintos grupos de interés - delinea objetivos, prioridades y líneas de acción comprensivas que sean llevadas a cabo en toda la nación para avanzar en el sistema de cuidados de salud de EUA hacia los deseados niveles de desempeño <sup>(6; 20)</sup>.

En resumen, la implicación de los grupos de interés y la colaboración activa alineada, son requerimientos fundamentales para vislumbrar, diseñar y más tarde implementar una estrategia e planos de acción para la calidad. Esto aplicado al más largo sistema de cuidados de salud nacional, pero también en áreas específicas de la prestación de cuidados de salud en EUA, de acuerdo con sus desafíos únicos a la calidad.

### **3- Calidad en la Rehabilitación Post-Aguda.**

La rehabilitación post-aguda posee un alcance único y distinto en el ámbito de los cuidados sanitarios y de su calidad, que es distinto de las otras áreas de los cuidados de salud <sup>(21)</sup>. La rehabilitación post-aguda se centra en el paradigma de la recuperación funcional – con un marco y clasificación distintos – dirigida a las disfunciones en lugar de a las enfermedades <sup>(22; 23)</sup>. Por consiguiente el alcance y paradigma singular de la rehabilitación debe reflejarse en un encuadre único específico para la calidad de la rehabilitación post-aguda.

Por ejemplo, en la literatura, recientemente se ha observado una falta de desarrollo específico en las iniciativas de mejoría de la calidad aplicables al campo de la rehabilitación post-aguda, siendo una de las causas de la llamada "Paradoja de calidad": un fenómeno relacionado con un sentimiento contra-productivo sobre las iniciativas de mejora de calidad por los profesionales de la rehabilitación post-aguda <sup>(24)</sup>. Efectivamente, las iniciativas de calidad aplicadas a la rehabilitación post-aguda no se perciben como algo valioso por los consumidores <sup>(25)</sup>; ni por los profesionales <sup>(24)</sup>, que pueden ver las iniciativas de mejora de calidad de la actual rehabilitación PAC como una fuente de empeoramiento de la calidad del cuidado –en paralelo a los fenómenos de las “consecuencias no buscadas” ("unintended consequences") de las

iniciativas de calidad en los cuidados sanitarios generales <sup>(26; 27; 28)</sup>. Para abordar las necesidades específicas de calidad de la rehabilitación post-aguda, se requiere un marco referido, aún por conseguir, a los aspectos específicos de la calidad en ese ámbito - algo que en realidad falta, y que origina iniciativas de la calidad que no son las más eficaces <sup>(24; 29; 30; 31)</sup>.

#### **4- EUA como el Contexto para el desarrollo de la Tesis.**

La búsqueda de la calidad en los cuidados sanitarios es un tema del interés central en todos países industrializados. Eso también es verdad en el campo de la rehabilitación post-aguda más allá de las fronteras de los EUA, siendo, por ejemplo, una meta para esfuerzos más recientes en el ámbito europeo <sup>(32)</sup>.

Sin embargo, en última instancia previendo una aplicación de campo a sistemas de salud, y para no quedarse superficialmente en las recomendaciones de esta tesis; debemos enfocar nuestro estudio en un contexto específico de la solicitud (por ejemplo un sistema de salud nacional). Los EUA fueron el contexto elegido para ello. Tomamos esta opción debido a las razones contextuales y oportunas siguientes:

- Mayor margen para mejoras, debido a la mencionada sub-óptima calidad de desempeño del sistema de salud de EUA;
- Las contribuciones recientes de las reformas de salud y la subsecuente estrategia de calidad nacional, suministrando un marco que controla uniformemente la estrategia y la acción para calidad <sup>(11; 13)</sup>;
- Input de la política de rehabilitación post-aguda de hace unos años <sup>(33)</sup>, con un subsecuente desarrollo de herramientas para respaldar, en términos operacionales, la reforma de la rehabilitación post-aguda y los cuidados de salud adyacentes <sup>(34; 35)</sup>;
- El creciente reconocimiento, entre grupos de interés de rehabilitación de los EUA, de la necesidad de investigación, de desarrollo e de implementación de un sistema eficaz de iniciativas de la calidad que sea específica para la rehabilitación post-aguda <sup>(29; 36; 37)</sup>.

Todos estos criterios crean el *momentum* para los necesarios cambios transformacionales de la rehabilitación post-aguda en el contexto de EUA. Sobre esa base y en ese contexto establecemos los siguientes objetivos de esta tesis.

## **B- OBJETIVOS DE LA TESIS**

Se presenta una estructura jerárquica de tres niveles, que dirigen el desarrollo de esta tesis. Esta estructura jerárquica es compuesta por:

1. Objetivo a largo plazo, que representa los desarrollos y aplicabilidades previstos del producto de la tesis a largo plazo, ayudando de esa manera a moldear el objetivo de la tesis.
2. Objetivo de la tesis, que delimita el principal producto final de la tesis. El cumplimiento de dicho objetivo depende la consecución de un grupo de objetivos específicos que lo soportan.
3. Objetivos específicos, que constituyen nuestros resultados, y que están diseñados para conceptualizar y soportar empírica y operacionalmente el logro del objetivo de la tesis.

En este resumen, presentamos el objetivo a largo plazo y el objetivo de tesis en primer lugar, y después nuestros 3 objetivos específicos.

### **B1- Objetivo a largo plazo**

- Contribuir hacia el desarrollo de un ‘sistema’ de iniciativas de calidad (por ejemplo: monitorización, evaluación, elaboración de informes, iniciativas de mejora, así

como políticas alineadas en calidad y cuidados pagos de acuerdo) específicas para la rehabilitación post-aguda, que sean efectivas, significativas y alineadas entre ellas – esto es un ‘sistema’ optimizado - permitiendo transformar la calidad de servicios e cuidados de la rehabilitación post-aguda en el contexto de los EUA.

Esto representa un proceso interminable a largo plazo, capaz de transformar e avanzar continuamente los niveles de calidad de la rehabilitación post-aguda. Es un objetivo a largo plazo que sobrepasa en gran medida los objetivos y alcance de este estudio, a pesar de que la tesis prevé servir como un paso de activación hacia dicho viaje a largo plazo, a través de la consecución de lo objetivo de la tesis, soportado en lo cumplimiento de sus objetivos específicos.

## **B2- Objetivo de la Tesis**

- Redactar un conjunto de recomendaciones integradas y sistémicas (apoyadas por la literatura) que apunta para un mapa estratégico de acción futura que pueda activar en desarrollo de un optimizado ‘sistema’ de iniciativas de calidad específico para los cuidados de la rehabilitación post-aguda en el contexto de los EUA.

No partimos de la “nada”. Dichas recomendaciones deberán ser construidas sobre acciones y recomendaciones (que de cierta forma las mejora y complementa) que aun están siendo enmarcadas, sugeridas, o ya activadas, para la calidad e iniciativas de calidad en cuidados de salud generales y, en particular, dirigidas a la rehabilitación post-aguda en el contexto de los EUA.

## **B3- Objetivos Específicos**

De acuerdo con nuestro objetivo previsto a largo plazo, y sobre todo proporcionando un marco y apoyo bibliográfico para conseguir el objetivo principal de nuestra tesis; establecemos un conjunto de tres objetivos específicos, complementarios entre ellos (fig.1, al final de la sección):

- 1) Enmarcar conceptualmente el enfoque específico de la calidad de los cuidados de rehabilitación post-aguda.
- 2) Sintetizar la literatura sobre el estado de la cuestión, en cuanto a conocimiento y acción, de las iniciativas de calidad - aplicadas el sistema de salud de los EUA.
- 3) Resumir e integrar el estado de acción de las iniciativas de calidad de la rehabilitación post-aguda.

Cada uno de estos objetivos específicos tiene una función para soportar el diseño de nuestras recomendaciones que alcanzan el objetivo mayor de esta tesis. Cada uno de ellos fue reflejado en una revisión de soporte o de apoyo que tuvo sus métodos (a pesar de similitudes entre ellos), resultados, y su propia discusión sobre sus limitaciones, aplicaciones o recomendaciones específicas que fueron después, en un último paso, integradas y articuladas en su sinergias y elementos comunes para nuestro conjunto final de recomendaciones integradas para activar el deseado óptimo 'sistema' de iniciativas de calidad específico para los cuidados de la rehabilitación post-aguda en el contexto de los EUA.

### **C- MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSIÓN: *Abstracts* de Cada Revisión**

Después de presentarnos un resumen general de los métodos que fueron aplicados para el desarrollo de nuestras revisiones específicas, que son presentadas como los resultados de nuestra tesis, pasaremos a hacer una descripción sucinta en formato de "abstract" para cada revisión, que elaboramos específicamente para este resumen para perfilar una perspectiva

longitudinal para cada revisión realizada, que incluye una síntesis muy breve del siguiente contenido: título, introducción, objetivos (o ambos juntos), métodos, resultados y discusión. Complementando los *abstracts* de cada revisión, hacemos llamadas a las respectivas figuras ilustrativas (exceptuando la tercera revisión), que estarán presentadas al final de la sección (fig.2, fig. 3, fig.4 y fig. 5). Las figuras son esenciales para lo entendimiento de lo contenido y organización de las revisiones.

## **1- Resumen General de los Métodos de Tesis**

Hicimos un conjunto de revisiones sobre “apoyo de las decisiones” o “apoyo de recomendaciones” a lograr antes de poder diseñar el conjunto de recomendaciones preliminares en el cumplimiento del objetivo de nuestra tesis – el último paso integrante que hicimos para este estudio.

La revisión de la literatura acerca del “apoyo de las decisiones” representa un método más sólido de informar decisiones políticas que un estudio único o una opinión experta <sup>(38)</sup>. Revisiones acerca de “apoyo de las decisiones” se podrían obtener mediante revisiones sistemáticas. Sin embargo ningún propósito de nuestras revisiones específicas encaja con los propósitos de las revisiones sistemáticas (estilo Cochrane). En efecto, no tenemos propósitos de revisión tan delimitados o enfocados como los abordados por las revisiones sistemáticas de tipo Cochrane, tampoco es factible analizar el catalogo infinito de literatura aplicada a los amplios temas que teníamos para revisión. Nuestros propósitos de revisión apuntan principalmente a “organizar” la literatura representativa de las diferentes materias revisadas, produciendo una “imagen” actualizada del conocimiento, complejidad, conceptos, fuerzas, acciones y perspectivas que modelan el alcance de calidad en los cuidados de salud, y específicamente el campo de la rehabilitación post-aguda, particularmente en el contexto de los EUA.

Por supuesto, buscamos otros métodos de revisión (que no el tradicional estilo de revisiones sistemáticas do tipo Cochrane) que podrían coincidir mejor con el alcance amplio, integrado, y complejo (incluyendo contextualizado) de nuestros propósitos y materias para revisión. Por lo tanto, hemos fundamentado nuestro abordaje de la revisión basándonos en los enfoques de la revisión de alcance (“scoping review”) <sup>(39; 40)</sup>, de la revisión integradora (“integrative review”) <sup>(41)</sup>, y de la revisión realista (“realist review”) <sup>(42)</sup> que, respectivamente, demuestran respuestas metodológicas para nuestras tres necesidades de revisión que no podían ser plenamente alcanzadas por una revisión sistemática do tipo Cochrane. En lo referente a síntesis, nos basamos principalmente en métodos de síntesis cualitativa <sup>(43)</sup>, y, de entre ellos particularmente el método de “síntesis estructurada” (“framework synthesis”) <sup>(44)</sup>, una vez que nuestras revisiones tenían marcos de base que a priori definían una estructura, temas, o categorías de síntesis. Estos enfoques fueron integrados en un método que desarrollamos específicamente para lograr nuestras primera y segunda revisiones. La tercera revisión, correspondiente a nuestro tercer objetivo, tuvo un proceso algo diferente. Se fue construyendo e integrando en parte con base en referencias recolectadas, e información organizada y sintetizada en el proceso (muy amplio) de las revisiones previas. Dado su posicionamiento, la tercera revisión se puede considerar como un paso intermedio entre las revisiones de apoyo previas y las posteriores recomendaciones integradas. Finalmente, el marco subyacente usado para organizar la tercera revisión y su síntesis es el mismo de la segunda revisión, facilitando el translación de contenido entre la segunda y la tercera revisión.

El diseño de nuestras recomendaciones integradas (objetivo de la tesis) era la última fase a ser alcanzado en la tesis. Las recomendaciones deben ser estratégicas, sistémicas, estructurales, orientadas hacia el futuro, y considerando la acción en una perspectiva integrada de los sistemas de la salud. A pesar de apoyarse en el proceso y resultados de nuestras revisiones, este último paso (diseño de recomendaciones preliminares) representa un proceso meta-interpretativo y creativo, en el que juega un rol importante la individualidad y subjetividad del autor. Por lo tanto, las recomendaciones aparecen escritas con la cautela y gramáticas típicas del discurso político, abriendo espacio para el debate, antes que recomendando “verdades” irrefutables. Siendo congruentes con dichos asuntos, estas recomendaciones integradas están presentadas con la etiqueta de Discusión, en el lugar de Resultados.

## **2- Abstract de Cada Revisión**

En bajo se presentan los *abstracts* para cada revisión específica que desollamos.

Tenemos todavía que realzar que en lo seguimiento del desarrollo de la 1ª revisión que correspondió al alcanzar del 1º objetivo específico denotamos que, contrariamente a una tendencia verificada no cuidados generales de salud y particularmente en especialidades complejas e dimensionales como los cuidados paliativos y del cáncer<sup>(45; 46; 47)</sup>, no existía en la literatura específica para la rehabilitación post-aguda un racional que conceptualmente ligase los aspectos o elementos de la dimensión interpersonal del cuidado en la rehabilitación post-aguda (también ella compleja e con muchas dimensiones del cuidado y resultado) a los resultados de salud para este campo, en particular a través de variables psicosociales y del comportamiento inmediatas e intermedias que podrían ser manejadas pela dimensión interpersonal del cuidado para la rehabilitación post-aguda. Siendo un aspecto muy específico de la más grande revisión conceptual - que es la 1ª revisión solo así llamada (o 1ª revisión parte A) - desarrollamos una llamada primera revisión parte B que específicamente desarrolla dichas relaciones conceptuales. Estas revisiones, así como las demás, son sintetizadas en los *abstracts* abajo presentados.

### **2a) Abstract de la 1ª Revisión (parte A).**

**Título: Calidad en la Rehabilitación Post-Aguda: un marco conceptual**

*Introducción y Objetivo:* La calidad esta cada vez más en la agenda de los cuidados de salud, especialmente en la rehabilitación post-aguda; pero en la rehabilitación post-aguda las iniciativas de calidad están lejos de ser óptimas, y a veces se consideran contraproducentes. Primeramente, esto puede relacionarse a un mal entendimiento entre los grupos de interés sobre lo que es calidad en la rehabilitación post-aguda. Eso puede deberse a la falta de un marco conceptual de la calidad específica para la rehabilitación post-aguda, un referente compartido entre los grupos de interés para la comprensión de la calidad en la rehabilitación

post-aguda, capaz de apoyar el diseño de las iniciativas específicas de la calidad, en particular las que impliquen la articulación de múltiples grupos de interés. Por tanto, y sobre la base de la literatura revisada, nuestro objetivo es producir un marco conceptual (representativo pero procesable) que pueda ser precursor de ese entendimiento compartido de lo que sea la calidad de la rehabilitación post-aguda.

*Métodos:* Hemos usado el ampliamente reconocido modelo EPR de Donabedian (estructura, proceso, resultados) y marcos aplicados a la rehabilitación – por ejemplo, el *World Health Organization International Classification of Functioning* – como nuestros cimientos conceptuales. A partir de estos cimientos conceptuales, realizamos una revisión conceptual, apoyada metodológicamente por los principios y técnicas de las metodologías: revisión integradora (“integrative review”), revisión realista (“realist review”), revisión de alcance (“scoping review”), y síntesis estructurada (“framework synthesis”) que integramos específicamente para la construcción de nuestras revisiones. En la parte final de la síntesis, fuimos reduciendo e integrando la información e referencias bibliográficas más relevantes, suportadas, y actualizadas que teníamos, en una configuración que permita un amplio entendimiento conceptual, todavía parsimonioso y entendible por parte de diferentes grupos de interés, de la calidad en la rehabilitación post-aguda.

*Resultados:* Están ilustrados por los diagramas modelo ([fig.2](#) y [fig.3](#)), en los que describimos sistemáticamente la construcción de los componentes del marco conceptual. Comenzamos por describir los macro-resultados, siguiendo precisando sus determinantes paso a paso: resultados intermedios e inmediatos, dimensiones del proceso de rehabilitación (técnica, interpersonal, de proceso de grupo de trabajo, y proceso de mejora de la calidad), y finalmente los elementos estructurales de la calidad que suportan un proceso de calidad.

*Discusión:* Discutimos las limitaciones y potenciales aplicaciones de este marco basado en literatura, que van más allá del final de la tesis. Para validación, refinamientos y mejoras del marco conceptual recomendamos el desarrollo de un consenso entre expertos y grupos de interés en sus definiciones más importantes. Las fragilidades y lagunas de los marcos y su literatura de apoyo fueron igualmente usadas para realzar las recomendaciones de acción y la

investigación dirigidas para apoyar la calidad y acción de mejora de calidad en la rehabilitación post-aguda.

## **2b) Abstract de la Primera Revisión - Parte B:**

**Titulo: Vías conceptuales conectando los resultados de salud de la Rehabilitación Post-Aguda con su dimensión interpersonal del cuidado.**

*Introducción:* En cuidados de salud generales, hay un interés conceptual y empírico en conectar características de la dimensión interpersonal del cuidado (la comunicación y relaciones entre los profesionales y pacientes/familia) con los resultados de salud. Sin embargo, ese tópico no ha sido aun considerado en el ambiente específico de la rehabilitación post-aguda.

*Objetivos:* 1) Formular vías conceptuales hipotéticas y mecanismos subyacentes por los cuales los resultados específicos de salud en la rehabilitación post-aguda puedan ser influenciados por su dimensión de cuidados interpersonales específicos. 2) Comenzar definiendo los principales componentes del proceso interpersonal específico para la rehabilitación post-aguda; de acuerdo con las vías conceptuales anteriormente formuladas.

*Métodos:* Realizamos una revisión conceptual, apoyada metodológicamente por los principios y técnicas de las metodologías la revisión integradora (“integrative review”), la revisión realista (“realist review”), la revisión de alcance (“scoping review”), y la síntesis estructurada (“framework synthesis”), que integramos específicamente para la construcción de nuestras revisiones. En la parte final de la síntesis, fuimos reduciendo e integrando la información e referencias bibliográficas más relevantes, suportadas, y actualizadas que teníamos, para una redacción más parsimoniosa y entendible por parte de diferentes grupos de interés de la rehabilitación post-aguda, que no apenas por ejemplo para psicólogos.

*Resultados:* Informados por la teoría y datos, presentamos un marco con dos vías principales por las cuales los resultados relacionados con la salud de la rehabilitación post-aguda podrían

ser influenciados por la dimensión interpersonal del cuidado. Estas dos vías son mediadas por un grupo de variables psicosociales intermedias, respectivamente la mejora del proceso de compromiso terapéutico, esto es la participación activa en las actividades de rehabilitación; y la mejora de los patrones de respuesta psicológica y del comportamiento, incluyendo el afrontamiento y 'empowerment', en respuesta a la incapacidad (fig.4). De acuerdo con las vías formuladas y sus variables mediadoras, moldeamos preliminarmente los principales componentes del proceso interpersonal específico de la rehabilitación post-aguda.

*Discusión:* Discutimos las limitaciones de la revisión y principales características de valor añadido. Para superar tales limitaciones, recomendamos un desarrollo sistemático de directrices para el proceso interpersonal específico de la rehabilitación post-aguda, así como también el desarrollo de herramientas y modelos específicos de medición y mejora de lo referido proceso interpersonal. Con estos desarrollos, será posible que finalmente se ponga a prueba el impacto que la mejoría del proceso interpersonal de cuidados puede producir en los resultados de salud en la rehabilitación post-aguda, y posiblemente mejóralos por esta vía.

## **2c) Abstract de la 2ª Revisión**

**Título: Estado de la ciencia y de la acción de iniciativas de calidad en cuidados de salud – Una perspectiva de sistemas, organizada por los grupos de interés.**

*Introducción y Objetivo:* Para basar o apoyar el desarrollo de recomendaciones preliminares, orientadas al futuro, para un sistema óptimo de iniciativas de calidad en la rehabilitación post-aguda, existe la necesidad de ser críticamente conscientes del estado de la ciencia y acción sobre iniciativas de calidad para todo el sistema de cuidados de salud, en el caso aplicado al sistema de salud de los EUA, que es el contexto del desarrollo de esta tesis. La revisión debería ofrecer una perspectiva de sistemas y una perspectiva actualizada del panorama general de las iniciativas de calidad que pueda apoyar el desarrollo de nuestras recomendaciones ambicionadas en dos formas principales: 1) Trazar todo un panorama de fondo, actualizado, de las iniciativas de calidad en los cuidados generales de salud. 2) Aclarar los posibles modelos de

acción o pistas, concernientes a las iniciativas de calidad, que podremos usar para establecer las nuestras ambicionadas recomendaciones.

*Métodos:* Hemos conducido una revisión de la literatura y una síntesis, apoyada metodológicamente por los principios y técnicas de las metodologías: “integrative review”, “realist review”, “scoping review”, e “framework synthesis”, presentando similitudes con la primera revisión, pero con un enfoque más direccionado para el sumario integrado que para la construcción de un modelo conceptual. El “snowballing” sobre la capacidad instalada fue determinante para que el proceso de búsqueda fuese factible, pero representativo, de nuestro muy amplio sujeto temático. La [fig.5](#) presenta el marco subyacente que guía todas las fases del proceso de revisión, incluyendo la fase de síntesis, hecha alrededor de grupos de interés de diferentes niveles ecológicos de influencia en la calidad de los cuidados de salud.

*Resultados:* Presentamos una revisión expandida, aunque sintetizada, sobre el estado de la ciencia y acción en cuidados de salud, aplicada al contexto de los EUA. La revisión convirtió una enorme y difícilmente gestionable cantidad y fuentes de información en algo gestionable. Esta ha sido necesariamente nuestra revisión más extensa, conteniendo y sintetizando la información más diversa y relevante, referencias e perspectivas, que utilizamos para producir un panorama general actualizado de iniciativas de calidad en los sistemas, servicios e cuidados de salud, aplicado a lo contexto de los EUA.

*Discusión:* Aunque no hay un número finito de información posible aplicada, la estrategia de “snowballing” proporcionó un producto de revisión presentando el panorama general de información más representativa y actualizada sobre iniciativas de cuidados de salud. Sin embargo, la efectividad final de la revisión se refleja en la forma en que apoya el esbozo de nuestras recomendaciones finales integradas. Con respecto a ello, los resultados de revisión representaran un modelo de planeamiento y de acción, informando de antemano aspectos críticos relacionados con las fragilidades, los impactos involuntarios o colaterales, los desafíos, o el éxito de iniciativas de la calidad que tuvimos en cuenta en el diseño de nuestras recomendaciones. Más allá, la revisión apoya la necesaria perspectiva general de los sistemas de cuidados de salud e informó de sinergias reflejadas en nuestro grupo de recomendaciones.

Sin tal apoyo, las recomendaciones para el ámbito de la rehabilitación post-aguda se centrarían en una base estrecha y no integrada de salud.

## **2d) Abstract de la Tercera Revisión.**

**Titulo: Estado de acción aplicado al campo de las iniciativas de calidad en la Rehabilitación Post-Aguda – Un perspectiva sistémica organizada por los grupos de interés.**

*Introducción y Objetivo:* El esbozo de más recomendaciones finales integradas debería realizarse sobre el estado actual de iniciativas, complementando y mejorando su alcance y efectividad, así como promoviendo una buena compatibilidad y sinergias entre las iniciativas llevadas a cabo o en preparación, y las que recomendaremos para el futuro. Por lo tanto, estar informado de las iniciativas de calidad presentemente aplicadas al campo de la rehabilitación post-aguda es un punto de partida crítico para la tarea de esbozar nuestras recomendaciones.

*Métodos:* La revisión fue construida sobre el proceso, resultados, información y referencias procedentes de las amplias revisiones previas. Se utiliza el mismo marco subyacente de la segunda revisión, facilitando la organización y lectura, así como la traducción de información relativa a los cuidados de salud generalizados, que también se aplican a las características de la calidad rehabilitación post-aguda.

*Resultados:* En esta revisión se señala la información específica concerniente a iniciativas de calidad en el campo de la Rehabilitación Post-Aguda, o aplicadas a sus características particulares. A pesar de reflejar específicamente referencias aplicadas (en número mucho menor), también se integra información de iniciativas de calidad en cuidados de salud generales (segunda revisión) con desafíos de calidad y conceptos que son específicos de la rehabilitación post-aguda (primera revisión). Tal proceso, integrante, de un alcance más transformacional o inductivo, fue más evidente para los niveles de rehabilitación post-aguda en los que la literatura específica es más escasa, por ejemplo los niveles de macro y micro sistemas.

*Discusión:* La realización de la revisión realza el escaso grupo de investigaciones dirigidas para evaluar y predecir la efectividad de las iniciativas de calidad en la rehabilitación post-aguda. Por lo tanto, debe ser dirigida más investigación, planeada e sistematizada, en el sentido de proporcionar una base de evidencia referida a las iniciativas de calidad en su habilidad de mejorar y transformar la calidad de los cuidados en la rehabilitación post-aguda. La revisión describe el contexto específico en el que nuestras recomendaciones se encuadran, complementan, y desarrollan.

#### **D- RECOMENDACIONES INTEGRADAS (Objetivo de la Tesis)**

De acuerdo con los fundamentos racionales de esta tesis y su estructura de apoyo diseñamos un conjunto de recomendaciones integradas y sistémicas que apunta para un mapa estratégico de acción futura que pueda activar en desarrollo de un optimizado 'sistema' de iniciativas de calidad específico para los cuidados de la rehabilitación post-aguda en el contexto de los EUA.

El diagrama (fig.6) presenta el conjunto de nuestras recomendaciones. En este resumen no reproducimos la descripción entera de sus características (presentadas en la tesis completa). Sin embargo, una síntesis de las recomendaciones está presente en nuestras conclusiones presentadas a continuación.

#### **E - CONCLUSIONES**

Las conclusiones de esta tesis doctoral abordan sus principales productos, sus más relevantes limitaciones, y finalmente aclaran sus principales implicaciones para el campo de las ciencias sociales e compartimentales que suportan mejorías en la salud, con enfoque particular en Psicología de Salud.

## 1- Los Principales Productos de la Tesis.

A pesar de las limitaciones que pueden ser señaladas al proceso de esta tesis y sus productos (analizados más tarde), los resultados y recomendaciones finales de esta tesis doctoral se encuadran en un tipo de respuestas o soluciones integradas que desean promover cambios transformacionales para la calidad en los sistemas, servicios y cuidados de salud, teniendo por lo tanto su encuadramiento en las necesidades actuales del contexto socio-político a nivel mundial y, en particular, de los EUA, que es el contexto de desarrollo de la tesis. Por supuesto, en los Estados Unidos de América (EUA), existen grandes reformas en curso o siendo preparadas para conseguir una mejoría transformacional de la calidad, incluso en el contexto de los sistemas e servicios de rehabilitación post-aguda <sup>(11; 13; 33; 35; 48)</sup>.

Nuestro conjunto de objetivos, tal cual han quedado definidos, están inicialmente guiados por nuestro objetivo a largo plazo de alcanzar un ‘sistema’ optimizado de iniciativas de calidad direccionadas a la rehabilitación post-aguda, que es un campo que es aún incipiente y está lejos de alcanzar su máximo potencial <sup>(24; 25; 29; 30; 31; 49)</sup>. De acuerdo con esta visión de futuro (a largo plazo), establecimos el objetivo principal de nuestra tesis (diseñar recomendaciones integradas e sistémicas en una vía estratégica para lo lograr) y los subsecuentes objetivos específicos, que fueron el apoyo y soporte literario y del conocimiento al su diseño. Este es un proceso de formulación de objetivos en modo de retroceso y de sub-división de pasos que permite el mantener del sentido del visión, de sistema, y propósito de cada parte de la tesis para los sus objetivos últimos e principales. Echo ha sido lo mismo tipo y racional de desarrollo para la más reciente estrategia para la calidad en los EUA <sup>(13)</sup>, o para las más destacas jornadas de la mejoría da calidad en organizaciones lideres nos cuidados de salud en el mundo <sup>(4; 50; 51; 52)</sup>. Además, esta tesis emplea un pensamiento sistémico y de re-diseño de sistemas hacia la calidad e iniciativas de mejoría de la calidad en la rehabilitación post-aguda, que es el paradigma en uso para los cambios transformacionales prescritos para los sistema de cuidados de salud general, y el cimiento teórico de las recomendación del informe “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” del Committee on Quality of Health Care

in America, que hace aproximadamente una década influyó en todo un conjunto de iniciativas a gran escala para la mejoría de la calidad de los cuidados de la salud (13).

### 1.1 Recomendaciones Integradas (Objetivo de la Tesis)

El producto final de la tesis consiste en un conjunto de recomendaciones integradas, sistemáticas y orientadas para lo futuro, hacia la activación de un 'sistema' optimizado de iniciativas de la calidad específicas por la rehabilitación post-aguda. El alcance de las recomendaciones se centra primeramente en una agenda estratégica de acción que incluya lo desarrollo de la capacidad infraestructural a nivel ecológico externo, así como da investigación de apoyo para lo desarrollo, estudio, y implementación de las recomendaciones propuestas.

Con este encuadramiento, llegamos a una jerarquía de dos niveles de las nuestras recomendaciones: recomendaciones primordiales y recomendaciones focalizadas. La jerarquía determina que el grupo de recomendaciones focalizadas que propusimos deberá ser posteriormente moldeado, redefinido, transformado, especificado, o complementado por la acción concertada de las dos entidades señaladas como nuestras recomendaciones primordiales, que son la base estructural y funcional para lo óptimo desarrollo de las recomendaciones focalizadas que propusimos, y todas las otras que entretanto se definan o se entiendan como necesarias a través de su actividad continuada al largo del tiempo.

Las recomendaciones primordiales están dirigidas al desarrollo de las siguientes entidades que deben tener un funcionamiento en estrecha colaboración y una actividad mutuamente soportada:

- 1- Una 'Alianza' hacia la construcción de consensos sobre la calidad en la rehabilitación post-aguda.
  
- 2- Un 'Centro' interdisciplinar hacia el desarrollo de soluciones integradas por la calidad en la rehabilitación post-aguda.

La primera entidad, que sería una entidad trabajando activamente para la construcción de consensos entre grupos de interés, permitiría dar a las definiciones para la calidad y iniciativas de la calidad un carácter compartido, alineado, y de compromiso alargado entre los grupos de interés de la rehabilitación post-aguda.

La segunda entidad deberá corresponder a una estructura que agregará y deberá ser un espacio (“*collaboratory*”) para un conjunto inter-disciplinar de expertos e investigadores trabajaren permanente no desarrollo, estudio, prueba, implementación, y difusión de soluciones innovadoras, sistémicas, individualizadas, y socio-técnicas complejas para lo desarrollo calidad y iniciativas de la calidad específicamente diseñadas para las características, desafíos, contexto único de la rehabilitación post-aguda. La entidad debe también ser capaz de integrar, sintetizar, y comunicar la evidencia de una forma trans-disciplinar para informar las decisiones políticas relacionadas con en esta materia.

Abajo presentamos un conjunto de recomendaciones focales. Las recomendaciones son complementares a las iniciativas ya aplicadas o en actual desarrollo en el terreno, e se suportan unas a los otras. Ciertamente, la total efectividad de los ‘sistema’ de iniciativas de la calidad se construí en los interfaces, interacciones, soporte mutuo, o sinergias entra las diferentes recomendaciones operacionales presentadas, ilustrando lo pensamiento de sistemas aplicado a las nuestras recomendaciones. Más se denota que las recomendaciones focales integran en sus mismas múltiples principios, experiencias, preocupaciones, recomendaciones, o pistas específicas de posibles maneras de operacionalizar y de implementar en el terreno nuestras recomendaciones focalizadas. Los principios o pistas fornecidas fueron retirados de lo proceso, productos, y recomendaciones específicas de cada una de nuestras revisiones de apoyo o soporte.

Para lo presente tempo y enmarcados por nuestros objetivos, hacemos cuatro recomendaciones focales que consisten en el desarrollo de:

1. Una Monitorización Externa de la Experiencia de los Consumidores: asegurando la centralización de los cuidados en el paciente/familia a través de un sistema de monitorización de calidad externo.

2. La Dimensión Interpersonal del Cuidado: que se convierta en una dimensión de calidad mensurable e mejorable.
3. Un Sistema Uniforme de Datos y Registros Clínicos: para los propósitos de la práctica, monitorización de la calidad y de la e investigación.
4. Un Sistema de Facilitación y Procesamiento de Datos relativo de las Iniciativas de Mejoría da Calidad (*Improvement Data-System*) apoyando el desarrollo de las iniciativas y jornadas de mejoría de calidad en la rehabilitación post-aguda y su investigación.

La primera recomendación focal podría complementar la cobertura conceptual de lo sistema de monitorización externa de da calidad y dos macro resultados (así como la posterior presentación de informes públicos de calidad, y de mecanismos de pagamiento alineados con la calidad) que se está desarrollando y preparando para ser implementados en los EUA para la rehabilitación post-aguda <sup>(33; 34; 35; 48)</sup>. El instrumento se propone a desarrollar (experiencia dos consumidores), una vez aplicado en este sistema de forma rutinaria; puede evaluar, estimular y asegurar que las prácticas y servicios centradas en el paciente y centrados en la familia - sus valores, intereses, necesidades holísticas, o preferencias - siguen siendo parte de la medición externa do que son servicios y cuidados de rehabilitación post-aguda de calidad.

La segunda recomendación focal se dirige específicamente el desarrollo operativo de la dimensión interpersonal de cuidados específica para la rehabilitación post-aguda. Más allá de un determinante importante o dimensión fundamental de la experiencia del consumidor y de las óptimas prácticas centrada en el paciente y la familia <sup>(53; 54; 55)</sup>, la dimensión interpersonal de cuidado podría ser capaz de seminalmente influenciar los resultados relacionados con la salud de la rehabilitación a través de los caminos conceptuales, variables mediadoras y mecanismos enmarcados y apoyados en la primera revisión - parte B. La recomendación incluye el desarrollo de: una herramienta para la medición de esta dimensión; un manual de guía y orientación de su práctica; modelos específicos para su formación, educación y desarrollo; el estudio sobre el impacto en los resultados de su mejoría y, finalmente, el diseño de sistemas integrados de mejoría y implementación generalizada de las más efectivas prácticas en termos

de impacto para la manera como profesionales de la rehabilitación post-aguda se relacionen, comuniquen y colaboren (dimensión interpersonal del cuidados) con sus pacientes y familias a lo largo de la jornada de su propia rehabilitación. Por supuesto, la dimensión interpersonal del cuidado así como el proceso de trabajo en equipo aunque este último con más avances <sup>(56; 57; 58)</sup>, son dimensiones históricamente sub-educadas, sub-medidas, sub-entrenadas, sub-estudiadas y sub-desarrolladas en este campo. Esto significa que las mejorías en estos niveles pueden ser más altas que puramente marginales debido a un mayor margen de mejora que tienen en comparación con la dimensión técnica del cuidado tradicionalmente más educada, entrenada, y desarrollada. Además, estas dos dimensiones se basan en parte en el mismo nivel de las relaciones interpersonales, la comunicación, la relación y las competencias de colaboración, como se indica en la primera revisión de la tesis. Así, se abre espacio para el desarrollo combinado y mutuamente soportado de estas dimensiones, con putativos efectos sinérgicos sobre la calidad y los resultados <sup>(59)</sup>.

La tercera recomendación focal si refiere a un sistema de datos o información que incluí en desarrollo de una plataforma que permite un registro y procesamiento de datos clínicos de una forma uniforme. Aunque complejo para desarrollar e implementar de en todo un país <sup>(60)</sup>, la uniformidad así como o carácter electrónico de esta información puede traer enormes beneficios potenciales como una base informativa de apoyo a la calidad del cuidados, su mejoría, e incluso forneciendo datos de la práctica rutinera para la investigación. A información contenida en este registros clínicos uniformes puede además ser entrecruzada con otras forma de información de la calidad del cuidados (por ejemplo do sistema de monitorización externo de los resultados en que la primera recomendación se inserte), producido un sistema más completo y comprensivo de medida de la calidad nos cuales se podrían mejor basar otras iniciativas para la calidad como es la presentación pública de informes y mecanismos de pagamiento por la calidad. Varias pistas de como se podría tornar operativo este sistema son integradas en la recomendación. Sin embargo, esta solución recomendada, tal como las otras focalizadas, deberían ser desarrolladas por el "Centro" que perfilamos como nuestra segunda recomendación primordial.

La cuarta y última recomendación focal, hasta el momento, abarca un sistema de procesamiento de datos relativo a las iniciativas de mejoría da calidad (*Improvement Data-*

*System*) para la rehabilitación post-aguda. Esto significa un mecanismo electrónico que prospectivamente y presentemente guía el desarrollo e implementación de las iniciativas de calidad, así como al mismo tiempo recoge información acerca de estas iniciativas para informar una posterior analice retrospectiva de las iniciativas y jornada de mejoría de la calidad de los servicios de rehabilitación post-aguda. Una vez más, esta análisis podría cruzar la información procedente de las bases de datos anteriormente mencionadas, soportando el envío de retroceso para las organizaciones de un conjunto de datos cuantitativos y comparativos sobre la efectividad de sus iniciativas e jornadas de mejoría de calidad. La análisis podría ser complementado por la elaboración de un conjunto de recomendaciones periódicas, individualizadas e contextualizadas (por ejemplo siendo ejecutadas por el "Centro" que ya recomendamos) enviadas de vuelta para cada servicio o organización que someta automáticamente y electrónicamente los datos para analice y procesamiento central. Por último, tal como en la recomendación anterior, estos datos son adecuados para investigación basada en la práctica de iniciativas de mejora de la calidad en la rehabilitación post-aguda.

En síntesis, y en complemento de las acciones que ya están siendo preparadas en el terreno, se puede mencionar que el conjunto de recomendaciones integradas que hacemos se dirigen a crear una base de información externa e infra-estructural para que un "sistema" optimizado de iniciativas de la calidad para la rehabilitación post-aguda pueda florecer y desarrollarse naturalmente con el avance del tiempo y conocimiento.

## 1.2 Revisiones de Soporte (Resultados)

El nuestro conjunto de recomendaciones integradas fue informado por un conjunto de revisiones de soporte planeadas, que han sido presentadas en la sección Resultados de la tesis. Pero además del rol de soporte para el diseño de las recomendaciones integradas, estas revisiones pueden tener otras aplicaciones más allá de la tesis, por lo tanto visto como resultados independientes de las recomendaciones que logramos solo después.

Aunque tal declaración pueda generalmente ser enmarcada para todas nuestras revisiones de soporte (expuesto en la Discusión de cada revisión), esto es particularmente aplicado a la 1ª revisión, incluyendo la 1ª revisión – parte B. El producto de la primera revisión (parte A) corresponde a un marco conceptual que propone y articula las dimensiones y aspectos que podrían pertenecer a la calidad de la rehabilitación post-aguda. Siendo capaces definir lo que conceptualmente representa la calidad de la rehabilitación post-aguda, será más fácil de definir "qué" calidad debe ser medida, promovida y mejorada por las iniciativas de calidad de la rehabilitación post-aguda. Así, este tipo de marco conceptual (particularmente con consenso entre expertos y grupos de interés en sus definiciones) puede en el futuro soportar conceptualmente lo desarrollo de todo tipo de iniciativas de calidad no campo de la rehabilitación post-aguda para la de las recomendaciones de nuestra tesis y para la del contexto de los EUA.

En el caso de la primera revisión - parte B, que corresponde a definición de vías conceptuales que describen por qué mecanismos y variables mediadoras los resultados relacionados con la salud de rehabilitación post-aguda podrían ser seminalmente influenciada por su dimensión interpersonal del cuidado. Además, de acuerdo y en respuesta a estas vías, así como alineado con los modelos actuales de comunicación de salud, hemos sido capaces de proponer cuatro aspectos clave, o ingredientes clave, para una optimizada performance de la dimensión interpersonal de lo cuidados en la rehabilitación post-aguda. Los elementos definidos pueden dar lugar a más estudios empíricos sobre los mecanismos sugeridos, así como estudios verificando la efectividad de los cuatro aspectos claves propuestos para la dimensión interpersonal del cuidado de la rehabilitación post-aguda, por ejemplo facilitando el desarrollo de nuestra segunda recomendación focalizada ya mencionada. Sin embargo, lo interese y avances empíricos a este nivel, despaletados por las definiciones conceptuales que proponemos, solo podrán ocurrir se estos resultados fueren publicados y dados a lo conocimiento de la comunidad científica de la rehabilitación post-aguda. Lo mismo se puede decir de la revisión anterior, que so lo puede avanzar para refinamiento y para tornarse en un marco de la calidad que sea compartido entre todos los grupos de interés, se lo marco propuesto y la fundamentación de su necesidad, fueren comunicadas a la población o audiencia de interés.

Así, las dos revisiones a que nos reportamos fueron elaboradas de forma que pudiesen ser convertidas y enviadas posteriormente para una. En el momento de la entrega de la tesis, un síntesis de las dos revisiones ya habían sido enviadas, vistas, y pre-aprobadas pelo *Editor-in-Chief* para publicación en lo más importante periódico en el campo de la rehabilitación, que es lo *Archives of Physical and Medicine Rehabilitation*. Lo enviaremos de las revisiones en su formato final para este periódico en los meses que se siguen a la entrega de la tesis.

## **2- Principales Limitaciones de la Tesis.**

En esta sección se describen las principales limitaciones de la tesis que se organizan en cuatro grupos principales que les sigue.

La primera limitación principal de esta tesis se relaciona con la naturaleza extremadamente ambiciosa, a gran escala, de los objetivos de la tesis. Por ejemplo la meta de largo plazo es nada menos que contribuir para lo desarrollar de "sistema" optimizado para las iniciativas de la calidad capaz de fomentar una transformación fundamental en la calidad dos servicios y cuidados de la rehabilitación post-aguda, para un contexto como do los EUA.

El logro de este objetivo a largo plazo va mucho más allá de los límites de lo que esta tesis podría lograr. Esa es la razón que explica el porqué de lo objetivo principal de esta tesis ser solamente a lo nivel de hacer recomendaciones orientadas al futuro sin capacidad inmediata para testarlas o concretízalas en la práctica. Para hacerlo, se requiere mucho más que un estudio único, una sola línea de investigación, o incluso la acción concertada e interdisciplinar entre grupos de investigadores. Se requiere además que muchos otros actores pueden compartir de una misma visión de orden superior sobre es la calidad en la rehabilitación post-aguda, de cómo esta podrá ser promovida por un "sistema" de iniciativas de la calidad, y que forma este "sistema" deberá asumir. Sin un gran compromiso entre todas las partes interesadas (grupos de interés) en estas cuestiones fundamentales como estas, será difícil - si no imposible -

desarrollar y poner en práctica el tipo de recomendaciones estructurales, estratégicas, sistémicas y en larga escala que proponemos.

Algunas luchas de poder y los esfuerzos por mantener el *status-quo* inevitablemente se producen cuando algún cambio - particularmente estructural o fundamental - se propone. Esto representa un comportamiento esperable de respuesta a esa situación. De hecho, más que confiar en la capacidad técnica o tipo de recomendaciones, se reconoce cada vez más que el éxito de cualquier cambio transformacional de calidad se basa en la capacidad de lograr consensos y compromisos que superen las complejidades del contexto socio-político y la tendencia para intentar mantener el *status-quo* <sup>(16)</sup>. Por lo tanto, independientemente de lo contenido de las recomendaciones, hay una necesidad precedente y fundamental de alcanzar un entendimiento e compromiso compartido entre los grupos de interés relativo a una visión y plan estratégico para la calidad y las iniciativas de la calidad en la rehabilitación post-aguda. Esto podrá ser alcanzado por la "Alianza" que mencionados como nuestra primera recomendación primordial. Si esta recomendación, será poco probable que acciones sistémicas y concertadas para la calidad de la rehabilitación post-aguda puedan ser implementadas en todo su potencial.

Una segunda limitación importante de esta tesis se refiere a la inherente subjetividad y la dependencia de variables del autor como su creatividad, que son variables vinculados al proceso de diseño de las recomendaciones de esta tesis. Por lo tanto, existe dificultades de reproducibilidad para un eventual alcanzar de las mismas recomendaciones con base en los mismos resultados de apoyo. Por otras palabras, es poco probable que un investigador, o grupo diferente de investigador, con la misma base de resultados e proceso, lleguen exactamente a lo mismo conjunto de recomendaciones que proponemos. Esta una de las principales limitaciones de la tesis que reconocemos. Sin embargo, esta aparece con una limitación inherente a un proceso de elaboración de recomendaciones estratégicas y sistémicas orientadas al futuro que se basan en soluciones innovadoras y no antes testadas como las que proponemos. Por supuesto, algunas de las perspectivas señalan que el uso de la subjetividad y la creatividad de los autores en este tipo de procesos no tienen que ser activamente evitadas y que, sin hacer distorsiones intencionales y manteniendo precauciones en el discurso, puede favorecer la

significancia del producto final y de las recomendaciones sobre estos temas complejos. En complemento, expresamos que esta base de la creatividad e innovación, con su teste subsecuente, tiene sido la que está en la base de muchos de los avances en el ámbito de iniciativas de calidad en la última década para los cuidados de la salud<sup>(4; 61)</sup>.

Sin embargo, hacia el reconocimiento de la subjetividad y creatividad inherente en el proceso de diseño de nuestras recomendaciones, nosotros optamos exhibir estas recomendaciones en la sección "Discusión" de esta tesis, a pesar de estas se mostraren responsivas a su principal objetivo. Así, estibemos menos restringido a solamente reflejar la acción y las recomendaciones ya publicadas en la literatura, y podríamos diseñar recomendaciones totalmente nuevas o innovadoras que combinan el ámbito más pequeño y fragmentado de las recomendaciones previas, transformadas en recomendaciones totalmente nuevas, más amplias, integradas, y sistémicas para alcanzar o ambicionado "sistema" de iniciativas de calidad específico para la rehabilitación post-aguda. En ese sentido, el conjunto de las recomendaciones propuestas no puede ser visto como una prueba testada o irrefutable, como recomendaciones consensuales, o como lo camino "más cierto" a seguir. Estas recomendaciones deben ser antes percibidas como una posibilidad de acción mereciendo la atención y una amplia discusión entre las partes interesadas antes de ser testadas o implementadas en gran escala. De hecho, será un logro principal de esta tesis, si el conjunto de recomendaciones ha sido capaz de crear conciencia entre las partes interesadas sobre la necesidad de trabajar en alianzas estratégicas y en forma de consenso con respecto a los asuntos de la calidad y de las iniciativas de la calidad en la rehabilitación post-. Esto significa que estas recomendaciones y las razones detrás de su necesidad, tienen que ser comunicadas a un público más amplio e interesado. El proceso anteriormente mencionado de publicar las primeras revisiones de apoyo en un periódico líder en el campo es un primer paso que damos en esa dirección.

La tercera limitación principal de esta tesis es que el proceso y los resultados de nuestras revisiones de apoyo no están libres de limitaciones metodológicas. El proceso utilizado no siguió la regla de oro del estilo Cochrane para revisiones sistemáticas, haciendo suyas las limitaciones metodológicas inherentes al seguir de cualquier metodología de revisión que no

sea esta. En concreto, una de las principales limitaciones metodológicas se refiere a la imposibilidad de asegurar que todas las referencias y la información relevante o aplicada se consultaron y, como tal, se integraron en el proceso de revisión. Esto significa que no podemos asegurar la representatividad total del contenido absorbido y organizado en las revisiones de apoyo o, por otras palabras, no podemos con total seguridad asegurar que no se perdió ninguna información importante o relevante en el proceso. Otra limitación metodológica importante se refiere al proceso de síntesis final, incluso la integración y reducción de la información previamente extraída de la literatura y preliminarmente organizada. Teniendo en cuenta la cantidad amplia de información que teníamos para la mayoría de nuestras revisiones de apoyo, era necesario convertir esta información en un contenido revisto, organizado, sintetizado y manejable, para que las revisiones pudiesen óptimamente apoyar el diseño de las recomendaciones de la tesis, y para que pudiesen ser convertidas en publicaciones científicas (en el caso de las revisiones que ambicionaban ese logro). Sin embargo, no somos totalmente capaces de asegurar que no eliminamos información importante, o que estuvimos libres de una excesiva integración, transformación, inducción, simplificación, o síntesis en los resultados que presentamos.

Estas limitaciones antes mencionadas son inherentes al ámbito de las metodologías de revisión de la literatura del tipo “*scope*”<sup>(39; 40)</sup>, “*integrative*”<sup>(41)</sup>, y “*realist*”<sup>(42)</sup>, que son aquellas en que nos basamos para respectivamente responder a los nuestra materia y objetivos amplios, de integración, y complejos (con múltiples determinantes que son sensibles al contexto) que teníamos para nuestras revisiones, como es lo caso del nuestro objeto de estudio: la calidad y iniciativas de la calidad en los cuidados de salud y particularmente de la rehabilitación post-aguda basada en una perspectiva de sistemas. De hecho, este el tipo de materia no es adecuada para la aplicación de la regla de oro del estilo Cochrane para revisiones sistemáticas, a pesar de muchos temas - más estrechos y focalizados dentro de nuestro tema más amplio - ya han sido bien revisados por esa metodología mas estructurada de revisión. Estas revisiones ya realizadas fueron fuentes de información especialmente valiosas y fiables que integramos en nuestras revisiones, sino nuestras revisiones fueron de un ámbito diferente, esto es un ámbito más amplio, integrador, y complejo (de acuerdo con sus temas y propósitos) do que es lo adecuado para el estilo Cochrane de revisiones sistemáticas.

La cuarta principal limitación, y última presentada, es una consecuencia de la tesis ser llevada a cabo en su mayoría por un solo autor, apoyada por la orientación y supervisión del director de la tesis y, en una de sus partes (primera revisión - parte B), con el apoyo de la persona supervisando la etapa de investigación llevada a cabo fuera de España. Estos son, respectivamente, los requisitos intrínsecos de la tesis doctoral, y de una tesis doctoral europea. Sin embargo, estos requisitos circunscribieron una falta con respecto a lo principio de 'variedad requerida' para este tipo de problemas complejos <sup>(62: 61)</sup>. De hecho, más vastos campos de conocimiento de que el de los sujetos participantes en el desarrollo de esta tesis serían necesarios para asegurarse que los diferentes cuerpos de conocimiento relevantes fueron adecuadamente explorados y se integran perfectamente en los productos finales de la tesis. Por supuesto, el autor absorbió e integró diferentes cuerpos, campos, y tipos de conocimiento, evidencia, teoría, y pensamiento; volviendo posible lo raciocinio sistémico y la integración del conocimiento necesario para el desarrollo de la tesis. Pero a pesar de la asimilación del conocimiento transversal llevado a cabo en parte por el autor, la profundidad de este conocimiento no es ciertamente el más profundo ni lo que sería deseable, desde luego el conocimiento integrado por lo autor no está ciertamente al lo mismo nivel del conocimiento de los expertos o especialistas en cada uno de los campos integrados. Esta es claramente una fuente de amenaza para la calidad de los productos de tesis, sobre todo en términos de profundidad y nivel de detalle de su apoyo del fondo.

De acuerdo con esta limitación, hemos buscado y consultado activamente un conjunto equilibrado de expertos, reconocidos en todo el mundo, en temas aplicados a la nuestra materia de tesis. Estos expertos tenían que tener necesariamente conocimiento intrínseco del sistema de rehabilitación post-aguda en los EUA, incluyendo sus actuales desafíos y oportunidades para la calidad y su mejoría. Estos expertos fueron particularmente procurados para proporcionar *feedback* sobre diferentes partes de la primera revisión de apoyo (parte A), que tuvo una influencia seminal para todo lo restante desarrollo de la tesis. Con uno de estos expertos, es decir con Helen Hoenig, lo proceso de consulta evolucionó hacia una sociedad. El objetivo es tornar la primera revisión apta para ser sometida a la periódico líder en el campo como ya mencionado. Además, la primera revisión, así como de un anteproyecto de nuestras recomendaciones se recibió Dale Strasser, tal vez la única persona que sistemáticamente se

reporta públicamente sobre mejora de la calidad aplicado al campo de la rehabilitación post-aguda. Por último, en una fase más adelante, la primera revisión - parte B ha sido revisada por Kathleen Kortte, que fue la autora más citada en dicha revisión, adicionando valor y pertinencia a esta revisión en particular. Estas consultas se detallan en la sección "Métodos". Además, a partir de la asimilación de la información recibida de los expertos consultados, hemos sido capaces de estar más seguro de la representatividad y la adecuación de la cantidad y calidad de la información y campos de conocimiento que se integraron en diferentes partes y en la totalidad dicha tesis. Esto puede también, parcialmente, ayudar a resolver la anterior limitación principal.

Finalmente, el reconocimiento de que tan complejo, pero también muy importante tema, debería ser abordado de forma más amplia e inter/trans-disciplinar, llevándonos a centrarnos en nuestra segunda recomendación primordial – el establecimiento de un “Centro” interdisciplinar desarrollando soluciones integradas, estructurales y socio-técnicas para la calidad de la rehabilitación post-aguda. Tal “Centro” podría ser desarrollado no solo para trabajar de forma ocasional, sino para hacerlo continuamente con un procedimiento colaborativo, trabajando además en inter-dependencia con la entidad de la primera recomendación primordial (la “Alianza”), que fue en este caso una recomendación desarrollada como resultado de lo reconocimiento de nuestra primera gran limitación. Así, como última nota, podríamos afirmar que hemos construido nuestras recomendaciones más importantes por encima de, o basadas en, dos de nuestras más importantes limitaciones.

### **3- Implicaciones para el campo de las Ciencias Sociales y del Comportamiento aplicadas a la salud (incluyendo la Psicológica de la Salud).**

En lugar de un estudio procedente de una sola disciplina o conjunto de conocimientos, esta tesis se enmarca mejor como un enfoque inter- o trans-disciplinario para abordar un problema de salud complejo y multi-determinado en una perspectiva de sistemas. De hecho, los

resultados y recomendaciones de la tesis integran los enseñamientos y información procedente de diferentes áreas del conocimiento de una forma orientada para la resolución de un problema sistémico y complejo como es la cuestión de la de calidad y iniciativas de la calidad por la rehabilitación post-aguda en lo contexto de los EUA.

Si necesitásemos de etiquetar esta tesis como perteneciente a un único campo de conocimiento e investigación única (una cuestión difícil debido a lo nivel de integración necesario), es probable que lo llamaríamos un estudio de investigación en política de salud. La investigación en política de salud explora ideas y evidencias para dar forma o apoyar las decisiones políticas y de organización de los servicios de salud. Estos estudios son, por ejemplo, publicados en periódicos como el *Health Affairs (Millwood)* para el contexto de los EUA. Lo campo de la investigación en política de salud es, por supuesto, un campo inter- o trans-disciplinario de investigación que integra múltiples campos del conocimiento para ofrecer soluciones integrales a los desafíos actuales de la política sanitaria. Estas disciplinas, en términos generales, no sólo incluyen la medicina y otras disciplinas de la salud, sino también a la economía, gestión, ingeniería y muchas aplicaciones de estas áreas. Sin embargo, no podemos también olvidar, ni reducir, el valor crítico que las ciencias sociales y del comportamiento tienen para dar a la política de salud las y sus iniciativas de la calidad. Así, la comprensión de cómo los individuos y los grupos se comportan o reaccionan en respuesta a los cambios de cualquier iniciativa de mejora en la calidad en salud, y como mejorar esta respuesta, son vistos como elementos cruciales para el éxito de esto movimiento <sup>(63; 64; 65)</sup>.

De hecho, las soluciones eficaces para la calidad y las iniciativas de calidad no son sólo técnicas, sino socio-técnicas. Po supuesto, en el estado actual del desarrollo técnico, un deseado cambio transformacional por la calidad en los sistemas de salud depende más de la vertiente 'socio' do que de la vertiente 'técnica' de las soluciones o recomendaciones para las iniciativas de la calidad. Esto significa que el conocimiento aplicado de las ciencias sociales y del comportamiento, tales como la salud o la sociología medica, la psicología de la salud y la psicología organizacional, entre otros, deben desarrollarse e integrarse en las soluciones propuestas para un "sistema" de iniciativas de calidad, de lo contrario este "sistema" fallará en sus propósitos finales.

En el campo de las ciencias sociales y del comportamiento, se reconoce cada vez más que es necesario un cambio en la manera por la cual las agendas de desarrollo e investigación son diseñadas. En efecto, es necesaria una mayor cantidad y calidad de formulaciones e estudios inter-, trans-disciplinarios, y basado en la perspectiva de los sistemas para conseguir resolver los más complejos problemas de salud y los cuidados de la salud. Esto incluyó un diagnóstico al revés de las causas y del las "causas de las causas" de estos problemas, soportando el desarrollo de soluciones globales e integradas direccionadas a todas las causas identificadas. Así, el desarrollo de las ciencias sociales y del comportamiento aplicadas a la salud debería pasar en gran medida – para la de su desarrollo fundamental - por una contribución para estos procesos integrados, sistémicos e trans-disciplinarios de diagnóstico y resolución. Este es por ejemplo la visión de nada menos que la entidad pública de los EUA responsable por financiar las ciencias sociales y del comportamiento aplicadas a las cuestiones de la salud <sup>(66)</sup>.

En otro punto del análisis, lo destacamos el cuerpo de conocimientos de las ciencias sociales y del comportamiento aplicada a la salud y la asistencia sanitaria, como la psicología de la salud, informó el desarrollo de esta tesis en muchas partes diferentes, ya través de muchas maneras diferentes. Estas se describen en seguida, acompañadas por sus implicaciones para este campo específico del conocimiento.

En primer lugar, el contenido perteneciente a las ciencias sociales y de comportamiento se aplicó a los componentes de la calidad en salud centrados en el paciente y en la familia <sup>(55; 67; 68)</sup>, incluyendo los componentes de activación de los pacientes o consumidores por la calidad de su salud, y por la calidad del sistema del cuidado sanitario <sup>(69)</sup>. En concreto, esta activación de los pacientes o consumidores se puede referir a la facilitación: de lo uso de la información de la calidad en el proceso de selección por los proveedores del cuidado; de la participación de los consumidores en el (re-)diseño de los sistemas de salud; de la participación en el proceso de toma de decisiones compartida para sus propios cuidados de salud; y por último se puede referir a lo “empowerment” e a la facilitación de la autogestión de la salud de las personas, de sus enfermedades, y de sus factores determinantes <sup>(70; 71; 72)</sup>. Este último componente se refiere a una materia de investigación que ha sido particularmente abordada por el campo de la psicología de la salud en las últimas décadas <sup>(73; 74)</sup>. De hecho, la mejora de los hábitos

saludables y la autogestión son algunas de las prioridades de la calidad del sistema de salud <sup>(6; 75)</sup>, y las ciencias del comportamiento tienen un papel fundamental en el desarrollo de soluciones efectivas para este campo en particular <sup>(64; 76)</sup>. Esta materia debe quedarse como un tema para el desarrollo continuo de la psicología de la salud, aportando valor para la salud de las poblaciones, además de la calidad y la sostenibilidad de la asistencia sanitaria: el llamado triple objetivo para los sistemas de salud que hay ganando enfoque en los años más recientes <sup>(13; 4; 16)</sup>.

En un segundo aspecto del análisis, las ciencias sociales y del comportamiento aplicadas a la salud incluyen un cuerpo de conocimiento integrado en las emergentes “*improvement science*” and “*implementation science*”, que incluye el conocimiento acerca de cómo re-diseñar los sistemas y prácticas <sup>(77)</sup>, la forma de hacer efectiva una continua mejoría de la calidad <sup>(78)</sup>, o cómo traducir las innovaciones y la evidencia sólida en la práctica de rutina <sup>(79; 80)</sup>. Estos logros requieren cambios en los modos de pensar, en la cultura y hábitos instalados y en los comportamientos de los profesionales, gestores, políticos y líderes de los cuidados de la salud, así como de los sistemas, organizaciones, grupos profesionales y otros grupos de interés. Hacerlo de forma optimizada puede ser informado por el conocimiento y los avances en las ciencias sociales y del comportamiento aplicados a la mejoría de la calidad los cuidados de la salud. Dado que cualquier mejora requiere un cambio - a pesar de que no todos los cambios se refieren a una mejora <sup>(81)</sup> - la aplicación de modelos del cambio individual y colectivo en las intervenciones/programas de mejora de la calidad puede ser particularmente benéfico para su eficacia. Por ejemplo, podemos sugerir que el enfoque de no confrontación y de “*empowerment*” de la entrevista motivacional <sup>(82)</sup> puede ser particularmente adecuado para cambiar el *status quo* y resolver la ambivalencia de las organizaciones y de los profesionales acerca de si se debe cambiar mentalidades y prácticas de calidad, y si se desea intrínsecamente participar de forma continua en la tarea de cambiar y "mejorar el trabajo", además de la tarea de sólo "hacer el trabajo". Por ejemplo, algunos casos de suceso relatan beneficios - relacionados con el compromiso y “*buy in*” entre los profesionales por la tarea "mejorar el trabajo" - después de la implementación de jornadas de mejoría de la calidad basadas en principios de “*empowerment*” <sup>(4; 50)</sup>.

Una tercera y última contribución de las ciencias sociales y del comportamiento, en particular de la psicología de la salud, para esta tesis fue más explícita en el contenido de la primera revisión - parte B, que desarrolla un conjunto de hipótesis sobre los mecanismos y variables mediadoras por los cuales los resultados de la salud de la rehabilitación post-aguda podrían ser seminalmente influenciados por su dimensión interpersonal del cuidado. Los aspectos clave para esta dimensión del cuidado fueron después preliminarmente definidos de acuerdo con las variables y mecanismos conceptuales anteriormente definidos. La mayor parte de los contenidos fueron aplicados en la revisión fueron informados por la teoría, conceptos, y la evidencia perteneciendo o relacionada con el campo de la psicología de la salud. En concreto, nos referimos a los contenidos conceptuales que aplicamos a las variables mediadoras del compromiso terapéutico y de los patrones de la respuesta hacia la incapacidad (más adaptativos o de mala adaptación), el tipo de relación de estas variables mediadoras con los resultados relacionados con la salud y con la dimensión interpersonal del cuidado, así como la propia definición de los aspectos clave preliminares para la dimensión interpersonal del cuidado específica por la rehabilitación post-aguda, que se basó en las perspectivas históricas y emergentes de la psicología que tratan de identificar la mejor manera que los profesionales (en este caso de la salud) tienen para relacionarse, interactuar, comunicar, capacitar, activar y facilitar logro de trabajo (rehabilitación) y de vida que sean positivos y relevantes por las personas buscando ayuda profesional no solo a penas por causa de una enfermedad, mas sobretodo en resultado de una incapacidad. Sin embargo, estas materias son estudiadas de forma sub-óptima pela psicología de la salud aplicada al campo único de la rehabilitación post-aguda y sus desafíos únicos por la calidad. Por lo tanto, esto puede ser uno asunto para futuro desarrollo para el campo de la psicología de la salud con el fin de aportar más valor para esta área de la salud específica. Por último, tal cual lo hicimos por la tesis, estamos convencidos de que estos avances podrían ser vistos como particularmente significativos - por lo tanto con más probabilidades de implementación - se enmarcados como pertenecientes a, y traducidos en, un "sistema" de iniciativas de calidad específicamente diseñado e implementado para lo campo de la rehabilitación post-aguda.

## Referencias (Resumen y Conclusiones)

1. **Mattke S, Epstein AM, Leatherman S.** The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. *Int J Qual Health Care.* 2006, Vol. 18 Suppl 1, pp. 1-4.
2. **Institute of Medicine.** *Crossing the Quality chasm.* Washington DC : National Academies Press, 2001.
3. **Batalden P, Davidoff F, Marshall M, Bibby Jo, Pink C.** So what? Now what? Exploring, understanding and using the epistemologies that inform the improvement of healthcare. *BMJ Qual Saf.* 2011, Vol. 20 (Suppl 1), pp. i99-i105.
4. **Bisognano M, Kenney C.** *Pursuing the Triple Aim: Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs.* San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 2012.
5. **Doebbeling BN, Flanagan ME.** Emerging perspectives on transforming the healthcare system: redesign strategies and a call for needed research. *Med Care.* 2011, Vol. 49, pp. S59-64.
6. **National Priorities Partnership.** *National Priorities and Goals: Aligning Our Efforts to Transform America's Healthcare.* Washington, DC : NQF, 2008. Available from: <http://nationalprioritiespartnership.org/8-256>.
7. **Porter ME, Teisberg EO.** *Redefining health care: creating value-based competition on results.* Boston : Harvard Business School Press, 2006.
8. **The Commonwealth Fund.** *Why not the best? Results from the National Scorecard on US Health System Performance.* NY. Available at [www.commonwealthfund.org/usr\\_doc](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc) : Commonwealth Fund, 2008.
9. **New England Health Institute.** *How Many More Studies Will It Take: A Compendium of Evidence That Our Healthcare System Can Do Better.* Cambridge, MA. Available at: [http://www.nehi.net/publications/30/how\\_many\\_more\\_studies\\_will\\_it\\_take](http://www.nehi.net/publications/30/how_many_more_studies_will_it_take) : s.n., 2008.
10. **The Dartmouth Atlas of Health Care.** s.l. : Available at: <http://www.dartmouthatlas.org>.
11. **US Federal Government.** *PPACA: Patient Protection and Affordable Care Act.* 2010. Available at <http://democrats.senate.gov/reform/patient-protection-affordable-care-act-as-passed.pdf>.
12. **Obama, B.** *Barack Obama's Plan for a Healthy America: Lowering health care costs and ensuring affordable, high-quality health.* s.l. : Available at: <http://www.barackobama.com/pdf/HealthPlanFull.pdf>, 2008.
13. **US Department of Human and Health Services.** *National Health Care Quality Strategy and Plan.* 2010. Available from: [www.hhs.gov/news/reports/quality/nationalhealthcarequalitystrategy.pdf](http://www.hhs.gov/news/reports/quality/nationalhealthcarequalitystrategy.pdf).
14. **Berwick, D.** A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. Patients' experiences should be the fundamental source of the definition of quality. *Health Affairs.* 2002, Vol. 21 (3), pp. 80-90.
15. **Doebbeling BN, Flanagan ME.** Emerging perspectives on transforming the healthcare system: key conceptual issues. *Med Care.* 2011, Vol. 49, pp. S3-5.
16. **Berwick D, Nolan T, Whittington T.** The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Aff.* 2008, Vol. 27(3), pp. 759-69 .
17. **Conway J, Johnson B, Edgman-Levitan S, Schlucter J, Ford D, Sodomka P, Simmons L.** *Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered health care system: A roadmap for future.* Maryland : Institute for Family-Centered Care, 2006. Available from: <http://www.ipfcc.org/pdf/Roadmap.pdf>.
18. **Reid P, Compton W, Grossman J, Fanjiang G.** *Building a better delivering system: A new engineering/ health care partnership.* Washington DC : The National Academy press, 2005.
19. **Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Shwartz M, Charms MP.** Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health Care Manage Rev.* 2007, Vol. 32(4), pp. 309-20.

20. **National Priorities Partnership.** *Recommendations to the Secretary of Health and Human Services on priorities for the 2011 National Quality Strategy.* 2010. Available from: [www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id...43235](http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id...43235).
21. **Eldar, R.** Quality of care in rehabilitation medicine. *Int J Qual Health Care.* 1999, Vol. 11(1), pp. 73-9.
22. **Stucki, G.** International classification of functioning, disability, and health (ICF): a promising framework and classification for rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil.* 2005, Vol. 84, pp. 733-40.
23. **Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G.** Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *J Rehabil Med.* 2011, Vol. 43(9), pp. 765-9.
24. **Strasser, DC.** Challenges and opportunities for quality in Rehabilitation. [autor do livro] SR Flanagan, H Zaretsky e A (eds) Moroz. *Medical Aspects of Disability: A handbook for the rehabilitation professional (4th edition).* NY : Springer, 2010.
25. **Magasi S, Durkin E, Wolf MS, Deutsch A.** Rehabilitation consumer's use and understanding of quality information: A health literacy perspective. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009, Vol. 90, pp. 206-12.
26. **Werner RM, Asch DA.** Clinical concerns about clinical performance measurement. *Ann Fam Med.* 2007, Vol. 5, pp. 159-63.
27. **Casalino, LP.** The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. *NEJM.* 1999, Vol. 341, pp. 1147-50.
28. **Snyder L, Neubauer RL, American College of Physicians Ethics Professionalism and Human Rights Committee.** Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med.* 4;147(11), 2007, pp. 792-4.
29. **Strasser, D.** Unraveling the conundrum of quality. *Top Stroke Rehabil.* 2010, Vol. 17(4), pp. 225-9.
30. **Silverstein B, Findley PA, Bode RK.** Usefulness of the nursing home quality measures and quality indicators for assessing skilled nursing facility rehabilitation outcomes. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006, Vol. 87(8), pp. 1021-5.
31. **Duncan PW, Velozo C.** State-of-the-science on Postacute Rehabilitation: Measurement and methodologies for assessing quality and establishing policy for Postacute Care. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007, Vol. 88, pp. 1482-7.
32. **Krokowski Gde K, Sjolund B, Quittan M, Kullmann L, Juocevicius A, Lejeune T, Giustini A, Lains J, McElligott J, Delarque A. Krokowski Gde K, Sjolund B, Quittan M, Kullmann L, Juocevicius A, Lejeune T, Giustini A, Lains J, McElligott J, Delarque A.** Action Plan of the Clinical Affairs Committee - UEMS Physical and Rehabilitation Medicine Section: quality of care. *Eur J Phys Rehabil Med.* 45, 2009, pp. 281-7.
33. **US Policy Council.** Post-Acute Care Reform Plan. 2006, Available on [www.cms.hhs.gov/SNFPPS/Downloads/pac\\_reform\\_plan\\_2006.pdf](http://www.cms.hhs.gov/SNFPPS/Downloads/pac_reform_plan_2006.pdf).
34. **Kramer A, Holthaus D (eds).** *Uniform Patient Assessment for Post-Acute Care: Final Report.* Aurora : US Division of Health are Policy and Research, 2006. Available at: <https://www.cms.gov/QualityInitiativesGenInfo/downloads/QualityPACFullReport.pdf>.
35. **Gage B, Stineman M, Deutsch A, Mallinson T, Heinemann A, Bernard S, Constantine R.** Perspectives on the state-of-the-science in rehabilitation medicine and its implications for Medicare postacute care policies. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007, Vol. 88(12), pp. 1737-9.
36. **Heinemann e AW.** State-of-the-science on postacute rehabilitation: setting a research agenda and developing an evidence base for practice and public policy. an introduction. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007, Vol. 88(11), pp. 1478-81.
37. **Chan, L.** The state-of-the-science: challenges in designing postacute care payment policy. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007, Vol. 88(11), pp. 1522-5.
38. **Sheldon, TA.** Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *J Health Serv Res Policy.* 2005, Vol. 10 Suppl 1, pp. 1-5.

39. **Arksey H, O'Malley L.** Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Social Research Methodology*. 2005, Vol. 8, pp. 19-32.
40. **Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK.** Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010, Vol. 5, p. 69.
41. **Whittemore R, Knafk K.** The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005, Vol. 52(5), pp. 546-53.
42. **Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K.** Realist review--a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. 2005, Vol. 10 Suppl 1, pp. 21-34.
43. **Barnett-Page E, Thomas J.** Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Med Res Methodol*. 2009, Vol. 9, p. 59.
44. **Pope C, Ziebland S, Mays N.** Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ*. 2000, Vol. 320(7227), pp. 114-6.
45. **Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM.** How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009, Vol. 74(3), pp. 295-301.
46. **de Haes H, Bensing J.** Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009, Vol. 74(3), pp. 287-94.
47. **Epstein RM, Street RL.** *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. Bethesda, MD : National Cancer Institute, 2007.
48. **Boninger JW, Gans BM, Chan L.** Patient Protection and Affordable Care Act: potential effects on physical medicine and rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012, Vol. 93(6), pp. 929-34.
49. **DeJong, G.** Bundling acute and postacute payment: from a culture of compliance to a culture of innovation and best practice. *Phys Ther*. 2010, Vol. 90(5), pp. 658-62.
50. **Bate, P, Mendel, P e Robert, G.** *Organizing for Quality: The Improvement Journeys of Leading Hospitals in Europe and the United States*. NY : Radcliffe, 2008.
51. **Ryan, SM.** The spirit of leadership and a commitment to quality transform SSM Health Care System. *J Organizational Excellence*. 2004, Vol. 23, pp. 15-21.
52. **Greenfield S, Kaplan SH.** Creating a culture of quality: the remarkable transformation of the department of Veterans Affairs Health Care System. *Ann Intern Med*. 2004, Vol. 141(4), pp. 316-8.
53. **Kramer, A.** Rehabilitation care and outcomes from the patient's perspective. *Med Care*. 1997, Vol. 35, pp. JS48-JS57.
54. **Keith, R.** Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998, Vol. 79, pp. 1122-8.
55. **Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC.** Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff (Millwood)*. 2010, Vol. 29, pp. 1489-95.
56. **Strasser DC, Falconer JA, Stevens AB, Uomoto JM, Herrin J, Bowen SE, Burrige AB.** Team training and stroke rehabilitation outcomes: a cluster randomized trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008, Vol. 89, pp. 10-5.
57. **Strasser DC, Burrige AB, Falconer JA, Herrin J, Uomoto J.** Measuring team process for quality improvement. *Top Stroke Rehabil*. 2010, Vol. 17(4), pp. 282-93.
58. **Sinclair LB, Lingard LA, Mohabeer RN.** What's so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009, Vol. 90(7), pp. 1196-201.
59. **Beach MC, Inui T e Network, Relationship-Centered Care Research.** Relationship-centered care. A constructive reframing. *J Gen Intern Med*. 2006, Vol. 21 Suppl 1, pp. S3-8.

60. **Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O, Peacock R.** Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. *Soc Sci Med.* 2005, Vol. 61(2), pp. 417-30.
61. **Vincent C, Davidoff F, Batalden P.** Multidisciplinary centres for safety and quality improvement: learning from climate change science. *BMJ Qual Saf.* 2011, Vol. 20 (Suppl 1), pp. i73-i78.
62. **Rasmussen, J.** Risk management in a dynamic society: a modelling problem. *Saf Sci.* 1997, Vol. 27, pp. 183-213.
63. **Rubenstein L, Pugh J.** Strategies for promoting organizational and practice change by advancing implementation research. *J Gen Inter Med.* 2006, Vol. 21, pp. S58-64.
64. **Glanz K, Bishop DB.** The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annu Rev Public Health.* 2010, Vol. 31, pp. 399-418.
65. **Gonzales R, Handley MA, Ackerman S, O'sullivan PS.** A framework for training health professionals in implementation and dissemination science. *Acad Med.* 2012, Vol. 87(3), pp. 271-8.
66. **Mabry PL, Olster DH, Morgan GD, Abrams DB.** Interdisciplinarity and systems science to improve population health: a view from the NIH Office of Behavioral and Social Sciences Research. *Am J Prev Med.* 2008, Vol. 35(2 Suppl), pp. S211-24.
67. **Donabedian, A.** The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 1988, Vol. 260 (12), pp. 1743-8.
68. **Stewart, M.** Towards a global definition of patient centred care. *BMJ.* 2001, Vol. 322(7284), pp. 444-5.
69. **Hibbard JH, Mahoney E.** Toward a theory of patient and consumer activation. *Patient Educ Couns.* 2010, Vol. 78(3), pp. 377-81.
70. **Hibbard, JH.** Engaging health care consumers to improve the quality of care. *Med Care.* 2003, Vol. 41(1 Suppl), pp. 161-70.
71. **Conway, J, et al.** *Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered health care system: A roadmap for future.* Available at: <http://www.ipfcc.org/pdf/Roadmap.pdf> : Institute for Family-Centered Care, 2006.
72. **Institute for Family-Centered Care.** *Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care: How to Get Started.* Maryland. Available at: <http://www.ihc.org/NR/rdonlyres/B399323B-DF5-4D6C-BA81-36619FC94022/0/IFCCPatientandFamilyCenteredCareGettingStartedJan08.pdf> : s.n., 2008.
73. **Suls JM, Davidson K, Kaplan R (eds).** *Handbook of Health Psychology and Behavioral Medicine.* NY : The Guilford Press, 2010.
74. **Friedman, HS (ed).** *The Oxford Handbook of Health Psychology .* s.l. : Oxford University Press, 2011.
75. **US National Prevention Council.** *National Prevention Strategy.* Washington, DC : US Federal Government, 2011. Available at: <http://www.healthcare.gov/prevention/nphpphc/strategy/report.pdf>.
76. **Holman H, Lorig K.** Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Rep.* 2004, Vol. 119(3), pp. 239-43.
77. **Nelson EC, Batalden PB, Godfrey MM.** *Quality By Design: A Clinical Microsystems Approach.* San Francisco : Jossey-Bass, 2007.
78. **Shojania KG, Grimshaw JM.** Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health Aff.* 2005, Vol. 24(1), pp. 138-50.
79. **Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grilli R, Harvey E, Oxman A, O'Brien MA.** Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews on interventions to promote implementation of research findings by health care professionals. [autor do livro] Donald A Haines A. *Getting Research Findings into Practice.* London : BMJ Publishing Group, 2002.

80. **Greenhalgh, T, et al.** Diffusions of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milb Quart.* 2004, Vol. 82, pp. 581-629.

81. **Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP.** *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance (2nd Edition)* . San Francisco : Jossey-Bass, 2009.

82. **Miller WR, Rollnick S.** *Motivational Interviewing. Preparing people for change (2nd ed.)*. Guilford Press : NY, 2002.

