

**Mejorando la gestión clínica.
Desarrollo e implantación de
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

G u í a m e t o d o l ó g i c a

**Encarna Grifell Martín
Joan Miquel Carbonell Riera
Felipe Infiesta García**

nº 1

**SERIE DE
DOCUMENTOS
TÉCNICOS
DE CHC
CONSULTORIA
I GESTIÓ**

Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica.
Autores: Encarna Grifell Martín, Joan Miquel Carbonell Riera y Felipe Infiesta García.
Barcelona: CHC Consultoria i Gestió 2001

(Serie de documentos técnicos de CHC Consultoria i Gestió, S.A. n° 1)

Edita: CHC Consultoria i Gestió
Avda. Tibidabo 21, 08022 Barcelona, España
www.chccig.com
chccig@chccig.com

© CHC Consultoria i Gestió

Diseño gráfico: Anechina-Osambela

Barcelona, febrero de 2002

**Serie de documentos técnicos de
CHC Consultoria i Gestió, S.A. n° 1**

Director General: Josep Fité

Directora de la serie: M^a Luisa Vázquez
Navarrete



Colaboración especial de Grup SAGESA

NOTA DEL EDITOR: CHC Consultoria i Gestió S.A. autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación siempre que se cite la fuente. Además los autores agradecerán cualquier comentario que pueda ayudar a mejorar versiones futuras del documento.

CHC Consultoria i Gestió, S.A.

forma parte del grupo Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), entidad pública asociativa que agrupa instituciones públicas y entidades privadas sin ánimo de lucro que operan en el sector salud en Cataluña. CHC Consultoria i Gestió, S.A., es una empresa de consultoría y gestión de establecimientos de salud, que trabaja tanto en España como en Latinoamérica. Posee una amplia experiencia en diversos ámbitos de los sistemas de salud: la definición y aplicación de políticas sanitarias y de reforma, así como la planificación, organización y gestión de centros y servicios asistenciales.

CHC Consultoria i Gestió, S.A., busca alternativas a los modelos de organización tradicionales en el sector salud, combinando los principios de los sistemas públicos de salud con una cultura de gestión empresarial que supone la introducción de cambios innovadores en la forma de organizar y gestionar los servicios de salud. En definitiva, une la búsqueda de la calidad y la eficiencia a la defensa de la equidad en el acceso de la población a los recursos en salud.

Encarna Grifell Martín, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y master en Salud Pública, ha desarrollado su actividad en el ámbito de la planificación, organización y dirección de servicios de salud en diversos centros y entidades del Servei Català de la Salut (SCS), del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y del Servicio Andaluz de Salud (SAS). En los últimos años ha trabajado en Latinoamérica en proyectos relacionados con las reformas de sistemas de salud y la mejora de la gestión clínica y sanitaria. Actualmente ocupa la gerencia de la Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat de Vilanova i la Geltrú (Barcelona), gestionada por CHC Consultoria i Gestió, S.A.

Joan Miquel Carbonell Riera, médico y master en Salud Pública y Administración Sanitaria, inició su tarea profesional en el campo de la educación para la salud y la epidemiología clínica. Desde hace unos años trabaja con el Grup SAGESSA, en los campos de la planificación estratégica, diseño de sistemas de información sanitarios y gestión clínica. Durante este tiempo también ha participado en proyectos nacionales e internacionales de consultoría relacionados con la planificación sanitaria, reforma de sistemas sanitarios y fortalecimiento de los sistemas de gestión. Actualmente es director del Hospital Universitario Sant Joan de Reus.

Felipe Infiesta García, especialista en Endocrinología y Nutrición, ha desarrollado en los últimos años su actividad profesional gestionando servicios de salud, primero como coordinador del servicio de urgencias y posteriormente como director médico del Hospital Creu Roja de Barcelona. En la actualidad es consultor de CHC, Consultoria i Gestió, S.A., cargo desde el que ha participado en numerosos proyectos en España y Latinoamérica relacionados con la gestión clínica y con la mejora del continuum asistencial.

La búsqueda continua de la mejora en la eficiencia y equidad conlleva la introducción de cambios en la forma de organizar y gestionar los servicios de salud que requieren la aplicación de estrategias e instrumentos basados en enfoques innovadores. Las innovaciones, no obstante, deben ser aplicadas en forma sistemática y analizadas en la misma manera, para poder así determinar que contribuyen realmente, y en qué medida, a los objetivos que persiguen.

A lo largo del tiempo, CHC Consultoria i Gestió, S.A. ha acumulado una amplia experiencia, tanto en España como Latinoamérica, en ámbitos centrales a los sistemas de salud, que creemos que no ha sido suficientemente recogida y divulgada. Por ello creamos en 1999 la Unidad de Investigación y Desarrollo, con el convencimiento de que hoy en día la gestión del conocimiento es esencial, y que éste es el mayor capital de CHC Consultoria i Gestió, S.A. Esta unidad canaliza los esfuerzos desarrollados por la empresa en la búsqueda de estrategias e instrumentos innovadores y contribuye a que el conocimiento generado se vaya consolidando, sistematizando y divulgando en los ámbitos relevantes.

Como fruto de estos esfuerzos se lanza ahora la **Serie de Documentos Técnicos de CHC Consultoria i Gestió S.A.**, que agrupará diversos tipos. Las *Guías metodológicas* describen

los métodos e instrumentos desarrollados e implementados por CHC Consultoria i Gestió, S.A. Así mismo, se editarán *Monografías sobre sistemas y políticas de salud* que analizan diversos aspectos de los sistemas de salud, sus reformas y políticas en el contexto económico, político y de salud de los países. Las diversas publicaciones podrán ser elaboradas conjuntamente con otras instituciones de España y Latinoamérica, con las que la empresa colabora habitualmente y que aportan sus experiencias y conocimientos.

Esta guía metodológica, primera de la serie, contiene una propuesta para el desarrollo e implantación de guías de práctica clínica adecuadas para sistemas de salud con tradición en este campo. Los sistemas de salud con experiencia en la sistematización de las actividades deberán introducir las modificaciones necesarias para adecuar la metodología a su contexto específico.

Me complace presentar esta serie de CHC Consultoria i Gestió, S.A., con la que pretendemos hacer difusión de nuestro conocimiento y experiencia, así como aportar elementos de debate sobre la forma en que se organizan y gestionan los sistemas de salud.

Josep Fité
Director general

Índice

*Mejorando la gestión
clínica. Desarrollo
e implantación de guías
de práctica clínica*

	pág
Introducción	9
1 - La guía de práctica clínica	13
Definición y objetivos de las guías de práctica clínica	13
Ventajas y limitaciones de las guías de práctica clínica	15
2 - Proceso de elaboración de la guía de práctica clínica	21
Características de la metodología	21
Desarrollo del proceso	24
Fase 1. Requerimientos	24
Criterios comunes mínimos	26
Fase 2. Preparación del proceso	27
Constitución del equipo de trabajo	27
Elaboración de la agenda de trabajo	29
Capacitación del equipo de trabajo	29
Fase 3. Elaboración	30
Análisis de la situación actual	30
Elaboración de la versión preliminar de la guía	35
Reunión de consenso	36
Elaboración de la guía definitiva	37
Elaboración del plan de necesidades	41
Aprobación de la guía	42
3 - Implantación de la guía de práctica clínica	43
Plan de implantación	43
Responsables de la implantación	44
Definición de objetivos	44
Sistema de incentivos	45
Difusión	45
Capacitación	46
Diseño de la evaluación	47
Aplicación de la guía	49
Inicio de actividades	49
Seguimiento y retroinformación	49
Evaluación	50
Revisión y actualización periódica de la guía	51
4 - Factores clave para la elaboración e implantación de la guía de práctica clínica	53
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	59
<i>Anexo 1 - Criterios para la valoración de guías de práctica clínica</i>	
<i>Anexo 2 - Clasificación de los niveles de evidencia y de las recomendaciones</i>	
<i>Anexo 3 - Ejemplo de formato para la construcción de indicadores</i>	

Introducción

Los sistemas de salud han contribuido a la mejora del estado de salud de la población, reduciendo la morbimortalidad, ampliando la esperanza de vida al nacer y controlando algunas enfermedades de curso letal. A pesar de ello, no todos los aspectos de la atención pueden ser considerados, actualmente, como satisfactorios (Suñol y cols., 1999). La continuidad asistencial, entendida como el seguimiento del paciente a lo largo de toda la historia natural de su enfermedad, presenta algunas dificultades, ya que en cada uno de los niveles asistenciales –atención primaria, atención especializada o atención sociosanitaria– se actúa de forma independiente y aislada. La efectividad de la atención es mejorable, pues para algunas de las actividades que se desarrollan, existen ciertas dudas sobre su contribución a la obtención de resultados clínicos. La eficiencia del sistema es baja, ya que los resultados obtenidos no se correlacionan con las ingentes cantidades de recursos utilizados. Asimismo, existe una importante variabilidad en la práctica clínica de los profesionales que hace pensar que no todas las actuaciones producen beneficios para el paciente.

En este contexto, tres aspectos han incidido sobre el sistema, y han puesto de manifiesto la necesidad de su racionalización. El primero de ellos ha sido el creciente interés por los temas de la calidad de la atención y su medida, el segundo ha sido el progresivo incremento del nivel de conocimientos sobre temas de salud y de expectativas de los usuarios en relación con la atención a la salud y, por último, el incremento progresivo de los costes de la atención, que puede poner en peligro la viabilidad del sistema.

Fruto de todo lo anterior, han ido surgiendo nuevas herramientas de gestión que podemos agrupar según se refieran básicamente a los pacientes, la financiación, el sistema organizativo o los aspectos clínicos.

Las que tienen efecto sobre los **pacientes** son los programas de segunda opinión y el consentimiento informado. Los programas de segunda opinión persiguen confrontar el punto de vista de un profesional de la atención con la de otro de su mismo estamento para tomar una decisión más

fehaciente. Su utilización, especialmente en el campo de la actividad quirúrgica puede suponer que un 30 % de las intervenciones indicadas inicialmente no sean llevadas a cabo (Ortún, 1992). El consentimiento informado, aun no siendo estrictamente un instrumento de gestión, ha modificado la práctica clínica y ha incorporado la valoración de los pacientes al proceso de toma de decisiones.

El modelo de **financiación** del sistema ha experimentado cambios a lo largo del tiempo. El pago prospectivo, los acuerdos de gestión o contratos y la capitación son instrumentos para la mejora de la eficiencia. El pago prospectivo, utilizado básicamente en la financiación de la actividad hospitalaria, consiste en establecer grupos de patologías a los que se asocia un importe económico estandarizado que el centro percibe de forma independiente a los costes reales en que incurra en un paciente concreto. Los acuerdos de gestión tienen por objeto explicitar los compromisos y obligaciones de dos agentes del sistema, habitualmente financiador y proveedor de servicios, para coordinar sus intereses. La capitación se caracteriza por el hecho de que el sistema no financia las actividades realizadas, sino la cobertura asistencial a una población determinada, englobando las actuaciones que se deben realizar en cualquiera de los niveles de atención.

Sobre los **aspectos organizativos** han influido instrumentos como la dirección por objetivos (DPO), la agrupación de pacientes por complejidad y la gestión de casos. La DPO se caracteriza por establecer los objetivos del centro o de las unidades clínicas en forma consensuada con los profesionales que los deben hacer posibles. La agrupación de pacientes por complejidad ha sido utilizada en centros hospitalarios; tiene por objeto adecuar la dotación de recursos de personal a las necesidades de los pacientes, medidas en términos de complejidad de la patología que presentan. Los programas de gestión de casos se aplican a aquellos pacientes en los que la práctica clínica no consigue el control efectivo de las enfermedades y en los que se precisan actuaciones personalizadas, no todas asistenciales, para conseguir los objetivos de la atención.

Por último, las herramientas de gestión que inciden directamente sobre los **aspectos clínicos** son los protocolos

clínicos de actuación y las guías de práctica clínica (GPC) (Fairfield y Williams, 1996; Suñol y cols., 1999). Los protocolos clínicos de actuación contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un determinado segmento del dispositivo asistencial. Las guías de práctica clínica contienen todas las actividades que se deben aplicar a los pacientes con determinadas condiciones clínicas, en todos los niveles de atención y por parte de todos los profesionales implicados, recorriendo así la historia natural de la enfermedad. Estas herramientas han permitido la involucración del personal de salud en las tareas de gestión, al acercar ésta a la práctica clínica (Orton, 1994; Hunter y Fairfield, 1997).

Esta guía metodológica para la elaboración y la implantación de GPC va dirigida a todo el personal del sistema de salud que participe en proyectos de sistematización de las actividades clínicas. El documento se estructura en cuatro partes. La primera contiene una introducción que ilustra la situación de las GPC en el contexto del sistema, las define y comenta sus ventajas e inconvenientes. A continuación, figuran los principios metodológicos que sustentan la propia metodología y la descripción del proceso de elaboración, estructurado en tres fases: requerimientos para su elaboración, preparación del proceso y elaboración propiamente dicha. La tercera parte describe el proceso de implantación que se articula en cuatro puntos: el plan de implantación, la aplicación de la guía, los aspectos de evaluación y la revisión y actualización periódica de las GPC. La guía finaliza resumiendo los factores clave para el éxito de la aplicación de las GPC en la práctica de los servicios de salud.

A lo largo de la guía utilizamos los términos **profesionales** y **personal de salud** de manera indistinta para referirnos a todas aquellas personas que se encuentran implicadas a lo largo del proceso a que se refiere la GPC.

I - La guía de práctica clínica

Definición

Las GPC son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de una problemática específica relacionada con la salud en circunstancias concretas (Field y Lohr, 1990).

Las GPC contienen todas las actividades que se deben realizar sobre pacientes con determinadas patologías, en sus aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos, incidiendo en el nivel asistencial en que la actividad es más eficiente (Lohr y cols., 1998). Conllevan, asimismo, un sistema de evaluación del proceso y de los resultados, así como del grado de su utilización. Engloban, por tanto, desde las actividades puramente clínicas hasta las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, junto con los aspectos evaluativos.

Las guías son recomendaciones y carecen, por tanto, del carácter de obligatoriedad de otros elementos normativos. Permiten que los pacientes dispongan del máximo de conocimientos sobre su enfermedad y sobre las actividades convenientes para la mejora de su estado de salud, a la hora de mostrar sus preferencias (Cabana y cols., 1999; Sackett y cols., 2000).

Las guías tienen por objeto problemas concretos de salud; y pueden referirse a diagnósticos clínicos específicos, a grandes síndromes o a condiciones clínicas generales. La hipótesis subyacente a las GPC es considerar que una actuación adecuada en el momento oportuno de cada fase de la historia natural de la enfermedad, supone evitar el inicio de muchas patologías, produce una mejora en su pronóstico y en su calidad de vida, reduce las complicaciones y provoca una disminución de los costes asociados a las fases más avanzadas.

Las GPC se diferencian de los protocolos de actuación clínica en que éstos sólo se refieren a un ámbito concreto

Definición y objetivos de las guías de práctica clínica

de la atención como puede ser la “atención al infarto de miocardio en un servicio de urgencias hospitalario”.

En definitiva, las GPC proponen todas las actividades que hay que realizar, por parte de todo el personal de salud y en todos los dispositivos de atención, a lo largo de toda la historia natural de la enfermedad, precisando la relación entre los profesionales y definiendo el sistema de evaluación.

Objetivos

Las guías de práctica clínica persiguen los siguientes objetivos:

- *Mejorar la calidad de la práctica clínica.* La reflexión sobre la práctica clínica y la incorporación de la evidencia científica disponible aseguran una mejora en la calidad global del proceso. Éste es un objetivo deseable tanto para pacientes y profesionales como para gestores de los servicios de salud.
- *Orientar en el proceso de la toma de decisiones clínicas.* Las guías deben convertirse en un instrumento de ayuda en el proceso de toma de decisiones al incorporar una secuencia sistematizada de actividades. Se trata de un objetivo que beneficia tanto a los pacientes como a los profesionales, ya que pretende evitar las variaciones inapropiadas de la práctica que deben ser minimizadas en beneficio del propio paciente.
- *Propiciar la utilización adecuada de las tecnologías médicas.* A menudo el uso de las tecnologías es excesivo, y se expone a los pacientes a procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no suponen beneficio suficiente para ellos, además de suponer un gasto innecesario. Las GPC relacionan la solicitud de pruebas diagnósticas con la evidencia de los beneficios obtenidos con su uso. Se trata de un objetivo propio de todos los profesionales de la salud, incluidos los gestores de los servicios.
- *Orientar en la priorización de la distribución de recursos.* Las guías y los protocolos se van convirtiendo en

instrumentos de evaluación tecnológica, que constituyen un medio de información técnica valioso para los planificadores y gestores del sistema, al permitir asignar el recurso más costo-efectivo en cada ámbito. En tiempos de limitación de los recursos disponibles, se trata de un objetivo de interés para el conjunto de la sociedad.

▪ *Facilitar la defensa en reclamaciones y eventuales litigios legales.* Los servicios de salud son un campo en el que se están incrementando las reclamaciones judiciales por prácticas erróneas de los profesionales. La existencia de unos patrones estándar, es decir, una regla de oro de conducta, podría facilitar la defensa del personal de salud implicado.

La aplicación de las GPC favorece la potenciación de una serie de elementos positivos que de una forma agregada comportarán, sin duda, una mejora en la calidad del proceso de atención.

Ventajas

Las principales ventajas del uso de guías son las siguientes:

- *Contribuyen a una mejora del estado de salud de la población.* La aplicación de GPC parece contribuir a la prevención de algunas enfermedades, al entencimiento de la progresión de otras y a la reducción de las complicaciones en las fases más avanzadas de las patologías cuyo proceso de atención ha sido sistematizado (Vigil y cols., 1999).
- *Constituyen un instrumento para asegurar la calidad en el proceso de atención.* Las GPC promueven la utilización de las prácticas clínicas de efectividad contrastada, lo que permite a los profesionales asegurar que ofrecen la mejor atención posible

Ventajas y limitaciones de las guías de práctica clínica

VENTAJAS DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- *Contribuyen a una mejora del estado de salud de la población*
- *Instrumento para asegurar la calidad*
- *Conducen las actividades del personal de salud*
- *Reducen la variabilidad de la práctica clínica*
- *Incorporan la evidencia científica al proceso asistencial, mejoran su efectividad*
- *Mejoran la comunicación con el paciente*
- *Criterios explícitos para definir los flujos de pacientes*
- *Utilización adecuada de los recursos disponibles*
- *Instrumento de formación continuada*
- *Respaldo jurídico para demandas judiciales*

en su nivel. Constituyen, además, un instrumento para la evaluación de la calidad del proceso, ya que contienen indicadores sobre la estructura, cobertura, proceso y resultado de la atención.

- *Conducen las actividades del personal de salud.* Las decisiones clínicas tomadas en condiciones de incertidumbre se ven reforzadas por la utilización de GPC que aportan una secuencia de actividades que se deben realizar, propuestas de forma consensuada y basadas en la mejor evidencia científica disponible.

- *Contribuyen a reducir la variabilidad de la práctica clínica.* La variabilidad de la práctica clínica parece poner de manifiesto que no todas las actividades que se aplican a los pacientes son las más idóneas y eficientes. Una parte de ella es debida a patrones clínicos diferentes para las mismas patologías y a la inclusión de los valores sociales, de los profesionales y de los pacientes en la decisión clínica (Buglioli y Ortún, 2000). Otra parte, identificada como variabilidad no deseable, corresponde a intereses de grupos o corporaciones, criterios equivocados o faltos de evidencia, medicina defensiva y deficiente capacitación, en algunos casos. Las GPC contribuyen a mejorar este último aspecto al definir y sistematizar todas las actividades que hay que realizar a lo largo del proceso asistencial.

- *Incorporan la evidencia científica al proceso asistencial, y mejoran su efectividad.* Algunos estudios clínicos muestran que un número considerable de pacientes no reciben tratamientos que podrían suponer beneficios para su salud o reciben aquellos que no suponen beneficio alguno. Las GPC incorporan la evidencia científica disponible por lo que sólo recomiendan aplicar las pruebas diagnósticas y los procedimientos terapéuticos que han demostrado su eficacia mediante evaluaciones independientes. Ello contribuye a la mejora de la efectividad de todo el proceso asistencial.

La incorporación a la práctica clínica de los resultados de los ensayos clínicos relevantes da lugar a una mejora de los resultados de la atención, como

demuestra el caso de la reducción de la mortalidad en pacientes que reciben aspirina y beta-bloqueantes tras sufrir un infarto agudo de miocardio (Krumholz y cols., 1996 y 1998). Asimismo, se aprecia una mejora en el proceso de atención en 20 de 24 GPC evaluadas (Grimshaw y Russell, 1993) y en los resultados de la asistencia en términos de salud en 5 de 13 GPC (Worral y cols., 1997).

- *Mejoran la comunicación con el paciente.* Las GPC pueden contribuir a facilitar la comunicación con los pacientes, al permitir ofrecer información clara y concreta sobre la previsible evolución de su enfermedad y sobre las actuaciones específicas que hay que realizar para modificarla, de esta manera, se facilita la comprensión e implicación del paciente en su plan terapéutico. Contribuyen así a proponer un plan negociado entre el paciente y el personal de salud.
- *Aportan unos criterios explícitos para definir los flujos de pacientes.* Determinan los dispositivos de atención y el nivel asistencial (Freeman y Per, 1997) en el que la actividad es más eficiente, y concretan los criterios de derivación, en qué caso y cómo, entre los diferentes niveles de atención.
- *Posibilitan la utilización adecuada de los recursos disponibles.* La aplicación de las GPC contribuye a utilizar sólo los recursos precisos en cada fase de la historia natural de la enfermedad y asegura una racionalización en la distribución de los recursos del sistema.
- *Son un instrumento de formación continuada para el personal de salud.* Las GPC van dirigidas a amplios grupos de profesionales de la atención a la salud y se convierten en un instrumento de actualización de los conocimientos científicos sobre patologías concretas, ya que su contenido se basa en la evidencia científica más relevante. Además, en algunos casos, para su aplicación se precisa una capacitación específica sobre las técnicas y los procedimientos que recomienda aplicar.

- *Suponen un respaldo jurídico para el caso de demandas judiciales.* El hecho de que el personal de salud utilice en el proceso de atención unos patrones de práctica clínica validados y consensados, y que además esto sea conocido por los usuarios y letrados, puede tener dos efectos complementarios: en primer lugar puede facilitar la defensa de los profesionales y en segundo puede comportar una disminución del número de demandas presentadas.

Limitaciones

No obstante, las GPC y su aplicación presentan también algunas limitaciones que conviene tener en cuenta:

- *Su elaboración y adaptación consume recursos.* Tanto la elaboración de una guía nueva como la adaptación de las ya existentes consumen recursos del sistema, tanto económicos como de tiempo de los profesionales.
- *La necesidad de mantenerlas actualizadas.* La revisión de las GPC elaboradas se debe realizar de forma periódica y en los casos en que una nueva contribución científica deje obsoleto el contenido de la guía. La periodicidad de esta revisión estará en función de la velocidad de los avances científicos en el campo en cuestión.
- *Su mera existencia no asegura su implantación.* La elaboración y difusión de una GPC no es suficiente para garantizar que sea aplicada por los profesionales. Se debe proceder al diseño y seguimiento de un plan de implantación que promueva y refuerce su utilización.
- *Las resistencias de los profesionales.* Algunos profesionales consideran las GPC como una injerencia en su práctica clínica, por lo que se requieren estrategias que faciliten la aceptación y la implicación en el cambio de la práctica.
- *Las dificultades organizativas.* La estructura clásica de los sistemas de salud no favorece, en general,

la comunicación y la cooperación, ni entre los diferentes niveles de atención, ni entre diferentes estamentos de un mismo nivel, cosa que dificulta la implantación de las GPC.

▪ *Los sistemas de información.* Los sistemas tradicionales de información en el ámbito de la salud han estado basados, sistemáticamente, en el conjunto de actividades desarrolladas por el sistema, pero no se han centrado en el paciente como hilo conductor de la atención; por tanto, es preciso un cambio en el enfoque para facilitar tanto la implantación de las GPC como la evaluación de los resultados.

▪ *La asignación de recursos.* La asignación de recursos se halla, habitualmente, compartimentada por niveles asistenciales. Se financian de manera independiente cada uno de ellos, lo que dificulta la visión integral del proceso. De esta forma, no se estimula la colaboración entre los diferentes niveles, ni entre los diferentes profesionales implicados, y ello no contribuye a mejorar la eficacia del sistema

LIMITACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

▪ *Su elaboración y adaptación consume recursos*

▪ *Necesidad de mantenerlas actualizadas*

▪ *Su existencia no asegura su implantación*

▪ *Resistencias del personal de salud*

▪ *Dificultades organizativas*

▪ *Sistemas de información basados en la actividad*

▪ *Asignación complementaria de recursos*

2 - Proceso de elaboración de la guía de práctica clínica

Existen diferentes metodologías para la confección de GPC, que van desde el extremo de la centralización de la elaboración hasta su desarrollo en el nivel más operativo. En el primer caso, la metodología y los contenidos son más académicos y los recursos precisos serán menores, ya que un número reducido de personas elaborará las guías. Se trataría de una GPC elaborada por un grupo de expertos de ámbito nacional y de un nivel técnico y científico muy relevante. La guía contendría toda la evidencia científica disponible, pero adolecería de aquellos aspectos específicos que son necesarios para su implantación en un ámbito determinado. Este método también sería poco motivador para el personal de salud que es el que debe proceder a su implantación, ya que no suele considerar como propias las guías elaboradas mediante esta metodología.

Por el contrario, en el segundo caso el método es menos académico y se precisan más recursos, sobre todo de personal de base. Sin embargo, se consiguen GPC más operativas, cercanas a los profesionales, que las consideran como propias y las defienden en foros de discusión. Serían aquellas GPC realizadas por profesionales de base, en un ámbito local, muy adaptadas a la realidad, pero que probablemente adolecerán de falta de visión de conjunto del sistema.

En esta guía se propone una metodología intermedia que busca el equilibrio entre las dos opciones descritas, con participación de los profesionales de base y el apoyo de clínicos expertos, que da lugar a guías operativas que tienen en cuenta el contexto (en cuanto a organización, estructura, recursos, etc.), con contenidos contrastados y, además, consensuadas entre los profesionales que las deben aplicar. El proceso para su elaboración es relativamente lento y se precisa la capacitación de todo el personal implicado.

Características de la metodología

Nuestra metodología para la elaboración de GPC se basa en ocho aspectos fundamentales, de cuyo correcto equilibrio depende la consecución de los objetivos del proceso:

- *Visión integral del paciente y de los servicios implicados* en todo el proceso de atención de la patología que se trate. La guía se debe elaborar considerando al paciente de forma integral y a los profesionales implicados en la asistencia como elementos de un equipo de trabajo. Se favorece así el enfoque integrador del proceso de atención.
- *Participación de los profesionales de base* en el proceso. Las GPC son un instrumento operativo para la mejora de la atención. Para ello, se precisa la implicación de los profesionales que están en contacto con los pacientes. Cuanto mayor sea su participación en el proyecto, mayor será el grado de adaptación de la guía a la realidad y mejor la aceptación de sus contenidos, lo que redundará en un menor esfuerzo para su implantación.
- *Multidisciplinariedad*. En el equipo de trabajo deben estar representados los diferentes estamentos o tipos de personal relacionados con las actividades que se realizan en el proceso de atención de la patología que se trate. De esta manera se refuerza la participación y se facilita la visión integral del proceso.
- *Trabajo en equipo*. La comunicación entre los profesionales que van a participar en la elaboración de las guías, y que pertenecen a diferentes servicios y niveles de atención, garantiza la identificación y conocimiento de todas las actividades que cada profesional realiza en su ámbito de trabajo en relación con la patología en cuestión, y facilitará al mismo tiempo la coordinación.
- *Capacitación* del equipo de trabajo en la metodología de elaboración de GPC por una parte y, posteriormente, a los profesionales que van a participar en la implantación de la guía elaborada en los criterios y técnicas contenidos en la misma.

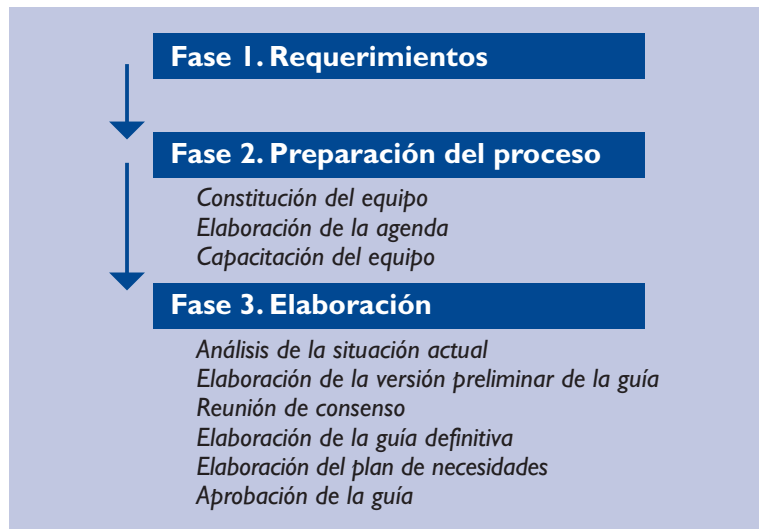
- *Utilización de las técnicas de consenso* para la adopción de acuerdos. El consenso es la única técnica que genera compromiso entre los componentes de los equipos de trabajo y facilita la implantación de las recomendaciones resultantes. Ninguna actividad contenida en la guía debe adoptarse sin un pacto para la adopción de los acuerdos.

- *Evidencia científica* para sustentar las actividades propuestas. Se utilizan las mejores evidencias científicas disponibles para proponer las acciones referentes a todos los ámbitos del proceso asistencial. Su uso incrementa la validez de las guías y les confiere mayor rigor científico.

- *Transparencia en el proceso.* La información y comunicación constante a los miembros de la organización sobre el trabajo que se está realizando, sus objetivos, la metodología que se utilizará, quiénes forman el equipo de trabajo, los criterios seguidos para su selección, los resultados esperados y en qué plazos, así como los avances que se vayan produciendo, facilitan la comprensión del proceso y la posterior implantación de la guía.

Desarrollo del proceso

El proceso de elaboración de las GPC se basa en 3 fases diferenciadas, que abarcan desde la determinación de las condiciones necesarias para su puesta en práctica hasta la elaboración de la guía definitiva.



REQUERIMIENTOS

- *Compromiso del nivel directivo correspondiente*
- *Plan de acción del proceso*
- *Documentación del proceso*
- *Selección de la patología a abordar*

Fase I. Requerimientos

Para que se pueda llevar a cabo el proceso de elaboración de las GPC de acuerdo a la metodología propuesta, es imprescindible que se cumplan ciertos requisitos, al objeto de que dicho proceso progrese con normalidad y con la calidad adecuada. Estos requisitos son los siguientes:

- *Compromiso del nivel directivo correspondiente*
La dirección del nivel que corresponda deberá mostrar claramente su nivel de compromiso con el proyecto, ya que de otra forma es muy difícil que se den las circunstancias óptimas para aplicar la metodología de elaboración. De la misma manera, es imprescindible el compromiso de la dirección para facilitar que se cumplan las condiciones necesarias para la implantación posterior de la guía. Para ello, este compromiso se debe concretar con la designación de un miembro del equipo directivo como responsable de todo el proceso de elaboración de GPC.

▪ *Plan de acción del proceso*

El responsable del proceso de elaboración de guías, junto con el resto del equipo directivo, debe elaborar un plan de acción que contendrá el detalle de las acciones que hay que realizar, con recursos, cronograma, profesionales implicados y responsables, en el que constará el apoyo y compromisos explícitos de la dirección.

▪ *Documentación del proceso*

Todos los aspectos referentes a la elaboración de las guías, su difusión, implantación y evaluación deben quedar perfectamente documentados. Por ejemplo, qué profesionales han participado, métodos utilizados para llegar a acuerdos y seguimiento realizado de las discusiones, análisis de las guías consultadas, de las evidencias disponibles y cualquier otra documentación examinada, motivaciones de las principales decisiones técnicas, decisiones referentes a las estrategias de difusión, justificación de la estrategia de implantación, procesos de evaluación de las guías, metodología para establecer indicadores, recomendaciones sobre su revisión, etc.

▪ *Selección de la patología que se abordará*

Cada organización deberá definir el sistema que utilizará para la selección de la patología sobre la que se va a desarrollar la GPC, en qué ámbito de la organización y con qué metodología se tomará la decisión, así como qué elementos son necesarios para dicha selección. En el caso de disponer de un Plan de Salud, los problemas de salud identificados en él como más importantes serán el marco que orientará y apoyará la decisión. En caso de no disponer de una selección previa de problemas, se deberán definir una serie de criterios que, valorados de forma conjunta, permitan seleccionar la patología.

PROPUESTA DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA PATOLOGÍA

▪ *Mayor prevalencia, es decir, aquellas que afectan a mayor cantidad de personas*

▪ *Mayor trascendencia para la comunidad por el grado de sufrimiento que generan o por el consenso social sobre su gravedad*

▪ *Mayor demanda de servicios*

▪ *Mayor variabilidad en la práctica clínica y susceptibles de mejora por unas normas de actuación*

▪ *Historia natural de la enfermedad conocida y gestión factible en el entorno específico*

EJEMPLO DE CRITERIOS COMUNES MÍNIMOS DEFINIDOS PARA LA ATENCIÓN A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Para la detección oportuna de la HTA, se determinará la tensión arterial a todo adulto mayor de 25 años de edad, al menos una vez cada dos años hasta los 75 años (Evidencia C, ANEXO 2)

Para el control de la HTA, se debe reducir la ingesta de cloruro sódico (sal) a no más de 100 mmol/d o 4-6 gr/d (Evidencia A, ANEXO 2)

Criterios comunes mínimos

Una situación especial se plantea cuando la metodología de elaboración de GPC se ha de aplicar en diversos ámbitos geográficos de una misma organización o en un sistema con un alto grado de descentralización interna. En estos casos, para mantener los principios metodológicos señalados y para no producir excesiva variabilidad clínica debida a diferentes GPC, es recomendable elaborar un documento de criterios comunes mínimos (CCM) para cada patología que se abordará. Los CCM serán aquellas intervenciones consideradas imprescindibles, por la propia organización o por el organismo planificador del sistema, para garantizar la calidad de las prestaciones en todos los ámbitos de atención, con relación a una determinada patología.

Los CCM sirven, además, para definir áreas e indicadores comunes de evaluación, puesto que son aquellas intervenciones que todas las unidades operativas de la organización o sistema deben realizar.

En cada caso, y siempre que sea posible, deberá explicitarse el tipo de evidencia que sustenta la recomendación, y deberá ir referenciada con la cita o las citas bibliográficas correspondientes.

Los CCM se definen para cada patología y para cada uno de los momentos en los que se interviene (promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento). Deben elaborarse antes del inicio del proceso de elaboración de la guía, ya que ésta deberá respetarlos e incluirlos en sus recomendaciones. La definición del resto del proceso de atención es el que deberá adaptarse al máximo a la realidad de cada territorio.

De esta manera, y en las circunstancias concretas en que sea necesario definir unos criterios comunes mínimos, las guías estarían conceptualizadas como se muestra en la **FIGURA 1**.

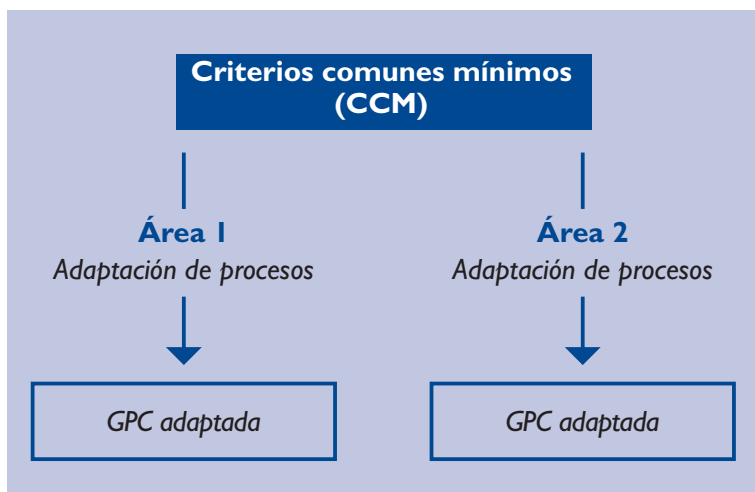


FIGURA 1
Conceptualización de las guías basadas en criterios comunes mínimos (CCM)

Fase 2. Preparación del proceso

Antes de iniciar la elaboración propiamente dicha, es necesario realizar una preparación cuidadosa del proceso. Para ello, se constituirá el equipo de trabajo que elaborará su agenda de acuerdo con el cronograma previsto y será capacitado para la tarea por desarrollar.

Constitución del equipo de trabajo

Elección de los miembros del equipo de trabajo - El equipo de trabajo debe estar constituido por representantes de cada uno de los grupos profesionales relacionados con las actividades que se dispensan a los pacientes para la patología seleccionada, de manera que se refuerce el carácter multidisciplinario del mismo. Además, deben estar representados todos los niveles de atención que realicen actividades en relación con la patología en cuestión (Carbonell y cols., 1999).

El perfil de los miembros del equipo se representa en aquel profesional que está en contacto habitualmente con los pacientes afectos de esa patología, con amplio conocimiento del proceso y con prestigio reconocido en el ámbito de su actividad. En el caso del profesional de salud, debe gozar, además, de reconocimiento científico y personal entre los otros profesionales de su centro.

PREPARACIÓN DEL PROCESO

- *Constitución del equipo de trabajo*
- *Elaboración de la agenda*
- *Capacitación del equipo de trabajo*

El reclutamiento de los miembros del equipo de trabajo debe hacerse de forma voluntaria, tras invitación e información oportuna por parte de la dirección del centro.

Además, los equipos deben contar con el referente de un clínico experto en la patología en cuestión, que trabajará puntualmente con el equipo, aportando aquellos elementos que ayuden a dirimir los conflictos asistenciales que pudieran surgir debido a diferencias de opiniones.

En algunos casos va a ser necesaria la presencia de otro tipo de expertos o profesionales tangenciales al equipo, pero que pueden ser claves en la implantación de la guía. Ejemplos de este tipo de experto serían el oftalmólogo, el dietista o el psicólogo en la guía de atención a la diabetes *mellitus*, ya que deben aportar sus conocimientos en aspectos puntuales del proceso.

Organización del equipo - Se designará a un **responsable** o director de equipo que deberá ser un clínico relevante de la organización, o externo a la misma, con capacidad técnica y científica en la patología sobre la que se desarrollará la GPC y con aptitudes para liderar el grupo. Será el responsable de conducir las reuniones y llevar a cabo el seguimiento y control de los avances.

Asimismo, el equipo deberá elegir a un **secretario**, que será el encargado de documentar todo el proceso de elaboración, y que asegurará que los acuerdos y conclusiones queden fiel y claramente reflejados.

También se constituirá una **comisión de redacción**, que estará integrada por el director del equipo, el secretario y uno o dos miembros más del equipo. Esta comisión se encargará de redactar los documentos de base para la discusión por parte de todo el equipo, así como la guía definitiva.

Elaboración de la agenda de trabajo

La persona de la dirección responsable de los procesos de elaboración de GPC deberá reunir al equipo e informarles del trabajo que se espera que realicen, y cómo se prevé que lo lleven a cabo. Esto incluye las fases principales y el cronograma contenidos en el plan de acción.

El equipo diseñará su propia agenda con el fin de ir cumpliendo con los hitos contenidos en dicho plan.

Capacitación del equipo de trabajo

Con el equipo ya constituido e informado, se procederá a su capacitación en aquellos aspectos considerados necesarios para la elaboración de la guía. El contenido de la capacitación debería prever aspectos relativos a metodología asistencial y de elaboración de la GPC, así como habilidades para la utilización de la literatura científica y de trabajo en equipo (TABLA 1).

Metodologías asistenciales y sus principales aplicaciones
<ul style="list-style-type: none">▪ Guías de práctica clínica▪ Protocolos de atención▪ Trayectorias clínicas▪ Gestión de casos▪ Gestión de patologías
Metodología de elaboración de una guía de práctica clínica
<ul style="list-style-type: none">▪ Principios, métodos, criterios y apartados que debe contener▪ Sistemas de evaluación de la aplicación
Habilidades para el análisis e interpretación de la información científica
<ul style="list-style-type: none">▪ Lectura crítica de la literatura científica y revisión sistemática de la evidencia científica
Habilidades para la mejora del trabajo en equipo
<ul style="list-style-type: none">▪ Metodología de trabajo en equipo▪ Toma de decisiones, técnicas de consenso

TABLA 1
Contenidos de la capacitación del equipo de trabajo

PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

- *Análisis de la situación actual*
- *Elaboración de la versión preliminar de la guía*
- *Reunión de consenso*
- *Elaboración de la guía definitiva*
- *Definición del plan de necesidades*
- *Aprobación de la guía*

Fase 3. Elaboración

Una vez capacitado el equipo de trabajo, ya se estará en condiciones de empezar la parte fundamental del proceso, es decir, la elaboración propiamente dicha de la GPC.

Para ello, el equipo realiza en primer lugar una descripción y análisis del proceso de atención actual para comprobar si se está actuando de acuerdo con la mejor evidencia científica y, así, identificar los puntos críticos o discordantes. Una vez realizado el análisis, se elabora la versión preliminar de la guía que tras varias revisiones dará lugar a la guía definitiva.

Análisis de la situación actual

Análisis de la documentación existente - Para iniciar la elaboración de la guía, el equipo analizará todos los documentos disponibles que hagan referencia a la patología seleccionada con el fin de facilitar el proceso.

La documentación que se revisará debe abarcar:

- Guías existentes (de la propia organización o centro, de sociedades científicas y otros organismos)
- Criterios comunes mínimos, si existieran
- Publicaciones científicas

Sobre las **guías existentes**, se debe analizar su validez y legitimidad para el equipo. Para ello, el sistema más objetivo se basa en la aplicación de una serie de preguntas o criterios de evaluación estándares, como los utilizados por algunas agencias de evaluación tecnológica. En el [ANEXO I](#) se incluye un ejemplo de matriz de evaluación de guías.

También es útil conocer si el personal de salud sigue o no sus recomendaciones en la práctica diaria y los motivos, ya que nos puede orientar sobre cómo abordar algunos aspectos de la nueva guía. Por ejemplo, algunas veces se identifican ciertos consejos dietéticos de difícil seguimiento porque no están adaptados a la realidad del territorio, o existen recomendaciones poco aplicables por la escasez de recursos a nivel local. Este análisis nos indicará de

ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN

entrada qué limitaciones tenemos localmente para ciertas intervenciones, o qué aspectos culturales y socioeconómicos de la población debemos tener en cuenta al incluir recomendaciones sobre ciertos hábitos de vida.

En el mismo sentido, y en el caso de que existieran **criterios comunes mínimos** definidos por la organización para la atención de la patología, deberán revisarse para comprobar que siguen vigentes, según el conocimiento científico del momento. En caso de que se cumpla este extremo, estos criterios deberán respetarse como niveles mínimos de atención e incluirse en la guía por elaborar. En caso contrario, se deberá notificar la situación a quien corresponda con la justificación y el respaldo bibliográfico necesario.

El análisis de los **artículos científicos y las revisiones** realizadas sobre las intervenciones que se aplicarán en la atención de la patología seleccionada pretenden identificar la mejor evidencia existente en el momento sobre la eficacia de las intervenciones.

Para hacer esta búsqueda más práctica, se deberán acordar unos límites de tiempo que variarán según la patología seleccionada. Estos límites suelen establecerse entre los dos y cinco años anteriores al momento en que se realiza la búsqueda, aunque se puede definir otro lapso de tiempo si se considera oportuno.

Todas las evidencias científicas que se localicen deben ser valoradas y analizadas para tomar aquellas en que la evidencia parezca ser más contundente.

En el **ANEXO 2** se incluye una clasificación de los niveles de evidencia y de las recomendaciones a que dan lugar, según el tipo de estudio en los que se basan (Jovell y Navarro-Rubio, 1995).

Análisis de la práctica actual - Una vez analizadas las guías existentes y los CCM, si existieran, y revisada la literatura científica, se realiza una descripción y análisis de la práctica actual, con el objetivo de obtener la máxima información de cómo se está realizando el proceso de atención que nos ocupa, identificar las discrepancias con la evidencia y proponer las posibles modificaciones.

- *Guías existentes*

- *Criterios comunes mínimos*

- *Publicaciones científicas*

PASOS EN EL ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA ACTUAL

Descripción y análisis del proceso principal

Descripción y análisis de los procesos de soporte

Propuesta de modificaciones

Para ello, dentro del proceso de atención global se diferenciará el proceso principal de los procesos de soporte. Se entiende como **proceso principal** el conjunto de acciones directamente relacionadas con la atención al paciente, y como **procesos de soporte** todos aquellos que son colaterales a la propia atención al paciente, pero que son esenciales para que se produzca con normalidad el proceso principal (suministro de material o insumos, suministro de productos farmacéuticos, documentación clínica, etc.).

Tanto el proceso principal como los de soporte serán descritos y analizados para poder elaborar una propuesta de modificaciones.

I - Descripción y análisis del proceso principal

El objetivo de esta actividad es conocer cómo se está atendiendo la patología seleccionada en el medio en el que se deberá aplicar la guía por elaborar, e identificar los puntos críticos del proceso principal y sus causas.

Se considerarán **puntos críticos** del proceso aquellas actividades descritas en la práctica actual que no tienen concordancia con las recomendaciones sustentadas por la evidencia y los CCM, y todas aquellas actividades recomendadas por la evidencia y CCM que no se realizan en la práctica actual.

Para ello, se describen todas las actividades que se realizan actualmente dentro del proceso principal de atención al paciente, qué profesionales intervienen, así como el lugar donde se realiza. Para facilitar esta tarea, la comisión de redacción elaborará una matriz que debe contener los puntos esenciales de las actividades que constituyen el proceso en cuestión y la pasará al equipo de trabajo para que la cumplimente (TABLA 2).

Una vez identificadas las actividades que se realizan habitualmente, se procederá a revisar la evidencia científica que las sustenta y su grado de adecuación a los CCM, identificando las discordancias o puntos críticos que pudieran existir y sus posibles causas.

TABLA 2
Ejemplo de matriz de
análisis del proceso principal

Ámbito de la guías	¿Se hace?	¿Qué y cómo se hace?	¿Quién lo hace?	¿Dónde se hace?
Detección Enumeración de actividades con evidencia científica contrastada y CCM 1 2 etc.				
Diagnóstico 1 2 etc.				

2 - Descripción y análisis de los procesos de soporte

El objetivo de esta actividad es conocer cómo se desarrollan los procesos de soporte al proceso principal, e identificar los posibles puntos de mejora.

Para ello, el equipo de trabajo, con el apoyo de los profesionales concretos que se requieran para cada momento específico, detallará las actividades de dichos procesos en una matriz similar a la utilizada anteriormente, pero adaptada al tipo de proceso que se analice.

Posteriormente, se identifican y se analizan los **nudos de tensión** que puedan entorpecer el proceso, y sus posibles causas. Se consideran nudos de tensión aquellos puntos o actividades que, por el motivo que sea, no cumplen con los principios de agilidad, oportunidad, efectividad y eficiencia.

3 - Propuesta de modificaciones

El objetivo de esta actividad es obtener una serie de propuestas de modificaciones a la práctica actual que la aproximen a la mejor práctica posible, según el conocimiento científico del momento.

Para ello, y una vez identificados los problemas (puntos críticos en el proceso principal y nudos de tensión en los procesos de soporte) y sus posibles causas, el equipo de trabajo, junto con los profesionales que se requieran en cada momento, plantearán de manera conjunta y consensuada las posibles modificaciones que se incorporarán en la GPC por elaborar.

Para aquellas actividades que se realizan sin disponer de evidencia científica que las sustente, la lógica a utilizar proviene de la reflexión ¿esta actividad aporta algún beneficio al paciente o a la comunidad?. Así, los miembros del equipo analizarán y consensuarán la conveniencia de mantenerla o no como recomendación en la GPC.

Cabe señalar la importancia que tiene en este punto el trabajo en equipo y la utilización correcta de las técnicas de consenso por parte de todos sus miembros ya que, de la discusión que se genere y la capacidad del grupo para llegar de manera consensuada a las mejores soluciones posibles, dependerá la mayor o menor facilidad en conseguir una guía con la calidad y legitimidad requeridas para su implantación posterior.

Elaboración de la versión preliminar de la guía

Con todos los elementos surgidos hasta este momento, la comisión de redacción hará una síntesis de la práctica actual y, teniendo en cuenta los CCM, la evidencia científica consultada y las propuestas de modificaciones consensuadas del proceso de atención, elaborará una versión preliminar de la guía. El objetivo de este documento es que sirva como elemento de trabajo y discusión a todos los miembros del equipo de trabajo, y como base para la elaboración de la guía definitiva.

La versión preliminar de la guía definirá las actividades que se realizarán en todo el proceso asistencial (tanto las clínicas como las administrativas relacionadas con el proceso de atención), el rol de los profesionales en cada ámbito, el grado de resolución de cada nivel asistencial implicado, así como los criterios para las derivaciones de pacientes. Para cada una de las actividades clínicas deberá especificar su frecuencia, el nivel asistencial en que se realiza, el profesional que la indica y el que la ejecuta (TABLA 3).

Una vez redactado el documento, debe ser remitido a todos los miembros del equipo de trabajo y al experto clínico de referencia, para que procedan a su análisis exhaustivo y realicen las observaciones que consideren oportunas.

Versión preliminar de la guía de práctica clínica

- Índice
- Introducción
 - Objetivo, definición del problema de salud y caracterización
- Actividades de promoción, prevención y detección
- Actividades de diagnóstico
- Actividades de tratamiento
 - Se han de incluir todos los medios terapéuticos con eficacia demostrada, no únicamente los farmacológicos
- Actividades para el seguimiento y control de la patología
- Criterios de derivación
- Bibliografía

TABLA 3

Contenido de la versión preliminar de la guía de práctica clínica

Reunión de consenso

Con el objeto de analizar detenidamente el contenido del documento y consensuar las aportaciones que los miembros del equipo de trabajo y el clínico experto de referencia hayan realizado, se llevará a cabo una reunión de consenso.

Ésta se debe desarrollar en un ámbito que evite las interrupciones y asistirán el equipo de trabajo y el experto clínico de referencia. Para optimizar el resultado de esta reunión, es recomendable la presencia de un moderador o dinamizador externo experto o conocedor, como mínimo, de las técnicas de trabajo en grupo y de las técnicas de consenso, que guíe el desarrollo de la reunión.

Dependiendo de la complejidad de los temas, del grado de controversia que exista y del nivel de discusión que se establezca, esta reunión de consenso se puede realizar en varias sesiones, procurando no sobrepasar las 24 horas de trabajo en total.

Para la reunión se utilizará la siguiente **documentación**:

- Versión preliminar de la guía
- Documento de criterios comunes mínimos, si existe
- Evidencia científica disponible
- Documentación adicional utilizada para la confección de la versión preliminar

El equipo de trabajo analizará los diferentes puntos contenidos en el documento e irá discutiendo las observaciones que hayan podido realizar cada uno de ellos. El experto clínico orientará estas discusiones y aportará su conocimiento para la propuesta de soluciones. Los acuerdos deberán ser tomados siempre por consenso entre todos los participantes en la reunión.

El fruto de la reunión es la versión preliminar de la guía con las modificaciones que se hayan ido consensuando. Es importante señalar que no se puede dar por concluido el trabajo hasta haber logrado el consenso en todos los aspectos del proceso de atención.

Elaboración de la guía definitiva

Con el proceso de atención consensuado, la comisión de redacción elaborará la guía definitiva. El formato definitivo de la guía debe contener, además de los contenidos en la guía preliminar, algunos elementos importantes para la aplicación y evaluación de la guía. Estos elementos son flujogramas y algoritmos, indicadores de evaluación, resumen operativo, requisitos mínimos para la implantación (TABLA 4).

Versión definitiva de la guía de práctica clínica

- Índice
- Introducción
 - Objetivo, definición del problema de salud y caracterización
- Texto completo sobre el proceso de atención
 - Desde las actividades de prevención hasta las de control y seguimiento
- Resumen operativo
- Flujogramas y algoritmos
- Requisitos mínimos para la implantación
- Indicadores de evaluación
- Equipo de elaboración
- Fecha de elaboración y fecha propuesta de revisión
- Bibliografía
- Anexos

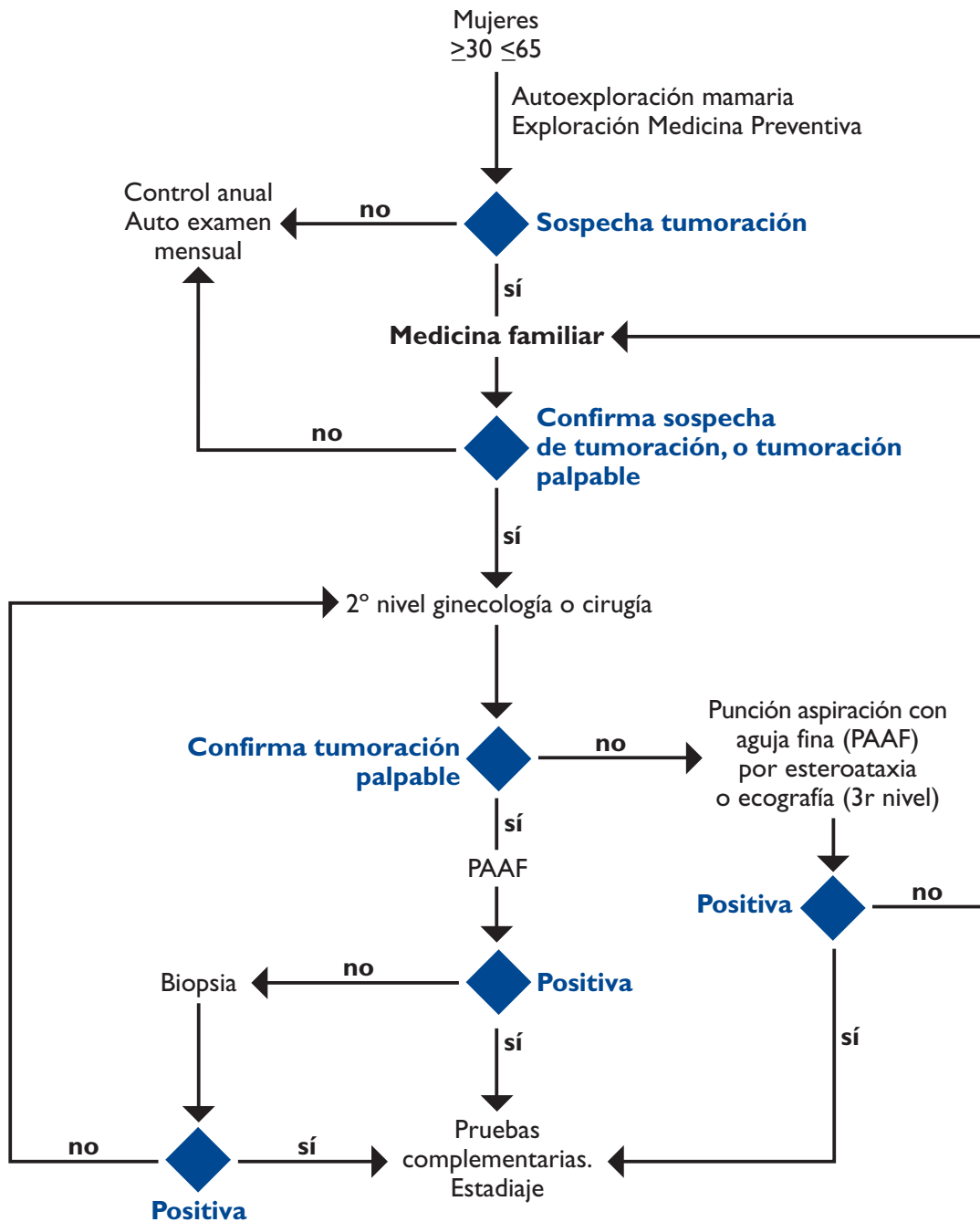
TABLA 4

Contenido de la guía de práctica clínica definitiva

Flujogramas - Los flujogramas o diagramas de flujo constituyen la representación gráfica de todo el proceso de atención. Contiene los pasos clave definidos en la guía, de una manera lógica y consecutiva y sin solución de continuidad entre ellos. Su objetivo es facilitar, de forma gráfica, las decisiones clínicas secuenciales (diagnósticas, terapéuticas o de otro tipo) que hay que tomar frente a un problema o situación concreta del proceso de atención (FIGURA 2).

Para la elaboración de flujogramas la comisión de redacción requerirá de apoyo metodológico específico.

FIGURA 2
Ejemplo de flujograma
del proceso de detección
precoz del cáncer de mama
en un país del ámbito
latinoamericano



Indicadores de evaluación - La comisión de redacción deberá construir, igualmente con el apoyo metodológico necesario, los indicadores que permitirán conocer el grado de aplicación de las recomendaciones contenidas en la guía.

Las fases que será preciso seguir en este proceso comprenden, en primer lugar, la delimitación de los ámbitos por evaluar y la identificación de la información que se considera más relevante, tanto en lo relativo al proceso de atención como a los resultados que se desee obtener. Posteriormente, se procede a la construcción de los indicadores.

El proceso de construcción de indicadores es complejo y se requieren conocimientos y una cierta experiencia. Por ello, se recomienda utilizar el esquema estructurado por la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (Joint Commission, 1990).

Este esquema incluye básicamente el enunciado del indicador, la definición de los términos utilizados en el mismo, el tipo de indicador, su utilidad como medida del aspecto de la atención que se monitoriza, el formato, las fuentes de datos, los posibles factores condicionantes de los resultados (internos o externos a la organización), así como los valores de referencia para una eventual comparación. En el **ANEXO 3** se incluye un ejemplo de formato adaptado de la Joint Commission para la construcción de indicadores.

Los indicadores de evaluación deben poseer las siguientes características:

- **Concretos:** bien definidos y descritos de forma clara y completa, con las especificaciones necesarias para asegurar la uniformidad de los datos recogidos.
- **Objetivos:** deben contar con criterios explícitos y evitar los que se basen en un juicio de valor subjetivo.
- **Válidos:** que midan lo que realmente quieren medir, en términos de precisión y exactitud.
- **Sensibles:** capaces de reflejar los cambios producidos en el proceso.

CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES

- *Concretos*
- *Objetivos*
- *Válidos*
- *Sensibles*
- *Específicos*
- *Relevantes*
- *Eficientes*
- *Explícitos*
- *Conocidos*

**EJEMPLO:
INDICADOR DE
DETECCIÓN REFERIDO
A LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL (HTA)**

$$\frac{\text{Número de casos nuevos de HTA detectados en un año} \times 100}{\text{Población adscrita}}$$

Este indicador aporta información sobre la efectividad de la estrategia de detección de casos de HTA, con el objetivo de iniciar precozmente medidas de control.

- Específicos: en el sentido que no estén influidos por factores externos contaminantes.
- Relevantes: deben reflejar aspectos importantes de la atención o del ámbito asistencial para el que han sido creados.
- Eficientes: que proporcionen información valiosa y no redundante. Debe evitarse la recogida de datos complicada y laboriosa.
- Explícitos: formulados por adelantado
- Conocidos: deben ser conocidos por el personal de salud cuya actividad va a ser evaluada y elaborados a partir de criterios consensuados con ellos.

Resumen operativo - Debido a que el documento de la guía definitiva va a contener un volumen considerable de información, es importante elaborar un resumen operativo de consulta rápida, que permita a los profesionales encontrar rápidamente aspectos concretos del proceso de atención.

Su objetivo principal es facilitar la labor a los diferentes profesionales en la práctica diaria. Deberá contener los principales aspectos de la guía. Como mínimo figurarán los criterios diagnósticos, las pautas de tratamiento y seguimiento, y los criterios de derivación, además de los que se consideren relevantes para cada GPC.

Requisitos mínimos para la implantación - En este apartado se definirán los aspectos mínimos imprescindibles para poder aplicar las principales recomendaciones contenidas en la guía, tanto en lo referente a recursos humanos como materiales, cambios organizativos, capacitación o incorporación de nuevas tecnologías. Se pueden presentar de forma genérica, pero mejor es asociarlos con cada una de las actividades contenidas en la guía, lo que facilita la valoración de su idoneidad.

Fecha de revisión de la guía - Habitualmente se propone que sea a los 2 años. En aquellas patologías en las que los avances científicos se producen con mayor celeridad, como el SIDA actualmente, la fecha de revisión suele ser de 1 año.

Anexos - Se incluirán materiales educativos, formularios que se aplicarán a pacientes o aquellos elementos que se estimen convenientes.

Una vez elaborados todos los apartados de la guía, la comisión de redacción la distribuye al equipo de trabajo para validar su contenido completo. Si se cree conveniente, se puede enviar también a otros expertos internos y/o externos a la organización para su revisión; sin embargo, se deberá valorar en cada caso el enlentecimiento del proceso que esto puede suponer.

Si se considera que las sugerencias recibidas merecen una corrección del contenido de la guía, la comisión podrá incorporarla directamente en el caso de pequeñas modificaciones, o a través de una nueva reunión del equipo de trabajo en caso de modificaciones mayores.

Elaboración del plan de necesidades

Una vez elaborada la guía definitiva, se procede a preparar el plan de necesidades para la implantación que recogerá los recursos adicionales o cambios que deberán realizarse en la organización para hacer posible la implantación de la guía en el ámbito operativo donde se vaya a aplicar.

El alcance del contenido irá en función de las actividades que se planteen en la misma y de las modificaciones sobre la práctica actual que se hayan de efectuar.

Para elaborar el plan de necesidades se describe cada actividad contenida en la guía y las necesidades para cada nivel asistencial donde deba realizarse dicha actividad, relativas a equipamiento, infraestructura, recursos materiales, recursos humanos, capacitación y cambios de organización. Para ello, puede utilizarse una matriz como la que se muestra en

Necesidades		Unidad de medicina familiar
Equipamiento		Un glucómetro compartido para todos los médicos de familia de la unidad
Infraestructura		
Recursos materiales		Cédula de detección de factores de riesgo para diabetes Revisar y actualizar presupuesto de tiras reactivas Lancetas y tiras reactivas
Recursos humanos		Se precisa asistente médico
Capacitación		Se precisará capacitación técnica para la detección de la glicemia capilar con reflectómetro
Organización		La asistente médico detectará a todos los mayores de 45 años y los remitirá al médico de familia para detección oportuna de diabetes

TABLA 5
Matriz de necesidades para la detección precoz de diabetes mellitus en una unidad del primer nivel de atención en un país latinoamericano

la **TABLA 5**, desarrollada para el plan de necesidades para la implantación de la guía de la diabetes *mellitus* en una unidad del primer nivel de atención en un país latinoamericano.

Finalmente, cuando el equipo de trabajo ha identificado todas las necesidades, la comisión de redacción, apoyada por un miembro del área económica de la organización, estimará los costes de cada necesidad.

Posteriormente, y teniendo en cuenta que los recursos disponibles suelen ser escasos, clasificará las actividades por orden de importancia clínica de forma que, en caso necesario, se pueda realizar una implantación gradual y progresiva de las recomendaciones de la guía.

Aprobación de la guía

La guía ya revisada y consensuada y el plan de necesidades elaborado se presentan a la dirección del centro y/o a los niveles oportunos de la organización para su aprobación definitiva.

La dirección deberá expresar su compromiso de cubrir las necesidades descritas en el plan, y tendrá que especificar plazos de cumplimiento y responsables. En caso de ser necesario por limitaciones presupuestarias, establecerá hasta qué nivel de cobertura de necesidades se puede comprometer, de manera que sea posible la implantación gradual de las diferentes actividades contenidas en la guía.

3 - Implantación de la guía de práctica clínica

Una vez aprobada la guía y obtenido el compromiso de la dirección sobre la cobertura de las necesidades previstas, será necesario preparar las condiciones para su implantación. Para ello, la comisión de redacción, junto con el equipo directivo, elaborará un plan de implantación.

El plan de implantación debe establecer en primer lugar el alcance, en el sentido de qué aspectos de la guía se van a implantar, de acuerdo a los compromisos establecidos por la dirección.

El plan debe definir responsables de la implantación, objetivos por alcanzar, sistema de incentivos para su implantación, difusión necesaria, capacitación y plan de evaluación.

Plan de implantación

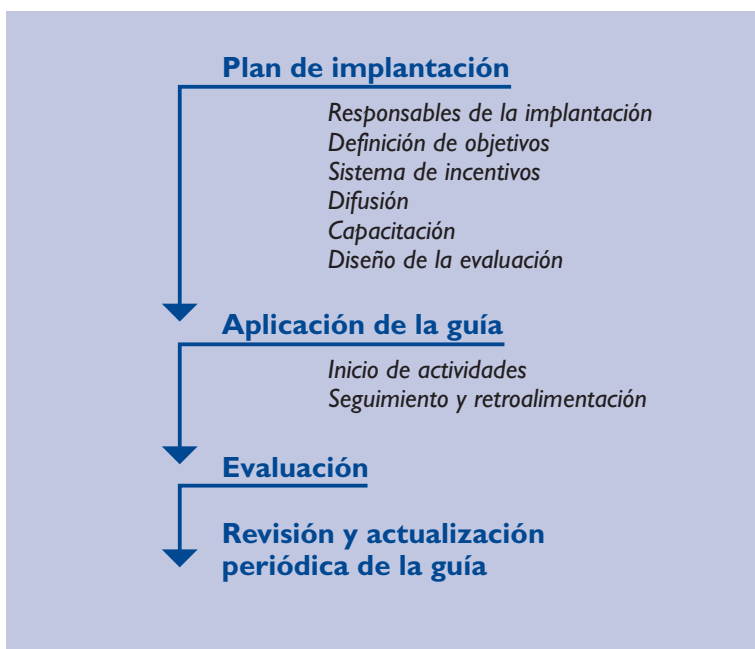


FIGURA 3
Esquema para la implantación de la guía de práctica clínica

CONTENIDOS DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN

- *Responsables*
- *Objetivos*
- *Incentivos*
- *Plan de difusión*
- *Capacitación*
- *Plan de evaluación*

Responsables de la implantación

Cada unidad operativa o centro donde se deba implantar la guía deberá nombrar a un líder o responsable de la implantación. Este responsable se encargará de comprobar que las necesidades de implantación están cubiertas, asegurar la difusión de la guía a todo el personal del centro o unidad, asegurar la capacitación de todos los profesionales implicados, organizar el inicio de la implantación, hacer el seguimiento y la evaluación y retroalimentar a todo el personal.

Definición de objetivos

Según lo establecido en el alcance de la implantación, y teniendo en cuenta los indicadores de evaluación incluidos en la guía, se deben definir objetivos concretos que se buscan alcanzar en cada actividad, con el fin de especificar los resultados esperados de la implantación y determinar los parámetros de evaluación de la misma.

Estos objetivos deberán comprender aspectos tanto del proceso de atención (aplicación de las recomendaciones de la guía), como de los resultados que hay que obtener, teniendo en cuenta que al principio será más fácil centrarse en el proceso, para ir paulatinamente incluyendo objetivos de resultados.

La fijación de objetivos se realizará, de manera consensuada con las unidades operativas, a partir de la situación actual de la actividad concreta (línea de base), en caso de disponer de dicha información. En caso contrario, podemos tomar como referencia valores estándares de la literatura.

Los objetivos se definirán por un periodo determinado, al final del cual serán evaluados y revisados, y se podrán fijar nuevos objetivos para el periodo siguiente.

Sistema de incentivos

Un aspecto que hay que considerar en la implantación de las guías es el refuerzo de las voluntades mediante la incentivación de los profesionales. Se trata de una actuación opcional que se puede aplicar en sistemas de salud en que la política de incentivación esté muy consolidada.

El sistema de incentivación debe ser conocido en detalle por los profesionales que van a aplicar la guía, antes del inicio de la implantación.

Los incentivos que será preciso aplicar pueden ser de carácter económico o no, dependiendo de las políticas y posibilidades de la organización. En todo caso, deben ir ligados al cumplimiento de objetivos, bien sea sobre el total de objetivos pactados o bien sobre un grupo seleccionado de los mismos como más relevantes para la organización.

Difusión

Antes de iniciar la implantación, se debe asegurar que la guía llegue a todo el personal de salud que deberá aplicarla. Existen múltiples estrategias de difusión que dependerán del ámbito de elaboración y aplicación, así como de los medios disponibles (Tunis y cols., 1994).

En las unidades operativas donde se deba implantar la guía, se recomiendan las siguientes iniciativas:

- Realizar una *presentación de la guía* con los aspectos más importantes de su aplicación a todo el personal de la unidad, con recepción de sugerencias o enmiendas que deberán valorarse.
- *Distribución de la guía*. En cada caso se definirá el número de ejemplares que se entregará y qué profesionales deben tener la máxima accesibilidad a la documentación. Lo más recomendable es entregar un resumen para cada uno de los profesionales médicos y de enfermería del centro o unidad, además de depositar un ejemplar completo para consulta de todo el personal. Cuando sea posible, se utilizará, además, algún tipo de soporte informatizado.

*Es importante asegurar la **difusión** de la GPC entre los profesionales que han de aplicarla*

Algunas estrategias posibles de difusión son:

Presentaciones al personal de salud

Distribución del documento

Visitas personalizadas

- *Visitas personalizadas* por parte de los responsables de la implantación, sobre todo si se detectan resistencias concretas.

En el caso de que se pretenda difundir la guía al resto de profesionales del sector, se pueden utilizar las siguientes estrategias, teniendo en cuenta que se asocia mayor efectividad a las estrategias de comunicación más complejas frente a las más sencillas:

- Presentaciones de la guía: en círculos académicos, en las actividades de formación continuada y en reuniones, pláticas y seminarios específicos
- Publicación en revistas profesionales
- Sistemas de difusión informatizados

Capacitación

La capacitación se hará tanto a líderes y responsables como al personal operativo

Todos los profesionales implicados en la implantación de la guía deben recibir capacitación para, asegurar por un lado, el proceso y, por otro, para poder aplicar sus recomendaciones, con las innovaciones o modificaciones que conlleven sobre su práctica habitual.

El plan de capacitación debe diseñarse para abordar dos grupos de profesionales diferenciados: líderes o responsables de la implantación y equipo directivo, así como personal de salud operativo.

Líderes o responsables de la implantación y equipo directivo -

En el proceso se pueden poner de manifiesto situaciones específicas que actúen como barreras y dificulten la aplicación eficaz de las guías. La existencia de estas barreras se suele asociar a aspectos referentes a las actitudes de profesionales y pacientes y a la limitación de recursos en algunos campos. Estas dificultades deben ser identificadas tempranamente para poder establecer las estrategias que nos permitan superarlas. Para ello, es necesario capacitar a los responsables o líderes de cualquier nivel en los elementos básicos de todo proceso de **gestión del cambio** en las organizaciones, que

son básicamente la identificación de los agentes del cambio, el análisis de la génesis de resistencias y los métodos para su neutralización.

La capacitación se realizará mediante técnicas interactivas que fomenten la discusión y la identificación grupal de los elementos que van a intervenir en aquella organización concreta durante todo el proceso de gestión del cambio.

Profesionales operativos - El segundo grupo lo constituyen los profesionales que van a tener que aplicar las recomendaciones de la guía. El objetivo en este caso es la transmisión de conocimientos técnicos relacionados con dichas recomendaciones. En algunos casos, además, se debe proceder a la capacitación en el uso de algunos procedimientos necesarios para la aplicación eficaz de la guía y conseguir los resultados esperados en salud.

Diseño de la evaluación

Otro elemento importante que es preciso diseñar antes de la implantación de la guía es el plan de evaluación, que debe ser explícito y conocido por todos los profesionales que van a aplicar la guía. Deberá evaluar dos aspectos diferenciados: el proceso de elaboración y difusión y el grado de cumplimiento de los objetivos de su aplicación.

El plan de evaluación de la implantación de la GPC debe ser explícito y conocido por todo el personal de salud implicado

Evaluación de la elaboración y difusión - El objetivo de esta evaluación es determinar si la metodología de elaboración y la difusión realizada han sido efectivas y si precisan alguna modificación para su adecuación en vista a las actualizaciones previstas de la guía elaborada y a la elaboración de futuras guías. Este tipo de evaluación se realiza habitualmente a los dos o tres meses de haber iniciado la implantación de la guía.

Sobre la **elaboración** deben evaluarse aspectos como la participación de los diferentes grupos de profesionales implicados y el grado de satisfacción de los mismos con el proceso. Sería deseable, además, conocer el interés de cada uno de los profesionales en participar en iniciativas similares, como indicador indirecto del grado de legitimidad que ha conseguido la metodología utilizada.

ELEMENTOS CLAVE DEL PLAN DE EVALUACIÓN

- *Objetivos*
- *Indicadores*
- *Fuentes de información*
- *Método de recogida de información de cada indicador*
- *Circuito de recopilación de datos*
- *Periodicidad de la evaluación*
- *Responsables de la evaluación*

Por lo que respecta a la **difusión**, la evaluación consistirá en comprobar si la información ha llegado a toda la población a la que estaba destinada, y se analizará, asimismo, si los destinatarios recibieron toda la documentación prevista y si la consideraron suficiente y adecuada.

Evaluación de objetivos de aplicación - En cuanto a la aplicación de la guía propiamente dicha, el plan de evaluación estará basado en los objetivos pactados y sus indicadores que, como se ha comentado en su momento, deben abarcar tanto aspectos del proceso de atención como de los resultados que se espera obtener. Asimismo, el plan deberá contemplar la posibilidad de que existan casos en los que ciertas condiciones específicas de los pacientes puedan justificar una práctica no ajustada completamente a las recomendaciones de la guía, por lo que deberán ser considerados como excepciones a su cumplimiento.

El plan debe ser dinámico y evaluable en sí mismo, de forma que pueda progresar a medida que mejoren los sistemas de información, se informaticen los centros y se fijen valores de referencia.

En el plan establecido se deben fijar con claridad los siguientes aspectos:

- Las fuentes de información
- El método de recopilación de información para cada indicador, dependiendo de la fuente de información (auditoría de expedientes, revisión de registros específicos, etc.)
- El circuito de recopilación de datos
- La periodicidad de la evaluación
- Los responsables de la evaluación

Una vez realizados todos los pasos anteriores, podríamos decir que existen las condiciones necesarias para que los profesionales utilicen y apliquen adecuadamente las recomendaciones de la guía en su práctica diaria.

Inicio de actividades

Lo primero que hay que hacer es fijar una fecha concreta para el inicio de las actividades según la guía, al que llamaremos día 0, o cualquier nombre que llame la atención tanto del personal del centro como de los pacientes. La identificación de esta fecha también facilitará la construcción de mensajes informativos para la población.

Una vez establecida la fecha para el día 0, el líder o responsable de la implantación debe asegurarse de que se han cubierto las necesidades identificadas y acordadas con la dirección, y de que se ha realizado la difusión y la capacitación previstas. Es decir, que los profesionales están capacitados y disponen de los recursos y documentación necesarios, y que están planificados los cambios organizativos correspondientes. Asimismo, comprobará que todo el personal del centro está en conocimiento de lo que se va a realizar y, en el caso de cambios de circuitos que afecten a los pacientes, de que existe el material informativo necesario y adecuado.

Seguimiento y retroalimentación

A partir de la fecha de inicio, el líder o responsable deberá gestionar las incidencias que se vayan suscitando en relación con la implantación de la GPC. Periódicamente se reunirá con los profesionales del nivel operativo para informar del avance de la implantación, para tratar los problemas que vayan apareciendo y para encontrar soluciones consensuadas a los mismos. Asimismo, es conveniente que presente un informe periódico a estos profesionales en el que se especifique el grado de alcance de los objetivos pactados.

Este retorno continuo de la información es uno de los aspectos fundamentales en el logro de la aplicación de las guías. Así, si el personal de salud conoce sistemáticamente cómo se desarrolla la asistencia en el grupo de pacientes de su responsabilidad, el grado de implantación de las guías y los problemas que van surgiendo, dispondrán de los elementos necesarios para poder adoptar medidas de mejora en el caso que corresponda.

Evaluación

El proceso de implantación de una GPC no se considerará completo si no se realiza la evaluación de la misma de acuerdo con el plan de evaluación previamente establecido.

¿Quién debe realizar la evaluación? La respuesta dependerá de la estructura y las políticas de la organización, pero sería deseable que cada unidad se evaluara a sí misma, mediante revisión cruzada entre profesionales, y que la función de los evaluadores externos fuera la de validar la evaluación efectuada.

Sea como sea, en general, las responsabilidades se reparten de la siguiente manera:

- La recopilación de información es función de los niveles operativos.
- El cálculo de los indicadores es una función de los niveles operativos con el apoyo metodológico necesario. Éstos explotarán la información según sus necesidades, para remitirla posteriormente a quien corresponda.
- El análisis de los resultados se realizará, de manera conjunta, entre el personal de salud operativo y los niveles directivos.
- La presentación y difusión de los resultados (retroalimentación) al conjunto del personal de salud será, igualmente, una función compartida entre los niveles operativos y directivos de la organización.
- Las medidas para la mejora se propondrán y realizarán en los niveles operativos, con el apoyo de los niveles directivos correspondientes.

Revisión y actualización periódica de la guía

Éste sería el último paso del proceso de implantación de una GPC, que, como ya se ha comentado, debe ser dinámico y nunca debe considerarse finalizado de una manera definitiva. Además del contenido, se revisarán todas y cada una de las fases del proceso según la periodicidad que se considere conveniente.

La revisión del contenido tiene por objeto valorar la adecuación de las recomendaciones que se incluyen, de acuerdo con los avances científicos que se van produciendo. Esta revisión debe llevarse a cabo con una periodicidad bianual como máximo y siempre que aparezcan aportaciones científicas relevantes. El grupo que elaboró inicialmente las guías será el responsable de la revisión de su contenido.

La revisión de la metodología de elaboración, las estrategias de implantación, el desarrollo de la aplicación y el sistema de evaluación tienen por objeto determinar si precisan alguna modificación que las haga más adecuadas.

4 - Factores clave para la elaboración e implantación de la guía de práctica clínica

A modo de resumen, para enfatizar los aspectos más importantes contenidos en esta guía metodológica, se comentan algunos factores que consideramos claves para lograr el éxito del proceso de elaboración e implantación de GPC.

- *Liderazgo y compromiso de la dirección de la organización.* La dirección de la organización debe liderar el proyecto de sistematización de las actividades clínicas. Debe promover, asimismo, la utilización sistemática de esta herramienta de gestión clínica como estrategia de mejora de la calidad de la atención, asumir los compromisos que ello comporta en cuanto a sus requerimientos de implantación y hacer frente, aunque sea de forma paulatina, al plan de necesidades.
- *Información y difusión del proyecto a todo el personal de salud de la organización.* Para que las GPC sean elaboradas e implantadas siguiendo esta guía metodológica es preciso que, primeramente, se garantice que toda la organización conoce el proyecto en que está inmersa y cuáles son sus objetivos.
- *Capacitación del personal de salud.* Los profesionales que participan en el proceso de elaboración de las guías deben ser capacitados en los contenidos de esta guía metodológica para asegurar que están en condiciones de aplicarla. Asimismo, los profesionales implicados en la implantación de las guías deben recibir capacitación sobre los aspectos clínicos desarrollados en las mismas, para posibilitar su aplicación adecuada.
- *La retroalimentación del personal de salud.* La retroalimentación de la información que se va produciendo sobre los avances y los resultados de la aplicación de la guía favorece la implicación de los profesionales participantes. Se crea un círculo de conocimiento que incentiva y refuerza la predisposición a la aplicación de la guía.

- *Relevancia de la patología que se pretende abordar.* Los profesionales deben percibir que se va a actuar sobre un proceso o patología relevante, sobre la que hay posibilidades de mejorar el proceso de atención.
- *Multidisciplinariedad.* El equipo de trabajo encargado de la elaboración de las GPC debe ser multidisciplinar, con participación de todos los estamentos implicados, ya que con ello se consigue incrementar el grado de coordinación entre el personal de salud y abordar al paciente desde una visión integral de la atención.
- *La implicación de todo el personal de salud que participa en el proceso de atención.* Todos los profesionales que van a aplicar la GPC han de sentir que forman parte de un proceso estratégico de la organización, para facilitar la implantación de las guías y reducir las resistencias.
- *Disponibilidad de recursos.* La GPC se acompaña de un plan de necesidades ordenado según la importancia clínica, cuya cobertura debe ser pactada con la dirección de la organización. Este aspecto es importante, ya que se debe asegurar la disponibilidad de los recursos al inicio de la implantación para mantener la credibilidad del proyecto y evitar frustraciones entre el personal de salud.
- *Sistema de evaluación.* La evaluación de las GPC forma parte esencial del proceso de implantación. Permite evidenciar las mejoras que se van produciendo en la atención y detectar los aspectos en los que se producen dificultades en su implantación. Debe realizarse de forma transparente, mediante el uso de indicadores concretos, válidos y relevantes.

Bibliografia

Bell DS, Fonarow GC, Hays RD y cols. Self-study from web-based and printed guideline materials. A randomised, controlled trial among resident physicians. *Ann Intern Med* 2000; 132 (12): 938-46.

Buglioli M, Ortún V. Decisión clínica. Cómo entenderla y mejorarla. Barcelona: Springer; 2000.

Cabana MD, Rand CS, Powe NR y cols. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282:1458-1465.

Carbonell JM, Suñol R, Colomé L, Nualart L, Guix J, Hernández R. Plan de Atención integrada: una apuesta por la coordinación interniveles a partir del consenso y de la medicina basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 321-326.

Eddy D.M. Practice Policies - what are they? *JAMA* 1990; 263: 877-80.

Ellrodt G, Cook J, Lee J, Cho M, Hunt D. Evidence-Based Disease Management. *JAMA* 1997; 278: 1687-92.

Fairfield G, Williams R. Clinical guidelines in the independent health care sector. *BMJ* 1996; 312: 1554-1555.

Field MJ, Lohr KN, editores. *Clinical Practice Guidelines: directions for a new program*. Washington, DC; National Academy Press, 1990.

Freeman G, Per H. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997; 314: 1870-1873.

Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-1322.

Hunter D, Fairfield G. Disease management. *BMJ* 1997; 315: 50-53.

Joint Commission. Primer on Indicator Development and Application. Measuring Quality in Health Care. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1990.

Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995; 105: 740-43.

Krumholz HM, Radford MJ, Ellerbeck EF y cols. Aspirin for secondary prevention after acute myocardial infarction in the elderly: prescribed use and outcomes. Ann Intern Med 1996; 124: 292-298.

Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y y cols. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction. National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998; 280: 623-629.

Lohr KN, Eleazer K, Mauskopf J. Health policy issues and applications for evidence-based medicine and clinical practice guidelines. Health Policy 1998; 46: 1-19.

Orton P. Shared care. Lancet 1994; 344: 1413-1415.

Ortún V. La economía en salud y medicina: instrumentos y limitaciones. Hogar del libro. Barcelona, 1992.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. 2ª ed. Londres: Churchill Livingstone, 2000.

Sheldon T A. Changing the measure of quality in the NHS: from purchasing activity to purchasing protocols. Editorial. Quality in Health Care 1993; 2:149-150.

Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J, Costa J, Nofuentes S, Prat J. Hacia la integración asistencial: modelo basado en la evidencia y sistema de gestión. Med Clin (Barc) 1999; 112 (supl. 1): 97-105.

Tunis Sr, Hayward RSA, Wilson MC, Rubin HR, Bass EB, Johnston M, Steinberg EP. Internists' attitudes about clinical practices guidelines. Ann Intern Med 1994; 120: 956-963.

Vigil Beneito M, Simón Llanes J, Glaria Navarro T y cols. Estudio de la disminución de la morbilidad a partir de la protocolización y control de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo. XIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Tenerife, 1999.

Worral G, Chaulk P, Freaque D. The effects of clinical practice guidelines on patients outcomes in primary care: a systematic review. Can Med Assoc J 1997; 156: 1705-1712.

Anexos

Anexo I - Criterios para la valoración de guías de práctica clínica

Los aspectos clinicoprácticos de las GPC merecen ser evaluados para conocer su **aplicabilidad y utilidad**. A continuación se formulan una serie de criterios como preguntas para valorar la calidad antes de su utilización.

¿Son prácticas y clínicamente importantes las recomendaciones contenidas en la guía?

Las recomendaciones deben proporcionar consejo práctico sobre la condición clínica a la que se refieren. Las actividades propuestas (referentes a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control, y rehabilitación) deben estar descritas de forma precisa. Sus contenidos deben convencer al personal de salud de que las ventajas de seguir las recomendaciones superan los inconvenientes y los costes de su aplicación.

¿Qué grado de confianza merecen las recomendaciones efectuadas?

Las recomendaciones deben ir acompañadas del grado de evidencia. Las referencias bibliográficas deben formar parte de la guía, así como la identificación de los profesionales que han participado en su elaboración.

¿Se valora cuál es el posible impacto de la incertidumbre asociada a la evidencia?

Los autores deben tener en cuenta la posibilidad de que el efecto de una determinada actividad sea superior o inferior a la estimada en la revisión bibliográfica, especialmente en los casos de evidencia de carácter débil.

¿El propósito de la GPC se ajusta a la utilización que se pretende hacer de ella?

La GPC puede haber sido elaborada para contribuir a la toma de decisiones clínicas, pero también puede utilizarse para evaluar la calidad de la atención o para establecer límites a las intervenciones de los profesionales. En cualquier caso, el objetivo debe ser explícito.

¿Las recomendaciones son aplicables a los pacientes y al contexto en que se debe implantar la GPC?

La GPC debe describir las intervenciones propuestas de forma que puedan ser aplicadas. Asimismo, debe proporcionar información para poder valorar si un paciente concreto debe formar parte del grupo al que se le aplique la guía, y hacer explícitos los criterios de inclusión de los pacientes.

¿La presentación de la guía es clara y precisa?

La estructura y el formato de la GPC debe contribuir a la implantación de sus contenidos. Las recomendaciones deben ser claras y redactadas de forma precisa. Los algoritmos pueden facilitar su comprensión y contribuir a una mayor utilización. Tanto la extensión del documento como el lenguaje utilizado deben ser adecuados al público al que va dirigido.

Anexo 2 - Clasificación de los niveles de evidencia y de las recomendaciones

La clasificación de los niveles de evidencia de las publicaciones científicas y, como consecuencia, de las recomendaciones que de ellos emanan está en función del diseño de los diferentes estudios.

Clasificación de la evidencia según tipo de estudio

Nivel I

- Metaanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados
- Ensayos clínicos controlados y aleatorizados de muestra grande
- Ensayos clínicos controlados y aleatorizados de muestra pequeña

Nivel II

- Ensayos prospectivos controlados no aleatorizados
- Estudios de cohortes
- Estudios de casos y controles

Nivel III

- Estudios descriptivos
- Series de casos
- Comités de expertos, consenso de profesionales
- Anécdotas, “a propósito de un caso”

Calidad de la evidencia

A - Calidad buena

Directamente basada en evidencias de nivel I.

B - Calidad regular

Directamente basada en evidencias de nivel II o extrapolada de evidencias de nivel I.

C - Calidad mala

Directamente basada en evidencias de nivel III o extrapolada de evidencias de nivel I y II.

Solidez de las recomendaciones

Buena

Existe adecuada evidencia científica para recomendar o desaconsejar la adopción de la tecnología.

Regular

Existe cierta evidencia científica para recomendar o desaconsejar la adopción de la tecnología.

Mala

Existe insuficiente evidencia científica para recomendar o desaconsejar la adopción de la tecnología.

Anexo 3 - Ejemplo de formulario para la construcción de indicadores

Nombre del indicador

Actividad que mide

Ámbito

Tipo de indicador

Descripción

Fórmula

Descripción del numerador

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

Descripción del denominador

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

Fuentes de datos

Numerador

Denominador

Estándar

Factores condicionantes

Validez y evaluación

Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

G u í a m e t o d o l ó g i c a

Es indiscutible que los sistemas de salud han contribuido a la mejora de la salud de la población. A pesar de ello, la forma en que se organiza y se presta la atención a la salud dista mucho de ser ideal, y por ello se producen situaciones que conllevan una pérdida en la eficacia y eficiencia potencial de las intervenciones. El análisis del continuo asistencial, basado en criterios de calidad, en mejores conocimientos sobre salud y economía de la salud, permite identificar diversos aspectos susceptibles de mejora en la organización, financiación y gestión de la salud. Como respuesta se han introducido distintas herramientas aplicables a los diferentes ámbitos y, entre ellas, algunas que inciden directamente en aspectos clínicos: los protocolos clínicos de actuación y las guías de práctica clínica (GPC). Estos instrumentos pretenden acercar la gestión a la práctica clínica y, de esta manera, mejorar la implicación del personal de salud en las tareas de gestión.

Esta guía metodológica pretende contribuir a la mejora de la gestión clínica en la práctica y está dirigida a todo aquel personal de salud que participa en procesos de sistematización de las actividades clínicas. El documento, tras una breve presentación de las GPC, de sus objetivos y relevancia, se centra en los pasos necesarios para el desarrollo e implantación de guías de prácticas clínica en distintos niveles de un sistema de salud. La características fundamentales de la metodología propuesta son su visión integral de la atención a la salud, el desarrollo de la guía a través de un proceso participativo y la integración de la evidencia científica. Se pone énfasis en la planificación de la implantación, así como en la evaluación continua del proceso.