
Informe Final de Evaluación

Evaluación de la Difusión e Implementación de
las Guías de Práctica Clínica

Noviembre 2012



ARAPAU
y Asociados

Índice

1	Introducción	4
2	Metodología	5
	Tipo de análisis y alcance del mismo	6
3	Resultados	7
	Objetivo 1: Análisis de GPC.....	7
	Características Principales	7
	Aciertos y Debilidades	12
	Análisis crítico sobre el número de GPC.....	16
	Alineación entre GPC y el perfil epidemiológico de la población.....	21
	Resultados de las entrevistas a autoridades federales encargadas de la elaboración de GPC.	24
	Objetivo 2: Distribución de GPC	28
	Resultados globales sobre distribución de GPC	28
	Resultados en primer nivel sobre distribución de GPC	29
	Resultados en segundo nivel sobre distribución de GPC	29
	Conclusiones sobre distribución de GPC	30
	Objetivo 3: Conocimiento de GPC	31
	Resultados globales sobre conocimiento de GPC	31
	Resultados en primer nivel sobre conocimiento de GPC	32
	Resultados en segundo nivel de conocimiento de GPC	33
	Conclusiones sobre el conocimiento de GPC	34
	Objetivo 4: Capacitación de GPC.....	35
	Resultados globales sobre capacitación de GPC	35
	Resultados en primer nivel sobre capacitación de GPC	37
	Resultados en segundo nivel de capacitación de GPC	38
	Conclusiones sobre capacitación de GPC	38
	Objetivo 5: Percepción de GPC.....	40
	Resultados globales sobre percepción de GPC.....	40
	Resultados en primer nivel sobre percepción de GPC	41
	Resultados en segundo nivel sobre percepción de GPC.....	41

Conclusiones sobre percepción de GPC	42
Objetivo 6: Difusión e Implementación de GPC	43
Resultados de entrevistas con autoridades federales sobre difusión e implementación de GPC	43
Resultados globales sobre difusión e implementación de GPC	45
Resultados en primer nivel sobre difusión e implementación de GPC	49
Resultados en segundo nivel sobre difusión e implementación de GPC	49
Conclusiones sobre difusión e implementación de GPC	50
Objetivo 7: Utilización de GPC.....	51
Resultados en primer nivel sobre utilización de GPC.....	54
Resultados en segundo nivel sobre utilización de GPC	55
Conclusiones sobre utilización de GPC.....	56
Análisis Cualitativo de Resultados	57
Análisis de Ruta Crítica	57
Análisis FODA.....	63
4 Conclusiones y Recomendaciones.....	65
Agradecimiento	66
5 Bibliografía.....	67

1 Introducción

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) elaboradas por el Sistema Nacional de Salud en México tienen el objetivo de mejorar la calidad de los sistemas de salud, disminuir la heterogeneidad de la atención médica y hacer más eficiente el uso de recursos, ya que la GPC contiene una serie de recomendaciones basadas en evidencia científica actualizada.

El objetivo principal de las GPC se ha logrado en cierta medida debido a la variabilidad en los resultados de los procesos de difusión, capacitación e implantación. Por ello fue necesario realizar una evaluación de las etapas del proyecto de GPC en México y de los actores que intervienen para conocer las fortalezas, las áreas de oportunidad y debilidades del mismo.

Se buscó analizar la estrategia empleada por el Sistema Nacional de Salud, las condiciones en las que se realizó la elaboración de las GPC y las etapas de este proceso, cómo se distribuyen y el porcentaje de población objetivo que las conoce, revisar el sistema de GPC en otros países con experiencias similares así como el apego a las recomendaciones de las GPC por las unidades de primer y segundo nivel.

Dentro de la evaluación se efectuó un extenso trabajo de campo en el cual se visitaron unidades de primer y segundo nivel en diferentes estados de la República Mexicana. Dentro de estas unidades médicas se entrevistaron a médicos y a los encargados de difusión de las GPC. Además, se revisaron expedientes clínicos de diferentes patologías para poder analizar el apego que se tiene a las recomendaciones hechas por las GPC. La evaluación se enriqueció agregando un componente de gabinete para aportar información relacionada con el proceso de elaboración de las GPC.

El presente documento muestra los principales hallazgos derivados de esta evaluación, a partir de los cuales se generan una serie de observaciones y recomendaciones para superar las barreras encontradas, fortalecer los resultados alcanzados y aprovechar las áreas de oportunidad, de tal manera que se facilite la toma de decisiones respecto a la mejor ruta a seguir para el funcionamiento óptimo del proyecto.

2 Metodología

La muestra de unidades de primer y segundo nivel fue de 480, 400 unidades de primer nivel y 80 de segundo nivel pertenecientes a las tres principales instituciones de salud: Servicios Estatales de Salud (SESA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La mayoría de las unidades que conformaron la muestra fueron centros de atención de primer nivel pertenecientes a los SESA (Cuadro 1)

Cuadro 1. Distribución de unidades por nivel e institución

Institución	Muestra de unidades	
	Primer Nivel	Segundo Nivel
IMSS	69	11
ISSSTE	40	11
SESA	291	58
Total	400	80

En cinco unidades no se pudo obtener la información requerida, debido a que no se encontraban las autoridades pertinentes. Estas unidades se encontraban ubicadas en Guanajuato (2), Tabasco (2) y Jalisco (1). Además, existió la necesidad de sustituir dos unidades, una que se encontraba en remodelación y en otra el oficio estaba expedido a una unidad diferente a la especificada en la ruta.

Expedientes y Entrevistas Faltantes

En general, la recolección de información del expediente clínico en el primer nivel de atención fue buena, en ninguna de las patologías faltaron más de 20 expedientes. En donde existieron mayores problemas fue en la recolección de información de expedientes hospitalarios de endometriosis. De la muestra total de 400 expedientes planeados, sólo se pudo recabar información de 205 de ellos. La distribución de expedientes faltantes por nivel de atención y GPC seleccionada se muestra en el cuadro 2.

En el caso de las entrevistas a médicos y encargados, así como en la aplicación de las listas de cotejo correspondientes, se tuvo una tasa de cumplimiento de 97%. La principal causa para no completar totalmente las entrevistas a los médicos fue la insuficiencia de personal. En lo que concierne a las listas de cotejo, no se pudieron realizar 11 debido a la falta de tiempo por parte del personal entrevistado (Cuadro 2).

Es importante mencionar que, en todos los casos, se cuenta con documentación que certifica los esfuerzos realizados para el cumplimiento total de la aplicación programada, además de que el proyecto fue supervisado permanentemente por el personal de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, a fin de verificar que el estudio fuera ejecutado conforme a lo planeado.

Cuadro 2: Total de instrumentos faltantes por nivel de atención.

Expedientes Faltantes	Entrevista al Encargado	Lista de Cotejo	Entrevista a Médicos	Atención Prenatal	Diabetes Mellitus Tipo 2	Hipertensión Arterial	Neumonía Adquirida en la Comunidad	Endometriosis	Diagnóstico y Manejo de la Neuropatía y Pie Diabético
Primer Nivel	9	10	30	20	14	14			
Segundo Nivel	1	1	3				12	195	5
Total	10	11	33	20	14	14	12	195	5

Fuente: Elaboración propia

Tipo de análisis y alcance del mismo

Se realizaron análisis estadísticos y de planeación estratégica para proporcionar información necesaria para la implantación de acciones y medidas correctivas para hacer mejoras en el proyecto y fortalecer los aspectos positivos.

Los análisis de frecuencia, estadística descriptiva y el coeficiente de correlación se realizaron en dos etapas: en la primera, se analizaron los datos globales para tener una perspectiva nacional del funcionamiento de la estrategia; en la segunda se dividieron los datos por Institución y por unidades de primer y segundo nivel con la finalidad de analizar si existe alguna correlación entre los resultados del proyecto y las instituciones.

Se realizaron correlaciones entre variables como la edad, sexo y antigüedad de los entrevistados, con respecto a sus principales respuestas, se observó que no existe evidencia estadística de que estas variables tengan alguna incidencia en las respuestas de los entrevistados.

En el análisis cualitativo se hizo uso de dos herramientas importantes: el análisis FODA y el análisis de ruta crítica. En el proceso de análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, análisis FODA, se consideraron los factores económicos, políticos, sociales y culturales. La previsión de estas oportunidades y amenazas permitió construir escenarios que esperamos permitan a las diferentes Instituciones reorientar la estrategia de difusión, capacitación e implantación de las Guías de Práctica Clínica.

El análisis de ruta crítica consistió en una revisión de los procesos administrativos de todas y cada una de las etapas que componen el proyecto de las GPC que debe desarrollarse durante un tiempo crítico y al costo óptimo. Se buscó obtener el mejor camino a seguir con los recursos administrativos, humanos, de tiempo y económicos disponibles, y determinar las áreas de oportunidad de la ruta seguida en el proyecto hasta la fecha.

3 Resultados

En esta sección se presentan los resultados de la evaluación. La presentación de resultados se divide en siete apartados, uno por cada objetivo de la evaluación.

Objetivo 1: Análisis de GPC

El objetivo 1 del presente estudio consistió en realizar un análisis crítico y un diagnóstico completo sobre los aciertos y las debilidades en el proceso de elaboración y actualización de las GPC.

El cumplimiento del objetivo 1 consistió de dos partes. En una primera instancia se llevó a cabo el trabajo de gabinete correspondiente para determinar las características principales de las GPC, los aciertos y debilidades en su elaboración, un análisis crítico sobre el número de GPC existentes y la alineación entre las GPC y el perfil epidemiológico de la población. La segunda parte del cumplimiento consistió en entrevistas semi-estructuradas a autoridades federales relevantes en cuanto al tema de elaboración de GPC.

Características Principales

Características de las GPC.

Uno de los problemas que enfrenta el médico en la práctica, es la falta de información actualizada sobre patologías específicas, técnicas de diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Entre las causas de la falta de información se encuentran el desconocimiento de publicaciones recientes y la dificultad para encontrar y acceder a esta información.

El objetivo de la elaboración de las GPC es fortalecer y apoyar el criterio médico para la toma de decisiones clínico-terapéuticas, ya que éstas se componen por una serie de recomendaciones, sobre una patología, que tienen sustento científico.

Para que las GPC sean útiles, deben estar respaldadas por evidencia científica actualizada y validada y el formato debe ser amigable, de tal manera que la consulta se realice de forma ágil. De acuerdo a lineamientos internacionales, el plan de trabajo para la elaboración debe ser similar a un protocolo de investigación y debe apegarse al método científico.

En el Cuadro 3 se muestran las partes que componen la GPC, así como los elementos que deben contener según los lineamientos contenidos en el documento “Elaboración de Guía de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud”:

Cuadro 3. Partes y elementos de las Guías de Práctica Clínica

Elementos que componen la Guía de Práctica clínica		
Introducción	Método	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> ● Alcance ● Enfermedad/ Condición ● Categoría ● Especialidad clínica ● Usuarios ● Objetivo ● Población objetivo ● Intervenciones y prácticas consideradas ● Principales desenlaces considerados 	<ul style="list-style-type: none"> ● Descripción de los métodos que se utilizaron para la recolección de datos, análisis de evidencia, formulación de recomendaciones y validación de la GPC. ● Número de documentos fuente. ● Esquema de clasificación para la fortaleza de la evidencia. ● Análisis de costo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recomendaciones ● Algoritmo clínico ● Evidencias que sustentan las recomendaciones ● Beneficios y daños potenciales resultantes de implementar las recomendaciones ● Contraindicaciones ● Calidad ● Implementación de la Guía

Fuente: Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guía de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto de Ciencias de la Salud-I + CS; 2007, Guías de Práctica Clínica en el SNS: I + CS No. 2006/OI

Diferencia entre GPC, protocolo de atención y Norma Oficial.

Es necesario definir y diferenciar las GPC de las Normas Oficiales y los protocolos de atención, debido a que algunos usuarios confunden estos conceptos.

Las GPC son una *serie de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria apropiada*, mientras que un *protocolo de atención es un documento definido por una secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a un problema de salud o área a mejorar en un entorno determinado, el cual permite poca o ninguna variación de las acciones y su utilización se orienta más hacia aspectos de carácter normativo y administrativo*. Finalmente, la Norma Oficial se refiere a la regulación técnica de *observancia obligatoria* expedida por las dependencias competentes.

En el Cuadro 4 se muestran las principales diferencias entre las GPC, las Normas Oficiales y los protocolos de atención.

Cuadro 4. Diferencias entre las GPC, las Normas Oficiales y los Protocolos de Atención

Principales Diferencias	GPC	Protocolo de Atención	Norma Oficial
Nivel de Aplicación	Recomendación	Dependiendo de las necesidades	Obligatorio
Actualización	De 3 a 5 años	Dependiendo de las necesidades	No existe un periodo de tiempo establecido
Bibliografía	Medicina basada en evidencia científica actualizada	Diversas fuentes que no necesariamente cuenten con evidencia científica actualizada	Diversas fuentes que no necesariamente cuenten con evidencia científica actualizada

Fuente: Elaboración propia con base en : Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guía de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto de Ciencias de la Salud-I + CS; 2007, Guías de Práctica Clínica en el SNS: I + CS No. 2006/OI; <http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Paginas/Marco-Juridico.aspx>.

Elección de temas

Los temas que se consideran para desarrollar las GPC en el Sistema Nacional de Salud son tomados de las principales fuentes de información epidemiológica en salud de México de acuerdo a los siguientes elementos: pertinencia, magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y evaluación económica.

Dado lo anterior, se seleccionan y priorizan aquellos temas que tengan una mayor demanda de atención médica, mayor variabilidad de tratamiento y un mayor gasto público. Entonces, el objetivo de las GPC es realizar recomendaciones que disminuyan los riesgos, mejoren resultados y reduzcan los costos generados por duplicidad de acciones en salud.

Para delimitar los temas a desarrollar en las GPC, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 revisa las necesidades de:

- Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del Sistema de Protección Social en Salud.
- Seguro Médico Para Una Nueva Generación.
- Programas y prioridades nacionales, e Institucionales.
- La incidencia, prevalencia, mortalidad general y específica en conjunto con las causas de consulta general y por especialidad.
- Necesidades regionales y estatales.

Posteriormente, se definen los alcances y perspectivas de las GPC de acuerdo a la población objetivo, procesos asistenciales y tipo de apoyo que brindará a la práctica médica. Actualmente, se cuenta con 512 GPC en el catálogo maestro.

Aunque existen GPC que son elaboradas desde cero, en general, el plan de trabajo se desarrolla en dos etapas: adopción y adaptación de GPC existentes al escenario nacional. Además, se debe revisar que la evidencia

científica de las GPC que se van adoptar y adaptar sea actualizada y verídica. Para que las guías puedan influir en la práctica profesional es necesario que las recomendaciones respondan a las necesidades de la población objetivo y se adapten al escenario de está.

El equipo de trabajo debe ser multidisciplinario, es decir, la elaboración debe realizarse por un grupo de expertos en metodología para asegurar la calidad no sólo en la elaboración sino en el contenido.

Un insumo importante para el proceso de adaptación son las preguntas clínicas generadas en coordinación con las áreas clínicas relevantes en el marco de alcance de las GPC, debido a que las recomendaciones que contienen las GPC están en función de éstas.

La Institución responsable de la coordinación de la elaboración de las GPC es el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC). Sin embargo, en el logro de publicar una guía intervienen diferentes actores:

- El Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica
- El Grupo Estratégico de Trabajo de Guías de Práctica Clínica
- El Centro de Coordinación para el Desarrollo de Guías De Práctica Clínica
- La Unidad de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.

Protocolo de búsqueda y validación de la información

En el protocolo de búsqueda se identifican las fuentes primarias de información, como bases de datos, y las fuentes secundarias, como pueden ser las GPC elaboradas y validadas por organismos internacionalmente reconocidos.

Se seleccionan las bases de datos de acuerdo a lo temas que conforman las GPC y al tipo de publicación que se busca. El CENETEC recomienda¹ que se defina la consulta inicial tomando en cuenta el problema a estudiar y el tipo de análisis a realizar.

Para realizar una búsqueda adecuada tanto de las bases de datos como de la evidencia científica, se definen preguntas claves o términos específicos que ayudan a acotar los resultados. En cuanto a los criterios de búsqueda de la bibliografía se definen criterios de inclusión y de exclusión de los estudios que se tomarán en cuenta, estos pueden ser clínicos y metodológicos.

Una fuente secundaria de búsqueda son las GPC de alta calidad, ya que algunas pueden contener la evidencia científica que se desea validar. Las principales fuentes a consultar son:

- Organismo recopiladores, por ejemplo, National Guideline Clearinghouse.
- Organismos elaboradores de GPC, por ejemplo, National Institute for Clinical Excellence en el Reino Unido.
- Centros de metodología, por ejemplo, Guideline International Network.

¹ Manual Metodológico para la Integración de Guías de Práctica Clínica.

- Bases de datos generales de consulta.

En términos de calidad metodológica, la evaluación de la información localizada es indispensable, ya que el grado de validez de las recomendaciones está sustentado en la evidencia científica (bibliografía). En el Cuadro 5 se describen los elementos que se toman en cuenta para la evaluación.

Cuadro 5. Elemento de la evaluación de evidencia científica

Nombre del Componente	Descripción
Validez Interna	Análisis de diseño y rigor metodológico de los estudios a evaluar.
Resultados	Se evalúa que los resultados sean estadísticamente confiables.
Aplicabilidad	Mide el grado de aplicación de las recomendaciones en distinto tipos de pacientes.

Fuente: Elaboración propia

Una herramienta adicional para evaluar las fuentes primarias de información es el método SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, por sus siglas en inglés), debido a que proporciona un sistema sencillo para valorar la calidad general de los estudios según la capacidad de minimizar su riesgo de sesgo. El instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation, por sus siglas en inglés) es de utilidad para evaluar las fuentes secundarias de información ya que mide la metodología de las GPC.

Diseño y formato editorial

Las GPC mexicanas pueden ser consultadas de distintas formas, primordialmente en formato electrónico, mismo que puede ser impreso por los usuarios respetando las condiciones de autoría y propiedad intelectual.

Para cada GPC se recomiendan cuatro versiones complementarias:

1. *Guía completa de Práctica Clínica*: es el documento que contiene todos los detalles y la evidencia empleada en el proceso de creación.
2. *Guía Abreviada de Práctica Clínica*: contiene todas las recomendaciones que se ofrecen en la guía completa, sin los métodos detallados ni las tablas de evidencia.
3. *Guía de Referencia Rápida de Práctica Clínica*: la guía de referencia rápida, o de bolsillo, representa el formato más útil para el usuario final.
4. *Información para el público*: información que se presenta de forma tal que lectores con poco o ningún conocimiento médico puedan comprenderlo.

Cabe mencionar que las GPC elaboradas por el Sistema Nacional de Salud sólo se publican en los formatos 1 y 3.

Aciertos y Debilidades

Como se ha mencionado con anterioridad, el propósito de las GPC es definir diferentes acercamientos para el manejo de alguna patología específica y de esta forma auxiliar al médico en la toma de decisiones.

Por lo tanto, es necesario analizar en qué medida las GPC son una herramienta útil para el profesional de la salud y cuáles son las áreas de oportunidad que deben mejorar. Para este propósito se seleccionaron 10 GPC, las cuales se enlistan a continuación:

1. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención.
2. Diagnóstico, Metas de Control Ambulatorio y Referencia Oportuna de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de Atención.
3. Prevención, Diagnóstico Oportuno del Cáncer de Mama en el Primer Nivel de Atención.
4. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer Nivel de Atención.
5. Manejo de Pacientes Adultos con Ascitis debida a Cirrosis Hepática.
6. Prevención Secundaria, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia de la Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica.
7. Control Prenatal con Enfoque de Riesgo.
8. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
9. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos.
10. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana.

Se evaluaron los dos formatos existentes de cada una de las GPC, tanto el formato de *Evidencias y Recomendaciones*, como en el formato de *Guía de Referencia Rápida*. Apoyamos este ejercicio con la aplicación del instrumento *AGREE*, que es un documento genérico con aplicación sobre las GPC, y los distintos aspectos que puede tener una misma patología, por ejemplo: promoción a la salud, tratamiento, o cualquier tipo de intervención.

Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE)

La colaboración AGREE es una red internacional de investigadores y gestores que pretenden mejorar la calidad y eficacia de las GPC estableciendo un marco común para su desarrollo, información y evaluación.

El instrumento AGREE nace como respuesta a la calidad variable de las GPC, sirve para evaluar el proceso de desarrollo de una GPC y la calidad de la metodología. Puede ser utilizado para realizar una evaluación formal en el ámbito de elaboración de GPC.

El objetivo del instrumento AGREE es ofrecer un marco de referencia básico para evaluar la calidad de las GPC. La evaluación de la calidad se mide de acuerdo a la confianza de los sesgos estadísticos y de información, también se evalúa que las recomendaciones sean validadas tanto por organismos internos como externos.

Dentro del proceso de evaluación se debe tomar en cuenta aquellos aspectos que puedan afectar los resultados de las GPC, como son: juicios acerca del método utilizado en la elaboración de las GPC, contenido de las recomendaciones finales y factores de aceptación en campo de las GPC. Es importante destacar que este instrumento no valora el beneficio que los pacientes obtienen de las recomendaciones de las GPC.

Los principales puntos que se evalúan son:

- La calidad metodológica con la que han sido elaboradas las GPC.
- El propósito general de las GPC, las preguntas clínicas o la condición clínica que se pretende abordar.
- La participación de la población diana: especialistas que participan en la elaboración y validación de usuarios y pacientes, ambos piezas clave en el proceso.
- El rigor metodológico para obtención y selección de los artículos, síntesis de los resultados y como estos derivan en recomendaciones finales.
- Qué la guía tenga una evaluación externa realizada por expertos ajenos al proceso de elaboración.
- El protocolo que se plantea para realizar la actualización de la guía.
- La facilidad, precisión y claridad con la que se presentan las recomendaciones y las distintas opciones terapéuticas.
- La identificación de barreras de organización e impacto económico para la implantación de las recomendaciones en el sistema de salud.
- La existencia de herramientas complementarias que faciliten la aplicación de las GPC en la práctica diaria.
- Disponibilidad de elementos o indicadores clave que permitan medir la adherencia a las recomendaciones.
- La independencia del grupo editorial que desarrolla las GPC con respecto a la entidad que la financia, así como la presencia de declaración de conflicto de interés por los miembros colaboradores.

El instrumento AGREE está desarrollado para evaluar tanto las GPC existentes, las actualizaciones que se realicen y también las guías de reciente creación. Es importante mencionar que este instrumento tiene validez internacional, ya que fue desarrollado y aprobado por la Unión Europea y la OMS. Asimismo, es imprescindible mencionar que el grupo de trabajo en materia de desarrollo de las GPC en el Sistema Nacional de Salud usa este instrumento como herramienta para sus procesos de validación interna

Metodología

Antes de comenzar la evaluación, se identificó toda la información relativa al proceso de elaboración de la guía (documentos oficiales e información recopilada a través de entrevistas a personal clave en el proceso de elaboración de GPC). Para poder llevar a cabo esta evaluación se utilizó el instrumento AGREE en dos versiones:

1. The AGREE collaboration. AGREE Instrument Spanish version (disponible en www.agreecolaboration.org).
2. Evaluación de la calidad de GPC instrumento AGREE (versión reducida).

Se realizó la revisión de cada una de las 10 guías mencionadas, tomando en consideración la estructura y el contenido del instrumento AGREE. La escala de respuesta posible a otorgar en cada ítem, está graduada como sigue:

- 4 - Muy de acuerdo
- 3 - De acuerdo
- 2 - En desacuerdo
- 1 - Muy en desacuerdo

Existen algunas preguntas en las que la escala de respuesta cambia a que tan *De acuerdo* o *Desacuerdo*. En este rubro entran los siguientes puntos: criterios, información clara y cumplimiento de las recomendaciones.

La puntuación otorgada en las distintas áreas de exploración del instrumento se considera siempre de manera independiente, sin ser agregadas a una única puntuación de calidad. Esto permite que las puntuaciones de las áreas se comparen; sin embargo, esto no permite evaluar si la guía es buena o mala en términos generales. Por esto, el instrumento contiene una "*Evaluación Global*" que permite calificar la calidad de las GPC en las siguientes escalas:

- Muy recomendada
- Recomendada con modificaciones
- No recomendada
- No se sabe

En el Cuadro 6 se muestra un ejemplo del Instrumento AGREE versión reducida.

Cuadro 6. Ejemplo de instrumento AGREE

**Anexo 1. Evaluación de la Calidad de GPC.
Instrumento AGREE (versión reducida)**

Guía: _____ Evaluador: _____

ALCANCE Y OBJETIVOS						
	Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo
1. Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
2. Los aspectos clínicos cubiertos por la guía están específicamente descritos	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS						
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
RIGOR DE LA ELABORACION						
8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia científica	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
9. Los criterios para seleccionar la evidencia científica se describen con claridad	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias científicas en las que se basan	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
CLARIDAD Y PRESENTACION						
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
18. La guía está apoyada con herramientas para su aplicación	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
APLICABILIDAD						
19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar la monitorización o la auditoría	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
INDEPENDENCIA EDITORIAL						
22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
23. Se han registrado los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo	Muy de acuerdo					Muy en desacuerdo
EVALUACION GLOBAL						
¿Recomendarías esta guía para su uso en la práctica?						
Muy recomendada						
Recomendada (con condiciones o modificaciones)						
No recomendada						
No se sabe						

Resultado de las GPC analizadas

Tras la evaluación de las GPC, se logró identificar que la sección de *aplicabilidad y participación de los implicados* fueron las que mayor variabilidad presentaron en los resultados. La sección de aplicabilidad contempla los siguientes ítems: se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones, han sido considerados los costos potenciales de la aplicación de las recomendaciones y si la guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar la monitorización o la auditoría. Por su parte, la sección de participación de implicados contempla: el grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales, se han tenido en cuenta los puntos de vista del pacientes y sus preferencias, los usuarios diana de la guía están claramente definidos y si la guía ha sido probada entre los usuarios diana. Estas áreas representan claramente una oportunidad de mejora.

Por otro lado, las secciones de *alcance y objetivos e independencia editorial* obtuvieron los mejores resultados. En el Cuadro 7 se muestra el grado de recomendación obtenido de cada una de las GPC analizadas. Una de cada dos GPC analizadas obtuvo una calificación de “Muy recomendada” y ninguna de “No recomendada”.

Cuadro 7. Resultados de la evaluación de diez GPC

Análisis crítico sobre el número de GPC

Nombre de GPC	Grado de Recomendación
Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención	Recomendada con modificaciones
Diagnóstico, Metas de control ambulatorio y Referencia Oportuna de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de Atención	Recomendada con modificaciones
Prevención, Diagnóstico Oportuno del Cáncer de mama en el Primer Nivel de Atención	Recomendada con modificaciones
Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer Nivel de Atención	Muy recomendada
Manejo de Pacientes Adultos con Ascitis debida a Cirrosis Hepática	Recomendada con condiciones y modificaciones
Prevención Secundaria, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia de la Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica	Recomendada con modificaciones
Control Prenatal con Enfoque de Riesgo.	Muy recomendada
Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos.	Muy recomendada
Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Muy recomendada
Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica.	Muy recomendada

La elaboración y revisión de guías depende del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. Al cierre del proyecto de evaluación había 512 GPC publicadas en el Catálogo Maestro. Las GPC ven la luz bajo el auspicio indirecto de la Secretaría de Salud y con el apoyo para su realización de las principales instituciones públicas de salud en el país; además de la participación, en mayor o menor grado, de comités y colegios médicos diversos.

Sin embargo, la estructura mexicana para elaboración y difusión de guías resulta única en muchos sentidos. En primer lugar, podemos notar que la producción de guías en el país está en cierta forma centralizada, ya que su publicación y difusión final dependen de un solo organismo. A continuación se realiza un breve comparativo con otros países.

Estados Unidos de América (EUA)

En los EUA la producción de las guías se realiza bajo la responsabilidad directa de organismos colegiados médicos, en su mayoría organizaciones no gubernamentales (ONG) como el Colegio Americano de Médicos (ACP, por sus siglas en inglés), el cual es un organismo conformado por médicos, en su mayoría internistas o de especialidades afines. Dentro de sus actividades principales, el ACP mantiene la publicación de literatura médica en forma de una revista periódica, coordina cursos y talleres de educación médica continua.

De forma independiente, el ACP publica y revisa, desde 1981, recomendaciones que se transformaron en GPC basadas en evidencia. Estas GPC son elaboradas por un comité interno en apego a lineamientos internacionales. Actualmente, se han publicado 12, las cuales se encuentran en constante evaluación por personal interno, son indexadas y, en casos pertinentes, son canceladas ante nuevas evidencias o su obsolescencia. En complemento a las guías, son publicadas “Recomendaciones para la mejor práctica posible” las cuales son un análisis valorativo de estudios diagnósticos e intervenciones terapéuticas.¹ Resulta pertinente notar que en la elaboración de estas guías no participa ningún organismo gubernamental. En el Cuadro 8 se muestran las guías publicadas por la ACP.

Cuadro 8. Guías Publicadas por el Colegio Americano de Médicos

No	Tema
1	Identificación de Cáncer de Mama.
2	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
3	Demencia.
4	Depresión.
5	Diabetes.
6	Disfunción Eréctil.
7	Pacientes Hospitalizados por Control Glucémico.
8	Lumbalgia.
9	Osteoporosis.
10	Cuidados Paliativos al final de la vida.
11	Complicaciones Pulmonares Peri operatorias.
12	Trombo embolismo Venoso.
Actualmente la ACP publica 12 guías en inglés, 2 de ellas traducidas al español	

Al igual que el ACP, existen otros colegios y ONG que mantienen la misma metodología de realización de guías. Para evaluar la calidad y lograr una homologación, las guías elaboradas en la unión americana se someten al escrutinio de la “National Guideline Clearinghouse” (NGC). Esta organización, perteneciente a la “Agency for Healthcare Research and Quality” (AHRQ), pretende proporcionar a los médicos y a otros profesionales de salud un mecanismo que permita la fácil obtención de información objetiva y detallada acerca de GPC en los EUA.

Para este fin, la NGC publica ciertos criterios de inclusión para la consideración de una GPC dentro de su sistema.ⁱⁱ Este organismo publica en su página de internet un catálogo indexado por especialidad, sistema o temática, el cual engloba guías de diferentes orígenes y permite su acceso de distintas maneras siguiendo uno u otro enfoque. En el Cuadro 9 se muestran algunos criterios de inclusión de la NGC.

Cuadro 9. Criterios de inclusión de la NGC

ALGUNOS PUNTOS DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA NGC (adaptado)

- I. La guía contiene aseveraciones que incluyan recomendaciones o estrategias [...] que apoyen a los médicos en la toma de la mejor decisión en situaciones específicas*
- II. La GPC fue producida bajo el auspicio de asociaciones médicas o profesionales relevantes[...] y no por sólo un individuo*
- III. Es posible obtener y verificar información que corrobore la revisión de literatura científica pertinente [...] para la elaboración de la guía.*
- IV. El texto completo de la guía está a disposición, de forma impresa o electrónica, en idioma Inglés y se trata de la versión más actual*

Bajo este esquema, la NGC actualmente registra 15,122 accesos a guías de práctica clínica. Es importante hacer notar que muchos de estos accesos son cruzados a la misma guía, al ser de inclusión en más de un tópico, lo cual complica un conteo absoluto.

Es notorio el hecho de que muchas de las organizaciones que publican GPC en EUA mantienen una especie de convocatoria abierta para la realización de GPC por grupos de expertos. Estas son evaluadas y clasificadas y de cumplir los lineamientos establecidos, son posteriormente publicadas por el comité convocador. Podemos mencionar en este sentido la convocatoria del Instituto Nacional de Corazón, Pulmones y Sangre (NHLBI, por sus siglas en inglés), que publica guías desde 1998 y actualmente incluye ocho guías en su página de internetⁱⁱⁱ.

España

Prosiguiendo con este ejercicio comparativo, vale la pena revisar la situación del sistema español, que es un importante referente en la elaboración de las GPC nacionales. En este caso, se cuenta con dos clasificaciones

particulares de GPC, la primera son las elaboradas por el Sistema Nacional de Salud Español (SNSE) bajo una metodología común y las segundas son una recopilación de GPC de origen variado.

Ambos grupos son clasificados y en ocasiones integrados por la biblioteca de guías de práctica clínica del sistema nacional de salud. Este proyecto se desarrolla a partir de un convenio con las Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, cuyo propósito es *“Promover la elaboración, adaptación y/o actualización de GPC basadas en la mejor evidencia científica disponible con una metodología homogénea y contrastada, y difundir las GPC en el SNS”*.^{iv}

Al igual que en EUA, la elaboración de las guías corre a cargo de diferentes organismos, tanto independientes como gubernamentales, provenientes de diferentes partes de la federación española. Estos organismos presentan libertad para la composición, redacción y temática de las guías a publicar. Una vez concretadas, las guías se someten a revisión por parte del SNSE. Para que una GPC pueda ser considerada como tal, y catalogada por el SNSE, debe cumplir por igual con ciertos criterios de inclusión, los cuales se muestran en el Cuadro 10. Esto permite la posterior publicación de un instrumento con calidad homologada.

Cuadro 10. Criterios de inclusión del SNSE (adaptado)

1. *Las GPC deben incluir información para ayudar a profesionales de la salud y/o pacientes a tomar decisiones acerca de la atención adecuada para situaciones clínicas específicas.*
2. *Las guías deben haber sido producidas en España; en cualquiera de las lenguas oficiales del Estado; por instituciones públicas o privadas.*
3. *Las GPC han sido producidas y/o actualizadas y evaluada su validez en los últimos 5 años.*
4. *Los datos de los autores -nombre, institución, datos de contacto- y la declaración de conflicto de interés, deben aparecer de forma clara.*
5. *Los métodos de búsqueda de la evidencia científica utilizados deben estar descritos.*
6. *Las recomendaciones de la GPC deben estar ligadas a bibliografía, de forma que puedan identificarse las fuentes y evidencias que las sustentan.*

El SNSE invita a particulares a solicitar la elaboración de GPC con el llenado de un formulario de petición, disponible en la página de internet de la biblioteca.^v Hasta el momento, la biblioteca de GPC del SNSE reporta 74 guías en su catálogo total y 26 guías de elaboración con metodología común del SNSE.

Reino Unido

Otra mención de importancia es la del sistema británico de elaboración de GPC, por su relativo parecido a la estrategia utilizada en el sistema mexicano. En el Reino Unido, la publicación de GPC es coordinada por el *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, dependencia del Departamento de Salud de Inglaterra (NHS).

La elaboración de una guía es solicitada por el NHS al NICE, quienes mediante la estructuración de comités de expertos elaboran las guías en apego a lineamientos de calidad (como los ya mencionados en este escrito). Una

vez elaboradas, las GPC del NICE son sometidas a revisión por un segundo panel de expertos dentro del sistema, quienes finalmente las aprueban para su publicación, inclusión en el catálogo y difusión. Hasta 2012, el NICE ha publicado 161 guías, las cuales clasifica por tópicos y a las cuales asigna valores alfanuméricos para futura referencia. El NICE somete sus guías a constante revisión y en caso de realizar cambios o devaluar alguna guía hace la anotación pertinente directamente en el índice.^{vi}

La publicación de GPC en el Reino Unido es apoyada por la Red Intercolegiada Escocesa de Guías (SIGN, por sus siglas en inglés), que desde 1995 publica y mantiene 129 guías, de las cuales ha cancelado 29 tras revisión posterior y 25 se encuentran en revisión. La SIGN también es responsable de publicaciones internacionales de instrumentos de auditoría de guías.

Las dos organizaciones anteriormente mencionadas son auditadas de forma externa por la Red de Implementación y Auditoría de Guías (GAIN, por sus siglas en inglés). Ésta mantiene una constante revisión y publicación de guías de ambos sistemas, en conjunto con las de otros órganos colegiados independientes en la Gran Bretaña.^{vii viii}

Podemos, de esta forma, determinar la diferencia numérica principal entre tres de los sistemas más relevantes de publicación de GPC y el número de publicaciones mexicanas. Notamos además las diferencias de publicación y organización entre los países, así como algunos detalles post-publicación, ausentes en el sistema mexicano.

Bajo los mismos esquemas con pequeñas variaciones, diversos países e incluso grupos transnacionales publican GPC. El Cuadro 11 muestra el número de guías publicadas en países seleccionados.

Cuadro 11. Número de guías publicadas en diferentes países

País	Número de guías (a la fecha)	Año de inicio de publicación
México	512	2008
España	100	2005
Inglaterra	161	2000
Escocia	129	1995
Argentina	303	2003
Chile	73	2005
Costa Rica	4	2010
Uruguay	1	2011
Canadá	16	2000

Fuente: Elaboración propia con información de la OMS

La OMS planea revisar e integrar guías de todas las naciones participantes en su consejo, mediante la publicación de “Guías para la elaboración de Guías”, proyecto mediante el cual se busca también unificar metodologías, así como la elaboración de un catálogo de guías en las naciones en las que aún no existe.^{ix} Otro de los planes de la OMS es la impartición de talleres transnacionales que permitan cumplir los objetivos de homologación en publicación, difusión e implementación de las guías, con un mismo nivel de calidad.

Alineación entre GPC y el perfil epidemiológico de la población

Todos los servicios de salud en el país, de los tres niveles de atención, realizan un reporte sobre casos nuevos de patologías específicas; éstos son compilados por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), dependencia del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE).

Con esta información se integra un reporte mensual, disponible en la página de internet del CENAVECE.^x Al realizar un análisis de estos reportes es fácil percatarse de la prevalencia de algunos padecimientos o del surgimiento de algún otro; es posible también detectar algún brote y actuar para contenerlo.

Otro documento de vital importancia para el análisis de esta información es el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), que genera información sobre ocurrencia, distribución, factores de riesgo, y consecuencias de distintas enfermedades. En cuanto al reporte de casos incidentales de notificación obligatoria o repercusión inmediata se cuenta con la Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE). Para la estadística sobre las defunciones, y sus causas se cuenta con un recopilado nacional de información extraída de los certificados de defunción, este es el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED).^{xi}

El conjunto de estos sistemas de información epidemiológica permiten reconocer los padecimientos más comunes, o de mayor relevancia, para de esta forma determinar la necesidad de guías sobre algún tema en particular.

La recopilación de esta información, y de otros reportes de salud, puede consultarse y compararse dentro del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) que es el organismo encargado de verter esta información en bases de datos de fácil revisión.^{xii}

Un análisis de los reportes de información epidemiológica de enero a julio del 2012, del BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO 2012, y el boletín de la SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N° 43 DEL 21 AL 27 DE OCTUBRE DE 2012 nos permite extraer las principales causas de mortalidad, presentadas en el Cuadro 12.

Cuadro 12. Diez principales causas de mortalidad		
#	Nombre Enfermedad	Cifras Preliminares 2012
1	Enfermedades del corazón	61 807
2	Diabetes mellitus	51 459
3	Tumores malignos	44 137
4	Accidentes	19 820
5	Enfermedades del hígado	18 816
6	Enfermedades cerebrovasculares	17 444
7	Agresiones	11 881
8	Neumonía e influenza	11 230
9	EPOC	9 908
10	Insuficiencia renal	8 373

Fuente: BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO 2012, y el boletín de la SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N° 43 DEL 21 AL 27 DE OCTUBRE DE 2012.

Realizando un análisis de los boletines podemos encontrar que las principales causas de morbilidad son las siguientes:

Padecimientos infecciosos

- Infecciones respiratorias agudas, de las cuales por ejemplo en julio de 2012 se reportaron 15,000,000.
- Infecciones intestinales mal definidas.
- Infecciones de vías urinarias.
- Otitis media.
- Conjuntivitis.
- Amibiasis.
- Faringitis estreptocócicas.
- Neumonías y Bronconeumonías.

Padecimientos crónico-degenerativos y sus comorbilidades

- Cáncer Cérvico uterino/infección por VPH.
- Cáncer de mama.
- Diabetes Mellitus tipo 2.
- Hipertensión Arterial Sistémica.
- Enfermedades isquémicas cardiacas.
- Eventos cerebrovasculares.

Padecimientos variados

- Accidentes.

- Dengue.
- Mordeduras y picaduras de animales.
- Gastritis y úlceras.

Es preciso señalar también la existencia de padecimientos que por su riesgo epidemiológico deben ser estrechamente vigiladas y rápidamente manejadas. De acuerdo a información del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), estos padecimientos son:

- Tuberculosis
- VIH/SIDA
- Hepatitis virales
- Infecciones por Haemophilus Influenzae Tipo B
- Dengue
- Paludismo
- Desnutrición
- Cólera
- Lepra
- Defectos del tubo neural

Al realizar un comparativo con las principales enfermedades mencionadas, encontramos que existe una adecuada relación entre el número de guías publicadas y dichos padecimientos.

Resultados de las entrevistas a autoridades federales encargadas de la elaboración de GPC

A continuación se presentan los principales resultados de entrevistas semi-estructuradas llevadas a cabo con las autoridades federales relevantes en el proceso de elaboración de las GPC.

1. ¿Cuál fue el objetivo de elaborar las GPC en el Sistema Nacional de Salud?

Se determina que la elaboración de las GPC permite disponer de herramientas técnicas que mejoran la calidad, sistematizando las intervenciones y colaborando con el adecuado uso de los recursos. De esta forma, se pretende constituir documentos que sean referentes para la práctica médica y que ayuden a disminuir la variabilidad de la práctica clínica, estandarizando el proceso de atención y permitiendo a los médicos la toma de las mejores decisiones clínicas. Todo con el objeto de homogeneizar el proceso desde el diagnóstico y clasificación de la patología hasta el tratamiento, en los tres niveles de atención, generando finalmente el poder uniformar la calidad de la atención en el Sistema Nacional de Salud.

2. ¿Quiénes participaron en la elaboración de las GPC?

Se formó un Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. Además de la participación de médicos, bibliotecólogos y nutriólogos que pertenecen a diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud, participaron las instituciones que elaboran las GPC: IMSS, ISSSTE, SEDENA, DIF, SEMAR, PEMEX y SS. Sin embargo, para definir criterios de elaboración, actualización, implantación y utilización de GPC, además de las instituciones que participan en la elaboración, hay otras instituciones que participan en el Comité Nacional como son: el Consejo de Salubridad General, el Consejo Nacional de Salud, la Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la Comisión de Protección Social en Salud, la Comisión de Arbitraje Médico, organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas y de educación superior.

3. Son varios organismos los encargados de la salud en México, ¿cómo se llegó a un consenso para unificar criterios, plasmarlos y aplicarlos en las GPC?

Se elaboró un plan de trabajo anual, que tiene que ser consensuado por cada grupo de trabajo y posteriormente autorizado por el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. Este plan de trabajo se considera como medida inicial para definir qué temas priorizar y desarrollar durante ese año. Las instituciones que tengan interés particular en algún tema relacionado a las GPC explican la razón por la cual serían los indicados para abordarlo. Generalmente se le asigna el tema deseado a la institución interesada y en caso de haber más de una institución interesada, la decisión para asignar el tema se toma con base en las razones expuestas por las instituciones para tratar el tema.

4. ¿Cómo se decidieron los temas que abordarían las GPC?

Mediante la revisión y análisis de varios de los sistemas de información que se tienen, como el de egresos hospitalarios, servicios de urgencias de consulta externa, especialidades y medicina familiar además de la revisión de la base de mortalidad. Así se logró definir cuáles eran los principales problemas de atención. Se consideró la trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad. También se hizo un análisis de costos para ver cuáles eran los programas que generaban mayores costos. Se utilizaron a los pacientes que sólo requieren diagnóstico (no hospitalización) y observar cuáles eran los diagnósticos más demandados. Asimismo, aun cuando cada institución tiene sus prioridades, se tomaron en cuenta la prevalencia e incidencia de los problemas de salud pública en México.

6. ¿Se tiene planeado elaborar más GPC? ¿Cuántas?

Siempre se tiene la intención de formar más guías, siempre y cuando se tome en cuenta que si se realizan otras más, tendrían que estar bastante bien priorizadas, definidas y que realmente sean de utilidad para el sistema y el usuario, abarcando problemas específicos por demanda y necesidades particulares.

7. ¿Le parece que el número de GPC actualmente existentes en el catálogo maestro es el adecuado?

El consenso general dicta que el número de GPC es elevado y suficiente gracias a la adaptación y adopción de GPC conocidas a nivel internacional. Sin embargo, aun cuando el uso de éstas permite prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades que más impacto tienen en la salud de la población mexicana, es necesario conocerlas a fondo y desde luego saberlas utilizar.

8. ¿De qué forma se toman en cuenta las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) en la elaboración de las GPC?

Existen opiniones en la misma dirección que señalan que es necesario adaptar las guías a la normatividad nacional, ya que ésta es la que rige la atención médica en el ámbito nacional. La Norma Oficial siempre estará por arriba de las guías.

Por otro lado, algunos entrevistados sugieren que las NOM deberían de tomar en cuenta las GPC como un insumo, como parte de su bibliografía, porque éstas resumen toda la evidencia a un punto específico. La NOM no tiene que estar en la guía ya que la NOM no necesariamente está basada en evidencia reciente. Las GPC no son un documento legal, son una serie de recomendaciones y lineamientos basados en la investigación que ya están previamente comprobados.

9. ¿De qué manera las GPC contribuyen a elevar la calidad de la atención médica?

Sus aportaciones son la promoción de la eficiencia y eficacia de las acciones en salud, homologando criterios, tratamientos y estandarizando los procesos de atención. Estas recomendaciones no son sólo para el médico sino también para el paciente, a fin de que juntos tomen la mejor decisión en una circunstancia clínica determinada. Al unificar criterios también se disminuyen costos en la atención y se mejoran los tiempos de espera para el paciente.

10. ¿Cuáles considera que han sido las principales dificultades o barreras en el proceso de elaboración de las GPC?

De entre todas las respuestas, las mayores coincidencias radican en señalar como problema la falta de recursos e incentivos para los realizadores de las GPC; por otro lado la dificultad en el acceso a las fuentes bibliográficas que en su mayoría son privadas y, finalmente, los acuerdos a los que se llegan al enfrentar diferentes puntos de vista entre los médicos participantes en torno a un proceso específico.

11. ¿Cuáles considera han sido los principales facilitadores en el proceso de elaboración de las GPC?

Los encuestados coincidieron que los principales facilitadores son la disponibilidad de las diferentes instituciones de salud para trabajar en conjunto, la disposición de los médicos para laborar en el proyecto de manera gratuita y la normatividad que le da base a la elaboración de las GPC en el Sistema Nacional de Salud.

12. ¿Podría describir cómo se realiza el proceso de actualización de las GPC?

Mencionan la existencia del manual metodológico que incluye la revisión de literatura más reciente basada en evidencia científica, dicho documento se elaboró tomando como referencia el manual de actualización de la GPC de España. La importancia de tener claro el proceso de actualización es de los puntos en los que se hace un mayor énfasis.

13. Desde su perspectiva ¿qué aspectos considera fundamentales para la difusión e implementación de GPC?

Los puntos en lo que existe un mayor incidencia entre los encuestadores son la publicación por internet, distribución en hospitales, integración del catálogo maestro y ubicar como se puede operar más allá de la difusión.

Además, se menciona que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y el Grupo de Trabajo Sectorial para la Difusión e Implantación de las Guías de Práctica Clínica publicaron en junio del 2012 la “Estrategia para la Difusión e Implantación de las Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud”, que pretende establecer las bases para desarrollar acciones que conduzcan a la difusión e implantación exitosa de las GPC.

14. ¿Cuál considera ha sido la principal debilidad que ha tenido el proyecto de GPC en todas sus etapas (diseño, elaboración, difusión, implementación, etc.)?

Las principales debilidades que se mencionaron son la falta de presupuesto del que se dispone para la creación de más guías, que la difusión no se llevó a cabo desde la creación de las GPC y que la generación de un documento normativo de este proceso se realiza hasta ahora y no a la par de la creación de las guías. En la parte de integración, una conceptualización inadecuada y nada de recursos puestos a un proyecto que se consideraba prioritario. En la parte de evaluación del desempeño, una gestión inadecuada de recursos.

Algunos entrevistados no encuentran limitantes en el mecanismo de elaboración.

15. ¿Consideraría oportuno hacer obligatoria la aplicación de las GPC en el quehacer médico?

La mayoría de los encuestados llegan al consenso que no debe ser una práctica obligatoria, ya que las GPC por definición son recomendaciones basadas en evidencia científica. Además se menciona que el sistema de salud no está preparado para realizar un apego adecuado a las recomendaciones.

16. ¿Qué opinaría de implementar la difusión de las GPC desde los años de formación del médico?

En general, concluyen que lo importante sería establecer el uso de medicina basada en evidencia. Las guías son un apoyo en la toma de decisiones clínicas y necesitan ser revisadas por un médico que tenga ya un conocimiento general de la patología que pretende abordar.

Dado lo anterior, sugiere la necesidad de iniciar la buena práctica médica desde los años de formación. Esto tiene que darse no solamente cuando se está en ejercicio profesional, sino que tiene que ir desde los años de escuela

17. ¿Cuál es su percepción general sobre el proyecto de GPC?

Los encuestados coinciden en que el proyecto de guías de práctica clínica viene a dar cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo y consideran que es un excelente proyecto al que sólo le ha faltado difusión y

presupuesto, y que además, hasta cierto punto es injusto que los médicos trabajen sin un pago por lo que hacen.

Mencionan la existencia del problema al evaluar el impacto del proyecto, ya que no se tienen indicadores que permitan medirlo adecuadamente. México debe empezar a trabajar e intercambiar opiniones con los grupos elaboradores de guías a nivel internacional. En el país existe la experiencia y los conocimientos para trabajar con grupos relevantes a nivel internacional y generar proyectos conjuntos.

Concluyen que el proyecto de GPC es importante en esta administración, para la estrategia de convergencia y para la integración del sistema de salud. El reto es mejorar las GPC existentes y ver cómo mejorar la atención clínica para impactar en la salud de la población.

Objetivo 2: Distribución de GPC

El objetivo dos de la evaluación consistió en cuantificar la distribución de GPC en unidades médicas del Sector Salud.

Para el cumplimiento del objetivo dos del presente estudio se realizó una lista de cotejo la cual fue aplicada en todas las unidades visitadas para determinar si las unidades cuentan con el Catálogo Maestro (CM) de GPC, el tipo de GPC disponibles, la modalidad en la que se encuentran (duro o electrónico), el número de ejemplares o copias electrónicas de cada guía y su accesibilidad. Este instrumento fue llenado por los encargados de difusión de las GPC en cada unidad, recopilándose un total de 469 cuestionarios.

Resultados globales sobre distribución de GPC

Del instrumento aplicado se seleccionaron las variables que dan cumplimiento al objetivo. Se realizaron 469 cuestionarios, el 49% de los entrevistados son hombres y el 51% mujeres, la edad promedio es de 45 años y la antigüedad promedio de los entrevistados fue de 7 años.

Para todas las variables analizadas se realizó un análisis de correlación para determinar si las respuestas variaban por sexo del entrevistado, por su edad o por su antigüedad en el puesto y en ningún caso resultó significativa la correlación.

Cuadro 13. Resultados globales sobre distribución de GPC



Como se muestra en el Cuadro 13, 65% de los encargados de difusión en la unidad reportan contar con internet funcional. Asimismo, 80% reporta contar con el CM de GPC. En promedio, en cada unidad hay 11 computadoras que cuentan con el CM. Se encontró que en 7% de la unidades que dijeron contar con las GPC no las tenían disponible en las computadoras, en 11% de las unidades sólo una computadora contaba con las GPC, aproximadamente el 48% de las unidades tienen más de una computadora y menos de 10, el 25% de la unidades tienen entre 10 y 30 computadoras con el CM de GPC cargado y menos de 9% de las unidades cuentan con más de 30 computadores que tienen disponible las GPC.

Uno de cada dos encargados de la difusión declaró contar con las GPC impresas, las cuales se obtuvieron principalmente por autoridades estatales, personal interno o mediante impresión en la misma unidad. Es importante señalar que en algunos casos las GPC se obtuvieron por más de un medio por lo que puede existir duplicidad en algunas de las respuestas. 56% de los encargados de difusión en las unidades reportaron haber proporcionado capacitación acerca de las GPC.

Resultados en primer nivel sobre distribución de GPC

El número de cuestionarios aplicado en primer nivel por institución son: 67 IMSS, 38 ISSSTE, 286 en los SESA.

Cuadro 14. Resultados en primer nivel sobre distribución de GPC

Cuentan con internet funcional			Cuentan con Catálogo Maestro de GPC			Cuentan con GPC impresas		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
82%	89%	53%	97%	79%	71%	69%	37%	45%

Han proporcionado capacitación		
IMSS	ISSSTE	SESA
88%	55%	45%

Como se observa en el Cuadro 14, casi en todos los casos, excepto en acceso a internet funcional, el IMSS muestra los mejores indicadores. De igual manera, los SESA es la institución que se encuentra más rezagada en la mayoría de los indicadores, excepto en contar con GPC impresas. Donde se observa la mayor disparidad entre instituciones es en la capacitación, ya que en el número de encargados de difusión en el IMSS que declaran haber proporcionado capacitación acerca de GPC es casi del doble que en los SESA.

Resultados en segundo nivel sobre distribución de GPC

Se realizaron 82 cuestionarios en unidades de segundo nivel, de los cuales 12 corresponde al IMSS, 12 al ISSSTE y 59 a los SESA.

Cuadro 15. Resultados en segundo nivel sobre distribución de GPC

Cuentan con internet funcional			Cuentan con Catálogo Maestro de GPC			Cuentan con GPC impresas		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
92%	100%	78%	100%	100%	78%	67%	50%	65%

Han proporcionado capacitación		
IMSS	ISSSTE	SESA
100%	50%	67%

Los indicadores en segundo nivel (Cuadro 15) son mejores en todos los casos que los documentados en primer nivel. El promedio de computadoras que cuentan con el CM prácticamente se duplica con respecto al promedio en primer nivel para el IMSS y para el ISSSTE y se triplica para los SESA. Finalmente, destaca el hecho de que en todas las unidades visitadas de segundo nivel del IMSS los encargados de difusión reportaron haber proporcionado capacitación acerca de las GPC.

Conclusiones sobre distribución de GPC

El número de responsables de difusión entrevistados que dicen contar con el CM en su unidad es relativamente alto. Una de las limitantes identificadas en este instrumento para la difusión de las GPC en las unidades es el acceso a internet, la institución más rezagada en este indicador son los SESA. Aproximadamente la mitad de los encargados de difusión entrevistados declaran haber proporcionado capacitación acerca de las GPC. Este indicador se comparará más adelante con lo reportado por los médicos entrevistados.

Objetivo 3: Conocimiento de GPC

El objetivo tres de la evaluación consistió en valorar el conocimiento que tienen los profesionales de la salud sobre la existencia de GPC. Para el cumplimiento de este objetivo, se realizó un cuestionario a tres médicos en cada unidad visitada para determinar si la población diana conoce las GPC, por qué medio se enteró de ellas, cuáles son las GPC que conoce, cuáles son las que consulta con mayor frecuencia y cuál es la estructura con la que cuenta su unidad para la difusión e implementación de la GPC.

Resultados globales sobre conocimiento de GPC

Del instrumento aplicado se seleccionaron las variables que dan cumplimiento al objetivo. Se aplicaron 1,407 cuestionarios de los cuáles 46% correspondieron a personal médico masculino y el restante a personal médico femenino, la edad promedio de los entrevistados fue de 42 años. La antigüedad promedio en su puesto fue de .8 años. Para todas las variables analizadas se realizó un análisis de correlación para determinar si las respuestas variaban por sexo del entrevistado, por su edad o por su antigüedad en el puesto y en ningún caso resultó significativa la correlación.

Cuadro 16. Resultados globales sobre conocimiento de GPC



**Este indicador sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan no conocer las GPC. Es decir, 36% de los entrevistados que no conocen las GPC elaboradas por el Sistema Nacional de Salud sí conocen alguna otra guía.*

***El primer indicador sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan conocer las GPC. El indicador entre paréntesis considera a todos los entrevistados.*

Como se muestra en el Cuadro 16, 88% de los médicos entrevistados reportan que conocen las GPC elaboradas por el Sistema Nacional de Salud. Del 12% que no conocen las GPC, 36% reporta conocer alguna otra guía. Cuando se les preguntó a éstos qué guías conocían, las respuestas fueron ambigüas, ya que entre las respuestas más frecuentes se encontraban “las normas” y “las Causas”. Lo anterior es indicativo de la confusión en el concepto de “GPC” entre los entrevistados.

Ocho de cada diez entrevistados que conocen las GPC reportan haber consultado alguna durante el último mes. Lo anterior es uno de los hallazgos más importantes de la evaluación, ya que es indicativo de que existe un número cada vez mayor de personal de la salud que está consultando las GPC y que la estrategia de plataforma electrónica está dando buenos resultados.

Las temas de las GPC más consultadas por el personal médico se muestran en el Cuadro 17, mismas que se encuentran ordenadas en forma descendente.

Cuadro 17. Guías de Práctica Clínica más consultados por los médicos

No.	Tema de la GPC
1	Hipertensión Arterial
2	Diabetes Mellitus Tipo 2
3	Infecciones Respiratorias Agudas
4	Neumonía
5	Control Prenatal
6	Caries
7	Pre eclampsia
8	Diagnóstico/Manejo de Neuropatía y Pie Diabético
9	Infecciones en las Vías Urinarias
10	Endometriosis

Es importante mencionar que estos datos coinciden con las GPC más consultadas reportadas por el CENETEC², con la diferencia destacable de que en esta lista no aparece el Cáncer de Mama, que es una de las más consultadas en el sitio electrónico. . El 92% de los médicos que conocen las GPC afirman que en su unidad están disponibles estas herramientas. A éstos también se les preguntó en qué formato se encontraban disponibles: 11% respondió que las tienen impresas, 54% en electrónico o y 35% en ambos formatos.

Asimismo, 70% de los médicos que conocen las GPC reporta que en su unidad cuenta con acceso al CM, lo cual representa el 62% del total de médicos entrevistados. Esta cifra es sustancialmente menor al 80% de los responsables de difusión que reportan que su unidad cuenta con acceso al CM. Finalmente, sólo 40% de quienes conocen las GPC reportan conocer la dirección electrónica del CM.

Resultados en primer nivel sobre conocimiento de GPC

Se realizaron 1,173 entrevistas de las cuales 204 se aplicaron al IMSS, 115 al ISSTE y 854 a los SESA.

² Dirección de Integración de GPC, CENETEC, Octubre 20120

Cuadro 18. Resultados sobre conocimiento de GPC en unidades de primer nivel de atención.

Conocen las GPC			Conocen alguna otra guía*			Consultaron alguna GPC en el último mes**		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
98%	85%	84%	25%	47%	31%	94% (92%)	80% (68%)	77% (65%)

En su unidad están disponibles las GPC**			Acceso al CM de GPC**			Conoce dirección electrónica del CM**		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
99% (97%)	90% (77%)	90% (76%)	91% (89%)	70% (60%)	63% (53%)	57% (55%)	44% (37%)	32% (27%)

**Este indicador sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan no conocer las GPC. **El primer indicador sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan conocer las GPC. El indicador entre paréntesis considera a todos los entrevistados.*

Al igual que en distribución, el IMSS cuenta con los mejores indicadores de conocimiento de GPC en casi todos los casos. Destaca el hecho de que 98% de los médicos del IMSS conocen las GPC y que 94% de éstos ha consultado alguna guía durante el último mes. En cuanto a acceso al CM, los SESA presenta un rezago considerable, especialmente si se considera la cifra de médicos que reportan tener acceso al CM con respecto al total de médicos entrevistados, el cual sólo es del 53%. Si se comparan las cifras de acceso al CM reportadas con los médicos y las reportadas por los responsables de difusión se observa una diferencia considerable, ya que los responsables de difusión reportan en más ocasiones tener acceso al CM de lo que reportan los mismos médicos de las unidades.

Resultados en segundo nivel de conocimiento de GPC

Se aplicaron un total de 234 cuestionarios de segundo nivel. En el IMSS se realizaron 33, en el ISSSTE 36 y 165 en los SESA.

Cuadro 19. Resultados en segundo nivel sobre conocimiento de GPC

Conocen las GPC			Conocen alguna otra guía*			Consultaron alguna GPC en el último mes**		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
94%	97%	93%	100%	0%	64%	97% (91%)	74% (72%)	82% (77%)
En su unidad están disponibles las GPC**			Acceso al CM de GPC**			Conoce dirección electrónica del CM**		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
100% (94%)	89% (86%)	93% (87%)	90% (85%)	83% (81%)	72% (67%)	68% (64%)	31% (31%)	53% (50%)

*Este indicador sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan no conocer las GPC.

**El primer indicador sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan conocer las GPC. El indicador entre paréntesis considera a todos los entrevistados.

Como se deriva de los datos presentados en el Cuadro 19, el conocimiento de las GPC en segundo nivel es mayor que en primer nivel. Destaca mencionar que por ser tan pequeña la muestra de médicos que no conocen las GPC en segundo nivel, la variable que indica cuántos de estos médicos conocen alguna otra guía es poco robusta. Asimismo, el número de médicos que reportan haber consultado alguna GPC en el último mes es alto, así como los indicadores de disponibilidad de GPC y acceso al CM. La dispersión entre instituciones es visiblemente más reducida en el segundo nivel de atención en comparación con el primer nivel de atención.

Conclusiones sobre el conocimiento de GPC

Los datos nos muestran que existe una coincidencia entre las 10 principales GPC consultadas por el personal de salud y los datos proporcionados por CENETEC. Además, nos indica que la plataforma de internet está dando buenos resultados para difundir las GPC. Sin embargo, es necesario superar las barreras de infraestructura — como la falta o actualización de equipo de cómputo, el acceso a internet funcional—, para que esta estrategia de mejores resultados.

Un indicador favorable es el número de médicos que reportan haber consultado alguna GPC en el último mes, particularmente en el segundo nivel de atención. Se observa en ambos niveles que la dirección electrónica del CM no es del conocimiento de la mayoría de los médicos. Incluso quienes reportan conocerla, en muchas ocasiones no fueron capaces de recordarla correctamente al momento de la entrevista.

Objetivo 4: Capacitación de GPC

El objetivo cuatro de la evaluación consistió en identificar y caracterizar la existencia de capacitación para los profesionales de la salud en materia de GPC.

Para el cumplimiento del objetivo cuatro del presente estudio se realizó un cuestionario a tres médicos en cada unidad visitada para identificar la existencia de cursos de capacitación en las unidades de salud y sus características: duración, modalidad, tipo de personaje que las impartió, temas abarcados, metodologías utilizadas y percepción de suficiencia, utilidad y calidad.

Resultados globales sobre capacitación de GPC

Del instrumento aplicado se seleccionaron las variables que dan cumplimiento al objetivo³. Las principales características demográficas de esta muestra ya fueron presentadas en la descripción del objetivo tres.

Para todas las variables analizadas se realizó un análisis de correlación para determinar si las respuestas variaban por sexo del entrevistado, por su edad o por su antigüedad en el puesto y en ningún caso resultó significativa la correlación.

Cuadro 20. Resultados globales sobre conocimiento de GPC

Han recibido capacitación sobre GPC*	Tiempo promedio de capacitación (horas)**	Considera que la capacitación fue suficiente**	Calificación promedio de capacitación n**	Sabe si su unidad cuenta con Carta de Adhesión*	Recibe motivación para su uso*	Ha asistido a sesión clínica sobre GPC***
60% (53%)	8.6	61%	8.6	34% (30%)	75% (66%)	56% (29%)

**El primer indicador sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan conocer las GPC. El indicador entre paréntesis considera a todos los entrevistados.*

***Este indicador sólo considera a quienes han recibido capacitación sobre GPC.*

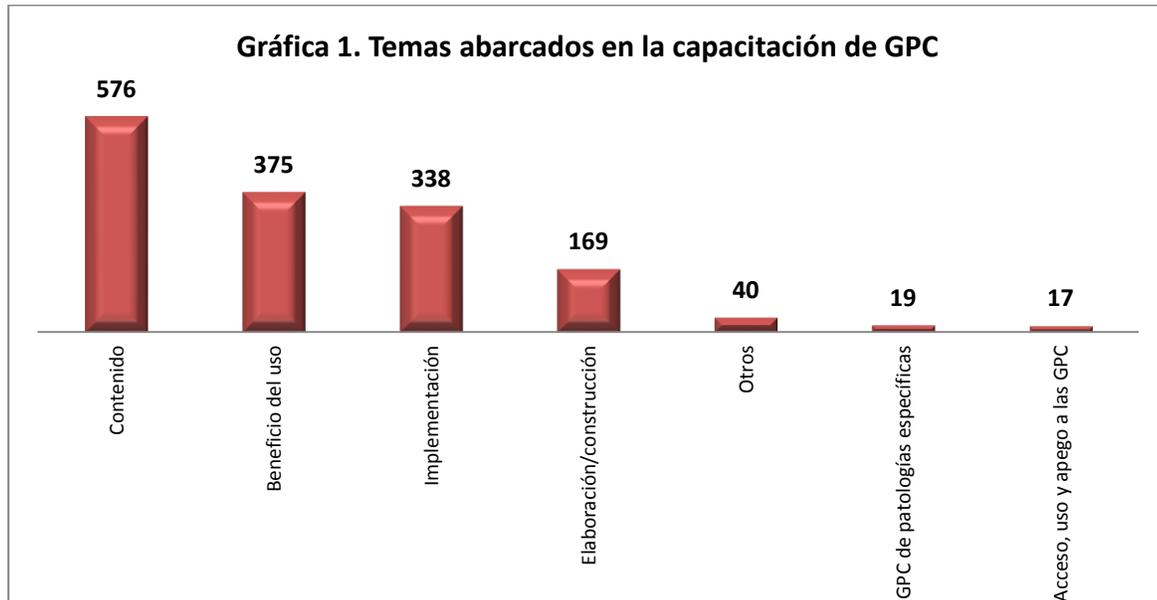
****El primer indicador solo considera las respuestas de los entrevistados que reportan haber recibido capacitación acerca de las GPC. El indicador entre paréntesis considera a todos los entrevistados.*

Como se muestra en el Cuadro 20, seis de cada diez médicos que conocen las GPC declaran haber recibido capacitación acerca de ellas. Esto implica que el 53% de los entrevistados totales han recibido capacitación acerca de las GPC. Si se compara este indicador con lo contestado por los responsables de difusión en las unidades no se encuentra discrepancia, ya que el mismo porcentaje de los responsables reportan haber proporcionado algún tipo de capacitación sobre GPC. La capacitación en cuanto a estas herramientas se brinda casi en su totalidad a través de actividades presenciales. Las actividades virtuales o semipresenciales sólo

³ Los resultados de los objetivos 3, 4 y 5 se derivan del mismo cuestionario.

fueron mencionados por 40 entrevistados, representando esto una ventana de oportunidad para la difusión de las GPC.

El tiempo promedio de capacitación reportado fue de 8.6 horas⁴. Los temas abarcados en la capacitación se indican en la Gráfica 1. 73% de los médicos recibieron capacitación en los últimos tres meses, 10% la recibió entre tres y seis meses y 17% hace más de 6 meses.



Se preguntó a los médicos quién o quiénes impartieron la capacitación, las respuestas más frecuentes fueron: área de educación de la unidad, autoridades estatales, algún superior de la unidad (director/encargado/jefaturas), gestor de calidad, personal médico y autoridades estatales. Durante la encuesta se observó que 33% del personal médico encuestado menciona haber estado en una capacitación impartida por la misma institución, esto nos indica que existe interés por las instituciones para promover el uso de las GPC.

La calificación promedio que los médicos entrevistados otorgaron a la capacitación fue de 8.6, sin embargo, sólo 61% de los entrevistados reportan que consideran fue suficiente.

Se le preguntó a los médicos si sabían si su unidad contaba con la Carta de Adhesión a la “Estrategia para la Difusión, Capacitación, Implantación y Seguimiento de las GPC en el Sistema Nacional de Salud”, sólo 56% de los entrevistados que habían recibido capacitación respondieron afirmativamente, representando 30% del total de entrevistados. Es importante destacar que este resultado contrasta con lo reportados por los responsables de difusión, ya que 63% respondieron contar con dicha Carta. El 75% de los médicos que conocen las GPC reportan recibir motivación para su uso. Finalmente, el 56% de los médicos que han recibido capacitación acerca de las GPC reportan haber participado en alguna sesión clínica donde se discutieron las mismas, representando solo 29% del total de médicos entrevistados.

⁴ Esta respuesta puede estar sobre-estimada ya que en muchos casos las GPC eran solo uno de los temas de la capacitación y se reportó el tiempo total de la misma.

Resultados en primer nivel sobre capacitación de GPC

Se realizaron 1,173 cuestionarios a unidades de primer nivel, de los cuales 204 se aplicaron al IMSS, 115 al ISSSTE, 854 a los SESA.

Cuadro 21. Resultados en primer nivel sobre capacitación de GPC

Han recibido capacitación sobre GPC*			Tiempo promedio de capacitación (horas)**			Considera capacitación suficiente**		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
85% (83%)	43% (37%)	58% (49%)	9.8	14.5	5.4	79%	45%	53%

Calificación promedio de capacitación**			Sabe si su unidad cuenta con Carta de Adhesión*			Ha asistido a sesión clínica sobre GPC***		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
8.7	8.1	8.2	52% (50%)	21% (18%)	32% (27%)	89% (74%)	76% (28%)	40% (19%)

*El primer indicador solo considera las respuestas de los entrevistados que reportan conocer las GPC. El indicador entre paréntesis considera a todos los entrevistados.

**Este indicador sólo considera a quienes han recibido capacitación sobre GPC.

***El primer indicador sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan haber recibido capacitación acerca de las GPC. El indicador entre paréntesis considera a todos los entrevistados.

Existe una importante variabilidad entre los médicos que reportan haber recibido capacitación entre instituciones, principalmente entre los médicos del IMSS y las otras dos instituciones de salud. Sin embargo, el tiempo promedio de la capacitación reportado para el ISSSTE es mayor que para las otras dos instituciones, superando casi en 50% al IMSS y casi en 170% a los SESA. En el IMSS, ocho de cada diez médicos consideran que la capacitación que recibieron fue suficiente, esta proporción desciende a casi cinco de cada diez médicos en las otras dos instituciones.

Resultados en segundo nivel de capacitación de GPC

Se aplicaron 234 cuestionarios a unidades de segundo nivel, de los cuales 33 corresponde al IMSS, 36 al ISSSTE y 165 a los SESA.

Cuadro 22. Resultados en segundo nivel sobre capacitación de GPC

Han recibido capacitación sobre GPC*			Tiempo promedio de capacitación (horas)**			Considera capacitación suficiente**		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
71% (67%)	49% (47%)	48% (45%)	5.0	17.8	8.9	77%	65%	69%
Calificación promedio de capacitación**			Sabe si su unidad cuenta con Carta de Adhesión*			Ha asistido a sesión clínica sobre GPC***		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
8.9	8.5	8.5	52% (48%)	17% (17%)	29% (27%)	82% (55%)	41% (19%)	55% (25%)

*El primer indicador sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan conocer las GPC. El indicador entre paréntesis considera a todos los entrevistados.

**Este indicador sólo considera a quienes han recibido capacitación sobre GPC.

***El primer indicador sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan haber recibido capacitación acerca de las GPC. El indicador entre paréntesis considera a todos los entrevistados.

En general, los médicos reportan haber recibido capacitación con menos frecuencia en el segundo nivel que en el primer nivel, aunque este hecho no se observa en el ISSSTE. Al igual que en primer nivel, el tiempo promedio de capacitación en el ISSSTE supera sustancialmente el reportado para las otra dos instituciones. La brecha entre las instituciones existente en primer nivel en la suficiencia de la capacitación recibida disminuye en segundo nivel, destacando el hecho de que en el IMSS disminuye el número de médicos que reportan que la capacitación recibida fue suficiente.

Conclusiones sobre capacitación de GPC

El número de médicos que reportan haber recibido capacitación acerca de las GPC varía sustancialmente entre instituciones. A diferencia de temas como conocimiento o distribución, la presencia de mejores indicadores de capacitación en segundo nivel con respecto a primer nivel no se cumple en todos los casos. La gran mayoría de las capacitaciones reportadas se llevaron a cabo en los últimos tres meses. Esto sugiere que desde la publicación de la “Estrategia para la Difusión, Capacitación, Implantación y Seguimiento de las GPC en el

Sistema Nacional de Salud” se han hecho visibles los esfuerzos en las unidades por apegarse a la misma. Sin embargo, un número importante de médicos reporta que la capacitación recibida no ha sido suficiente, por lo cual existe oportunidad de mejora.

Objetivo 5: Percepción de GPC

El objetivo cinco de la evaluación consistió en conocer la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre las GPC. Para el cumplimiento de este objetivo se aplicó un cuestionario a tres médicos en cada unidad visitada para identificar la percepción de estos profesionales sobre: importancia y utilidad de las GPC; estrategia de elaboración, difusión e implementación; barreras y facilitadores de las GPC, y el grado de aceptabilidad de esta herramienta.

Resultados globales sobre percepción de GPC

Del instrumento aplicado se seleccionaron las variables que dan cumplimiento al objetivo. Las principales características demográficas de esta muestra ya fueron presentadas en la descripción del objetivo tres.

Para todas las variables analizadas se realizó un análisis de correlación para determinar si las respuestas variaban por sexo del entrevistado, por su edad o por su antigüedad en el puesto y en ningún caso resultó significativa la correlación.

Cuadro 23. Resultados globales sobre percepción de GPC



**Este indicador sólo considera a quienes conocen las GPC.*

Como se muestra en el Cuadro 23, existe consenso entre los médicos que conocen las GPC en considerar que éstas mejoran la calidad de la atención, que apoyan la toma de decisiones clínicas, que las recomendaciones se deben estandarizar y que las GPC deben difundirse desde los años de formación. Dos de cada diez médicos que conocen las GPC considera no práctico el formato de las mismas y 75% consideran que las GPC deben ser obligatorias.

La barrera principal declarada por los médicos para el uso de las GPC, con un amplio margen, es la falta de tiempo, aunque también son destacables la falta de capacitación, falta de difusión y falta de recursos humanos.

Se les preguntó a los médicos qué proponían para superar las barreras mencionadas y las principales respuestas fueron: capacitación/enseñanza; mayor cantidad de recursos físicos y humanos; mejorar las GPC en cuanto a información, organización, extensión y presentación y, finalmente, facilitar el acceso a las GPC.

De igual manera, se le preguntó a los médicos cuáles han sido los principales facilitadores del proyecto de GPC, las tres principales respuestas fueron: disponibilidad y acceso a las GPC, personal en la institución y contenido de las GPC.

A pesar de que una de las barreras mencionadas más frecuentemente fue la difusión y el hecho de que las GPC no están disponibles, también se reporta como uno de los principales facilitadores la disponibilidad y acceso a las guías.

Resultados en primer nivel sobre percepción de GPC

Se realizaron 1,173 cuestionarios a unidades de primer nivel: 204 al IMSS, 115 al ISSSTE y 854 a los SESA.

Cuadro 24. Resultados en primer nivel sobre percepción de GPC

Consideran que GPC mejoran calidad de atención*			Consideran que GPC apoyan toma de decisiones*			Consideran que GPC deben ser obligatorias*		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
98%	93%	97%	99%	98%	96%	86%	80%	74%

Consideran que recomendaciones se deben estandarizar*			Consideran práctico el formato de las GPC*			Consideran que GPC deben difundirse desde formación*		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
99%	94%	96%	82%	74%	78%	99%	97%	96%

**Este indicador solo considera a quienes conocen las GPC.*

Existe consenso entre los médicos de este nivel de las tres instituciones al consideran que las GPC mejoran la calidad de la atención, que apoyan la toma de decisiones clínicas, que las recomendaciones se deben estandarizar y que las GPC deben difundirse desde los años de formación. Existe menos consenso ante la pregunta de si consideran que las GPC deben ser obligatorias, pero los indicadores siguen siendo relativamente altos y homogéneos entre las tres instituciones. Lo mismo ocurre con el indicador de practicidad del formato de las GPC.

Resultados en segundo nivel sobre percepción de GPC

El número de cuestionarios aplicados en segundo nivel por institución son los siguientes: IMSS 33, ISSSTE 36 y SESA 165.

Cuadro 25. Resultados en segundo nivel sobre percepción de GPC

Consideran que GPC mejoran calidad de atención*			Consideran que GPC apoyan toma de decisiones*			Consideran que GPC deben ser obligatorias*		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
97%	100%	95%	94%	100%	94%	68%	80%	66%

Consideran que recomendaciones se deben estandarizar*			Consideran práctico el formato de las GPC*			Consideran que GPC deben difundirse desde formación*		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
90%	91%	92%	84%	77%	75%	100%	94%	95%

**Este indicador solo considera a quienes conocen las GPC.*

Como se observa en el Cuadro 25, en segundo nivel se reportan resultados similares que los observados en primer nivel. La única diferencia notoria es que una menor proporción de los médicos entrevistados en el segundo nivel de atención consideran que las GPC deben ser obligatorias con respecto a quienes lo consideran en primer nivel.

Conclusiones sobre percepción de GPC

En general, la percepción que se tiene acerca de las GPC es muy buena en las tres instituciones del sector salud. No todos los médicos entrevistados consideran que deben ser obligatorias las GPC, pero prácticamente todos consideran que se debe comenzar la difusión desde los años de formación del médico. El hallazgo de una buena percepción de las GPC entre los médicos es una gran fortaleza y de los mayores facilitadores para el proyecto de GPC.

Objetivo 6: Difusión e Implementación de GPC

El objetivo seis de la evaluación consistió en valorar la estrategia de difusión o implementación de GPC que se realiza en las Instituciones del Sector Salud, incluyendo los accesos vía Internet al Catálogo Maestro.

Para el cumplimiento del objetivo seis se aplicaron dos instrumentos. El primero consistió en una entrevista con autoridades federales relevantes en la difusión e implementación de las GPC para conocer la estructura con la que se cuenta para el proceso de difusión e implementación, conocer cuál es la normatividad que rige esta actividad, detallar el proceso de implantación en cada una de las instituciones, quiénes son los actores claves, quién y cómo se supervisa la implementación de las GPC. El segundo instrumento fue un cuestionario dirigido a los encargados de la difusión e implantación de GPC en las unidades visitadas para conocer su versión sobre estos procesos.

Resultados de entrevistas con autoridades federales sobre difusión e implementación de GPC

A continuación se presentan los principales resultados de las entrevistas semi-estructuradas llevadas a cabo con las autoridades federales relevantes en el proceso de difusión e implementación de las GPC.

A 6 años de su creación ¿en qué medida considera se ha cumplido el objetivo que se persigue con la creación de las GPC del Sistema Nacional de Salud?

La mayoría de los entrevistados coincidieron en que se lleva un importante avance en la difusión; sin embargo, mencionan que tanto la implementación como la capacitación pueden requerir mucho más tiempo.

Comentan que los recursos se han aprovechado de la mejor manera en acciones de difusión de GPC como son: manuales, entrega de GPC en formato impreso y electrónico, talleres de difusión y capacitación, posibilidad de actualizar las GPC a través de internet y difusión por medios impresos.

En este sentido, los directores y coordinadores médicos de las diferentes instituciones se encargan de definir a los gestores de calidad y jefes de enseñanza que son los encargados de llevar a cabo la difusión.

Desde su perspectiva, ¿cuáles son las principales ventajas y desventajas de la estrategia de difusión que se desarrolla en su institución?

Los entrevistados identificaron como principales ventajas: que se difunde una práctica clínica con apego a la evidencia médica, que las GPC estén disponible en internet y que las GPC ayudan a estandarizar la atención del paciente y, por tanto, aumenta la calidad de atención.

Hubo coincidencia en que entre las principales desventajas se encontraban que en unidades pequeñas no se cuenta con acceso a internet y la resistencia del médico a utilizar las GPC.

¿Se cuenta con alguna reglamentación que regule la difusión de las GPC?

No hubo coincidencia en la respuesta a esta pregunta. Por un lado, los representantes de algunas instituciones informaron que no se tenía dicha reglamentación, mientras que tres entrevistados dijeron que sí existía y

refirieron que la Dirección General de Calidad y Educación en salud lanzó la estrategia federal para la difusión. Además, se mencionó que una de las instituciones se apoya en la NOM-168 para la integración del expediente clínico médico.

¿Considera que los recursos (humanos y materiales) con los que cuenta en este momento son suficientes para realizar la difusión de las GPC?

Las respuestas coinciden en que los recursos con los que se cuenta no son suficientes, debido a que existen equipos de cómputo obsoletos, faltan de recursos humanos y equipamiento, así como acceso a internet limitado. Es importante destacar que las necesidades de difusión sobrepasaron a los recursos humanos y económicos disponibles.

¿Qué sugeriría para mejorar la estrategia de difusión de las GPC en su institución?

Las sugerencias principales para mejorar la estrategia de difusión fueron que se deberían realizar reuniones de los gestores, mejorar la accesibilidad a internet para descargar o acceder a las GPC, darle un mayor mantenimiento a los equipos de cómputo, abordar de manera mercadológica la difusión de las GPC y trabajar con los representantes sindicales para que apoyen la difusión.

Estas recomendaciones son congruentes con las desventajas que los entrevistados mencionaron en preguntas anteriores.

¿Podría describir detalladamente en qué consiste la estrategia que se utilizó en su institución para la implementación de las GPC?

Las principales estrategias mencionadas son: elaboración de herramientas electrónicas para acceso a GPC, instalación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, encuestas RADAR para detectar cuál es el porcentaje de aceptación de las GPC, exposición de las GPC por parte de los jefes de división y revisión de las GPC con base en las principales causas de morbilidad.

Existen ventajas y desventaja inherente a las actividades mencionadas con anterioridad. La ventaja más importante es que se está fomentando una cultura de apego a las GPC, la elaboración de planes operativos y se está mejorando la calidad de atención a los pacientes. Sin embargo, las desventajas principales son: la resistencia de los médicos a la utilización de las GPC; la percepción del personal de las acciones mencionada en el párrafo anterior, ya que muchos ven a las GPC como un imposición y la falta de credibilidad en las GPC, este punto se refiera a que los médicos asumen que la evidencia científica en la cual se basan no está actualizada.

¿Se cuenta con alguna reglamentación que regule la implementación de las GPC?

No existe un consenso en cuanto a si la reglamentación se cumple o si existe alguna, ya que la mitad de los entrevistados mencionan que si existe y que si se lleva a cabo, mientras que la otra mitad sostiene el punto contrario.

Es importante destacar que en ninguno de los casos en los que la respuesta fue afirmativa se mencionó el nombre de la reglamentación a la que se hacía referencia.

¿Considera que los recursos (humanos y materiales) con los que cuenta en este momento son suficientes para realizar la implementación de las GPC?

La mayoría coincide en que los recursos no son suficientes para realizar la implementación, ya que la falta de inversión en infraestructura y recursos humanos limita los alcances de la estrategia. Por otra parte, se menciona que la disposición de los recursos depende de la unidad de salud.

¿Existe una estrategia de supervisión que vigile la implementación de las GPC?

La mayoría coinciden en que sí existe una estrategia de supervisión y que los actores encargados de llevarla a cabo son: el subcomité del expediente clínico, la subdirección de supervisión, los gestores de calidad o los jefes de áreas o servicio.

Los entrevistados comentaron que los puntos que deben fortalecerse en la estrategia son: adaptar la GPC al escenario de cada unidad médica y que ésta empezara por las 10 GPC más utilizadas en la unidad, de acuerdo a las principales causas de mortalidad; aplicar una normatividad al uso de las GPC, trabajar en conjunto con el sindicato y realizar talleres en donde se aborden diferentes temas de GPC.

¿Considera que el uso y aplicación de las GPC debería ser obligatorio en las unidades de salud de primero y segundo nivel?

No hubo un consenso generalizado en si deberían ser o no obligatorias, ya que las opiniones fueron variadas. Algunos entrevistados mencionaron que es necesario darle a la GPC el carácter de norma y, por tanto, su uso sería obligatorio. El objetivo principal de esta postura es que al ser obligatorias se podría garantizar a los pacientes un tratamiento estándar. Sin embargo, otros encuestados consideran que la GPC son, por definición, recomendaciones clínicas y que hacerlas obligatorias no es adecuado.

20. ¿Considera que el uso de las GPC debería ser tomado en cuenta para la evaluación de la calidad de la atención médica?

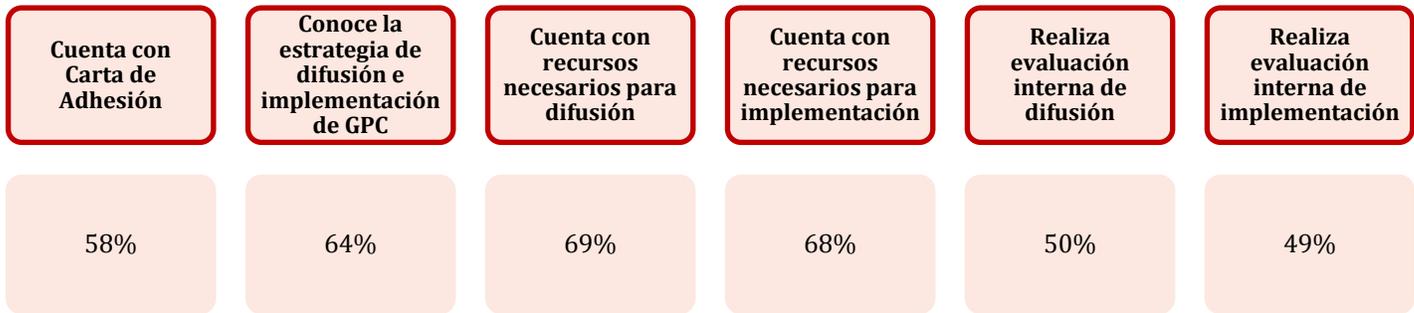
Los encuestados coincidieron en que sí debería ser tomada en cuenta para la evaluación, ya que es un instrumento que mejora la calidad de la atención médica y una herramienta funcional para evaluar los expedientes clínicos.

Resultados globales sobre difusión e implementación de GPC

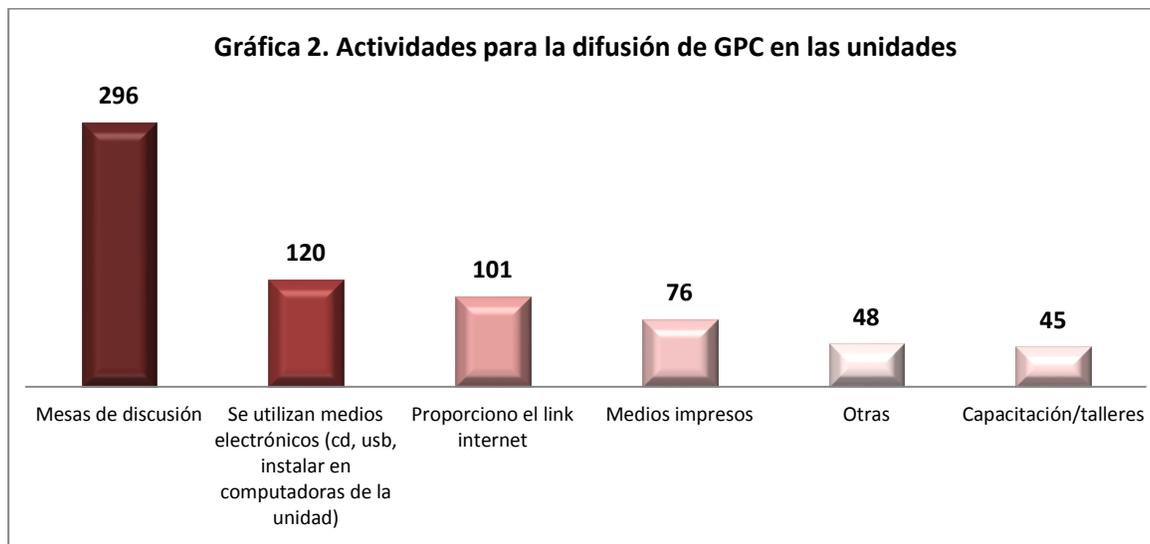
Para conocer cómo se lleva a cabo la difusión y la implementación de las GPC en las unidades se realizó un cuestionario a los encargados de difusión en las unidades. Se realizaron 470 cuestionarios de los cuáles 50% fueron aplicados a hombres y el resto a mujeres, la edad promedio de los entrevistados fue de 45 años. Su antigüedad promedio en el puesto fue de 7 años.

Para todas las variables analizadas se realizó un análisis de correlación para determinar si las respuestas variaban por sexo del entrevistado, por su edad o por su antigüedad en el puesto y en ningún caso resultó significativa la correlación.

Cuadro 26. Resultados globales sobre difusión e implementación de GPC

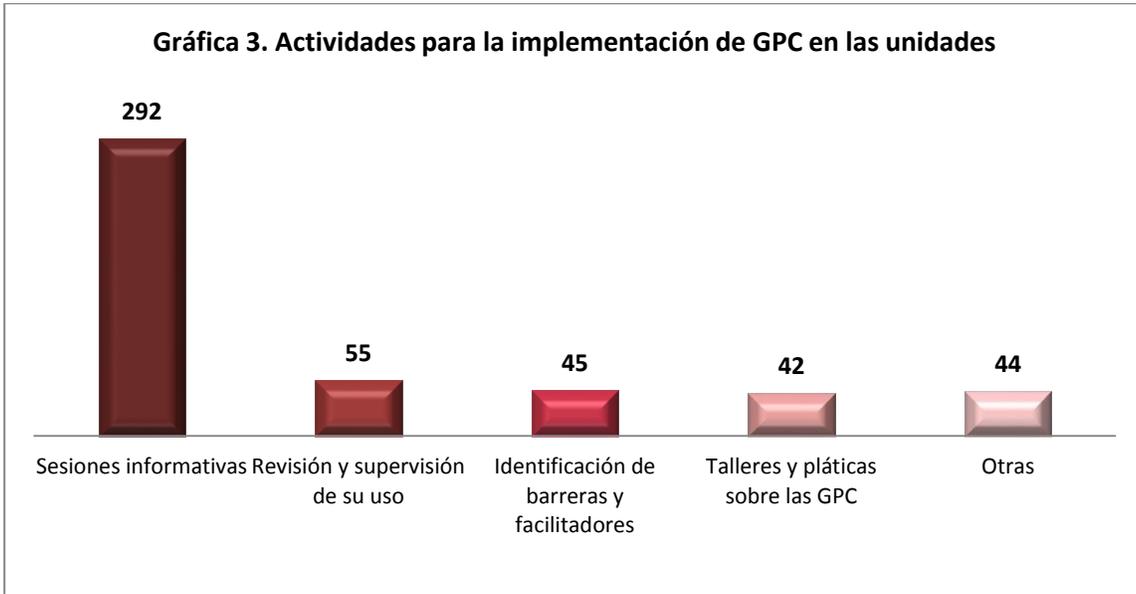


Como se muestra en el Cuadro 26, el 58% de los responsables de difusión e implementación en las unidades declararon contar con la Carta de Adhesión a la "Estrategia para la Difusión, Capacitación, Implantación y Seguimiento de las GPC en el Sistema Nacional de Salud". Asimismo, 64% de los encargados reportan que conocen la estrategia de difusión e implementación de GPC. La Gráfica 2 muestra las principales actividades de difusión realizadas en las unidades.



La Gráfica 3 muestra las principales actividades de implementación realizadas en las unidades.

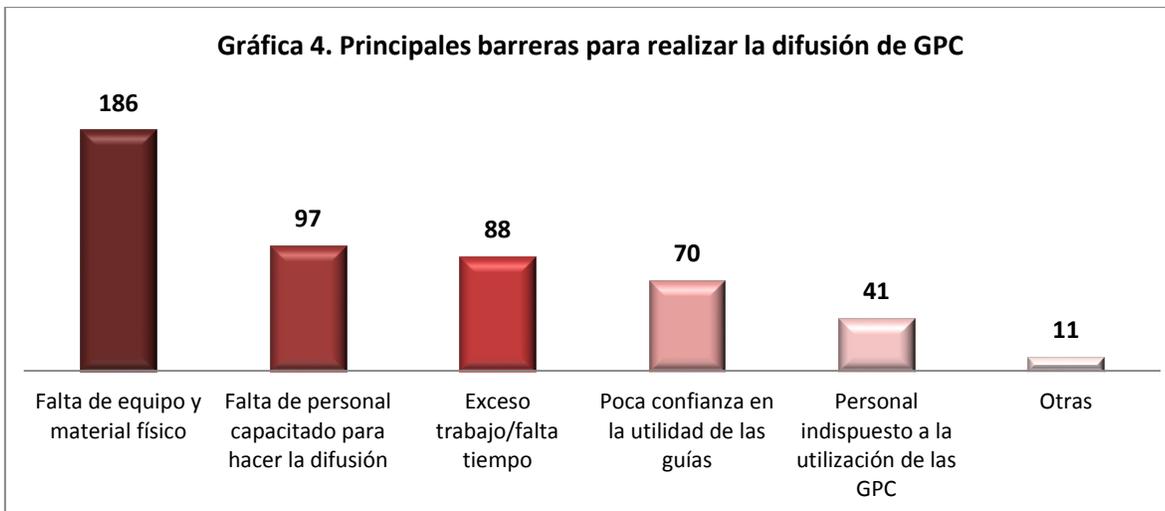
Gráfica 3. Actividades para la implementación de GPC en las unidades



Siete de cada diez responsables reportan contar con los recursos necesarios para la difusión de las GPC, mientras que un porcentaje similar reportan contar con los recursos necesarios para la implementación. Los principales recursos faltantes reportados para la difusión de las GPC son equipo y material físico, participación del personal, entre otros. Asimismo, los principales recursos faltantes reportados para la implementación de las GPC son equipo y material físico, falta de personal, presupuesto y tiempo. Se les preguntó a los responsables si habían desarrollado algún método de evaluación interna para la difusión e implementación de GPC, sólo uno de cada dos entrevistados contestó afirmativamente.

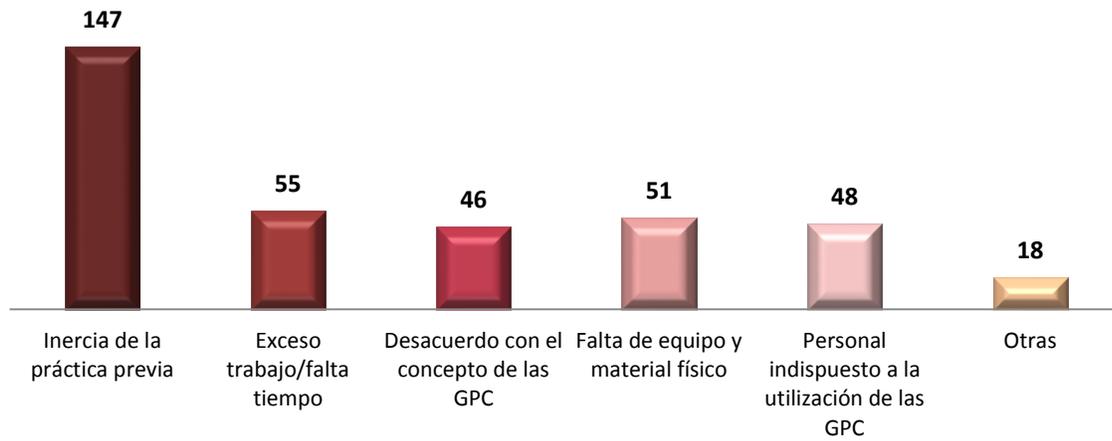
La Gráfica 4 muestra las repuestas de los encargados ante la pregunta de cuáles son las principales barreras para la difusión de las GPC.

Gráfica 4. Principales barreras para realizar la difusión de GPC



Finalmente, la Gráfica 5 muestra las repuestas de los encargados ante la pregunta de cuáles son las principales barreras para la implementación de las GPC.

Gráfica 5. Principales barreras para realizar la implementación de GPC



Resultados en primer nivel sobre difusión e implementación de GPC

El número de cuestionarios realizados en primer nivel fue de 392, con la siguiente distribución por instituciones: IMSS 67, ISSSTE 38 y SESA 287.

Cuadro 27. Resultados en primer nivel sobre difusión e implementación de GPC

Cuenta con Carta de Adhesión			Conoce estrategia de difusión e implementación de GPC			Cuenta con recursos necesarios para difusión		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
81%	42%	52%	90%	58%	55%	93%	74%	58%

Cuenta con recursos necesarios para implementación			Realiza evaluación interna de difusión			Realiza evaluación interna de implementación		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
90%	66%	60%	84%	45%	43%	79%	47%	39%

Como lo muestra el Cuadro 27, los indicadores del IMSS son una vez más muy superiores a los encontrados en las otras dos instituciones. La institución más rezagada en cuanto a recursos para la difusión e implementación son los SESA. En el IMSS, 90% de los encargados de difusión e implementación reportan conocer la "Estrategia para la Difusión, Capacitación, Implantación y Seguimiento de las GPC en el Sistema Nacional de Salud", el valor para este indicador es sustancialmente más bajo para el ISSSTE y los SESA. En estas dos últimas instituciones, las actividades de evaluación de difusión e implementación no alcanzan 50%.

Resultados en segundo nivel sobre difusión e implementación de GPC

Se aplicaron 12 cuestionarios al IMSS, 12 al ISSSTE y 54 a los SESA.

Cuadro 28. Resultados en segundo nivel sobre difusión e implementación de GPC

Cuenta con Carta de Adhesión			Conoce estrategia de difusión e implementación de GPC			Cuenta con recursos necesarios para difusión		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
92%	33%	72%	92%	67%	76%	100%	100%	76%

Cuenta con recursos necesarios para implementación			Realiza evaluación interna de difusión			Realiza evaluación interna de implementación		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
100%	100%	70%	83%	50%	48%	75%	50%	54%

Como se observa en el Cuadro 28, los resultados de los indicadores son nuevamente más altos que los reportados en primer nivel de atención. Es necesario destacar que 100% de los entrevistados en el IMSS e ISSSTE afirmaron contar con los recursos necesarios para la estrategia de difusión e implementación, resultado que contrasta con las respuestas a las entrevistas realizadas a autoridades federales. Además, el conocimiento de la "Estrategia para la Difusión, Capacitación, Implantación y Seguimiento de las GPC en el Sistema Nacional de Salud" es más alto en segundo nivel, pero existen variaciones importantes entre instituciones.

Conclusiones sobre difusión e implementación de GPC

A pesar de que se han realizado esfuerzos importantes en la difusión y la implementación de las GPC, siguen existiendo oportunidades de mejora en estos aspectos. Algunos de los encargados de difusión e implementación entrevistados reportan no contar con los recursos necesarios para realizar estas actividades. Un área de oportunidad importante es el conocimiento de la "Estrategia para la Difusión, Capacitación, Implantación y Seguimiento de las GPC en el Sistema Nacional de Salud". A pesar de que ésta fue publicada recientemente, si todas las unidades tuvieran conocimiento de la misma la difusión y la implementación se verían favorablemente impactadas.

Objetivo 7: Utilización de GPC

El objetivo siete de la evaluación consistió en documentar el grado de éxito en la utilización de tres guías de práctica clínica preseleccionadas.

Para el cumplimiento de este objetivo se llevó a cabo la revisión de expedientes clínicos en unidades de primer nivel (dos de cada una de las tres GPC seleccionadas para el ejercicio) y en unidades hospitalarias (cinco por cada una de las tres GPC seleccionadas).

Las GPC seleccionadas para primer nivel fueron:

- Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.
- Control prenatal con enfoque de riesgo.
- Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención.

Las GPC seleccionadas para segundo nivel fueron:

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos.
- Diagnóstico y tratamiento de la endometriosis.
- Diagnóstico y manejo de la neuropatía y pie diabético.

Para evaluar el nivel de apego a cada una de estas GPC se identificaron diversos indicadores que denotan apego a cada guía en particular. De éstos se hizo una selección posterior y el nivel de apego se midió como el promedio de los diferentes indicadores elegidos.

A continuación se presentan los indicadores elegidos para cada GPC.

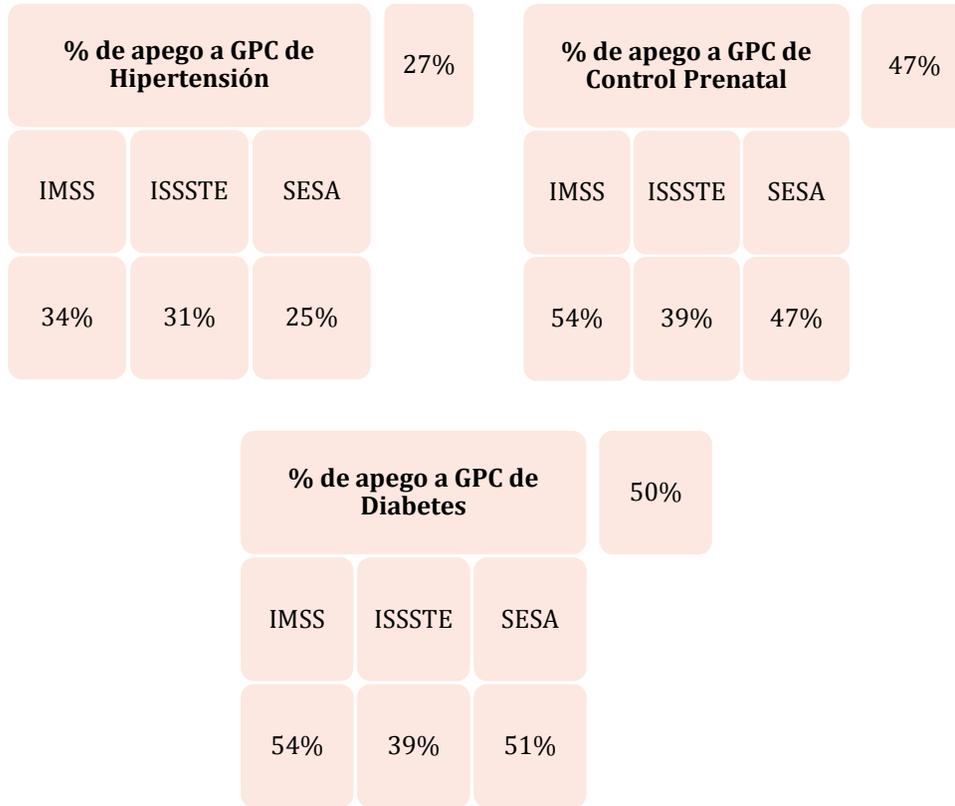
- Hipertensión Arterial
 - ¿Existe evidencia de la definición y clasificación de la hipertensión del paciente en el expediente? Lo que se busca es ver si la cifra está registrada y clasificada en leve, moderada o grave (grado 1,2 y 3).
 - ¿Existe registro de toma de presión arterial en cada consulta? (dos tomas en cada consulta).
 - Solicitud y /o registro de electrolitos Na,K,Ca y Creatinina. (Se buscó que existiera solicitud y/o registro en la nota médica del resultado de los electrolitos séricos).
 - Registro de que se efectuó electrocardiograma de 12 derivaciones al menos una vez en el año. (Se buscó que estuviera solicitado o referido al segundo nivel de atención o a alguna clínica donde se tome el estudio y, además, que se reportara o comentara el resultado del electrocardiograma).
 - Evidencia de que se realizó o se envió al servicio de oftalmología a revisión del fondo de ojo, al menos una vez en el año o al menos una vez desde que está en control de hipertensión.
- Control Prenatal con enfoque de riesgo

- ¿Existe registro e interpretación del IMC en cada consulta? Se investigó que en la nota médica se registrara y comentara el IMC en por lo menos cuatro consultas por recomendación de la OMS.
 - Frecuencia cardiaca fetal en cada consulta después de (entre las semanas) 20-24 semanas de gestación.
 - En cada consulta se buscó el registro de la valoración del riesgo obstétrico independientemente de la condición del paciente.
 - Realización de grupos sanguíneos ABO Y RH en la primera consulta y en la semana 28.
 - Ministración de ácido fólico hasta la semana 12 y suspender.
 - Suplementación con hierro sólo si existe registro de Hb menor a 10.5 mg/dL.
- **Diabetes Mellitus Tipo 2**
 - Registro de medición del perímetro de la cintura en cada consulta.
 - Evidencia de exploración del fondo de ojo por lo menos una vez al año, además, se busca que este en la nota médica o que lo hayan canalizado con el especialista.
 - Inspección de los pies por lo menos cada 6 meses y que este registrado en el expediente médico.
 - Registro de toma de glucosa plasmática en AYUNO en las últimas tres consultas y que este registrado en la nota médica.
 - HbA1c% dos veces al año y que exista evidencia de solicitud/registro en el expediente clínico.
 - Micro albuminuria una vez al año y que exista evidencia de solicitud/registro en el expediente clínico.
 -
 - **Neumonía adquirida en la comunidad**
 - ¿Se registra la aplicación del índice de severidad CURB65? Se buscó que estuviera valorado los puntos que considera la clasificación, ya que de ello depende el manejo y pronóstico del paciente.
 - Registro en el expediente de solicitud y/o interpretación de los siguientes estudios
 - RX. Tórax (indicada en fiebre, tos, expectoración y estertores).
 - Hemocultivo.
 - Antígeno anti-neumocócico en orina.
 - Oxigenoterapia en saturación menor de 94%.
 - **Endometriosis**
 - Se buscó registro de infertilidad en la nota médica.
 - Se investigó si se realizó histopatología y si existe el resultado y su interpretación en el expediente clínico/nota médica.
 - Se evaluó si se solicitó, realizo y/o interpreto el estudio CA-125.
 - ¿Se solicitó tomografía o resonancia magnética en caso de no encontrar evidencia de enfermedad por otros métodos de imagen?
 - Si la unidad contaba con el recurso, se evaluó la aplicación Laparoscopia diagnóstica o terapéutica. Si no se contaba con el recurso, entonces se tenía que canalizar al paciente a otra unidad médica.

- Neuropatía y Pie Diabético
 - Registro de cifras de glucosa en ayuno por arriba de 200mg/dl.
 - Registro de interpretación de la HbAc1 >9% en dos o más consultas en el expediente.
 - Registro de solicitud, elaboración e interpretación de microalbuminuria por lo menos una vez al año.
 - Aplicación de la clasificación de Wagner.
 - Aplicación de la clasificación de la Universidad de Texas

Resultados en primer nivel sobre utilización de GPC

Cuadro 29. Resultados en primer nivel sobre utilización de GPC



El nivel de apego a las GPC en el primer nivel de atención (Cuadro 29) es relativamente homogéneo entre las tres instituciones y es en general bajo. La GPC a la que se apegan menos los médicos es a la de hipertensión arterial y a la que más se apegan es a la de diabetes mellitus tipo 2. Entre las tres instituciones, el IMSS registró los valores más altos de apego en las tres guías analizadas.

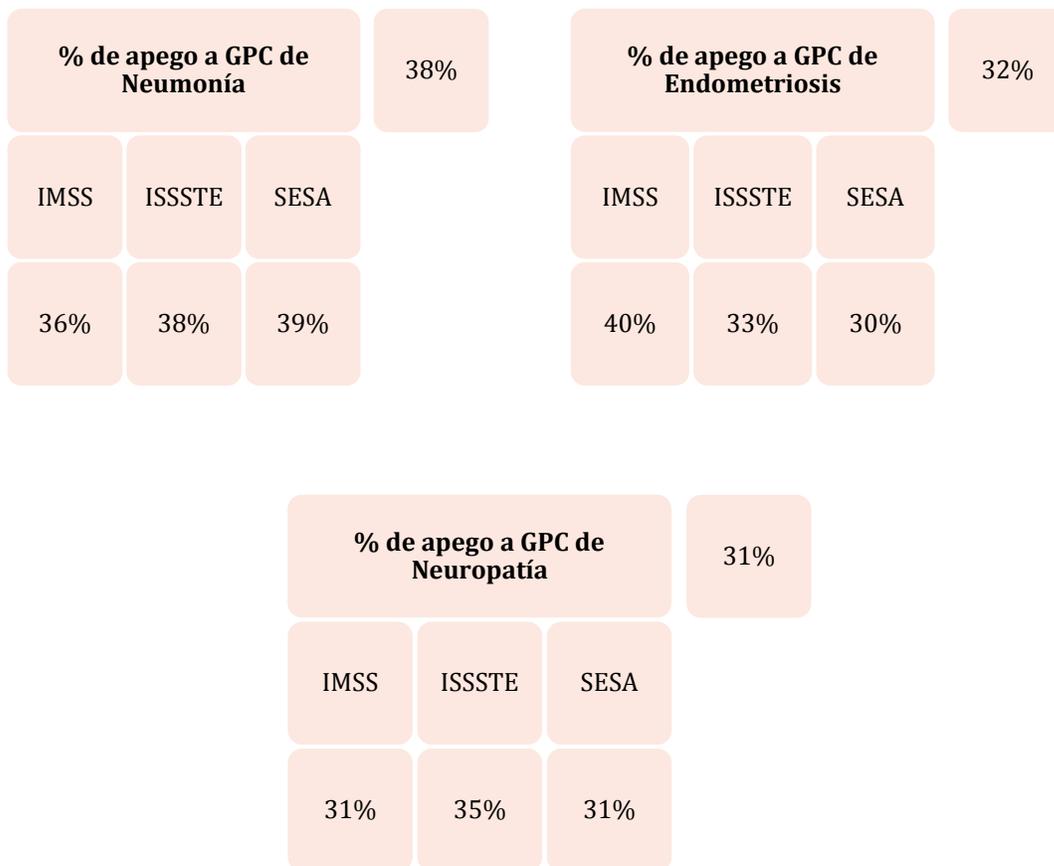
En el estudio de “*Unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales*”, realizado por la Secretaría de Salud en el 2008, se documentó el nivel de apego a las recomendaciones contenidas en diferentes Normas Oficiales. En el caso de diabetes mellitus se tomaron en cuenta 10 indicadores, los dos que mostraron los valores más altos fueron la toma de peso y de presión arterial, con un apego mayor a 90%. Los valores más

bajos fueron el registro de colesterol HDL y LDL, la hemoglobina glucosilada, creatinina, urea y triglicéridos con un porcentaje menor a 10%. Por otro lado, en la evaluación de la hipertensión arterial se encontró que 57% de los expedientes tenía registro de cifras de colesterol, 34% contaba con el registro de revisión de fondo de ojo, 46.3% con registro de glucosa, 12.2% con registro de urea y 11.7% de creatinina. Finalmente, en control prenatal se halló que 96.3% contaba con exploración física completa, 95.5% con prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, 90.5% identificación y notificación de signos de alarma obstétrica, 44.6% con determinación de grupo sanguíneo ABO yRH y 49.1% con biometría hemática completa.

Aunque el estudio anterior se basa en el apego a la NOM, es importante destacar que guarda elementos coincidentes con nuestra evaluación y nos da un punto de referencia para medir el grado de apego en las recomendaciones de las GPC.

Resultados en segundo nivel sobre utilización de GPC

Cuadro 30. Resultados en segundo nivel sobre utilización de GPC



Número de cuestionarios			Número de cuestionarios			Número de cuestionarios		
IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA	IMSS	ISSSTE	SESA
53	52	283	23	44	138	55	55	285

En general, hay menos apego en segundo nivel que en primer nivel a las GPC. Aunque nuevamente hay más apego en el IMSS, las variaciones entre instituciones disminuyen. Es importante destacar que hubo prácticamente la mitad de expedientes de endometriosis que de las otras patologías ya que no fueron casos tan comunes en las unidades visitadas.

Conclusiones sobre utilización de GPC

Los datos muestran que aunque el apego a las GPC es relativamente bajo, si se realiza una comparación con otros estudios, se observa una mejora y es indicativo de que se está siguiendo el camino correcto para lograr la homogeneidad en el tratamiento. Desde luego, para lograrlo es necesario seguir trabajando en la difusión e implementación de las GPC en las unidades.

El apego a las GPC sigue representando un área importante de oportunidad, ya que el fin último de la creación de las mismas es su uso en todos los niveles de atención y en todas las instituciones. Para lograr esto es necesario superar las barreras que se han mencionado en objetivos anteriores, ya que una de las causas del bajo apego es precisamente la resistencia a la utilización de las guías.

Análisis Cualitativo de Resultados

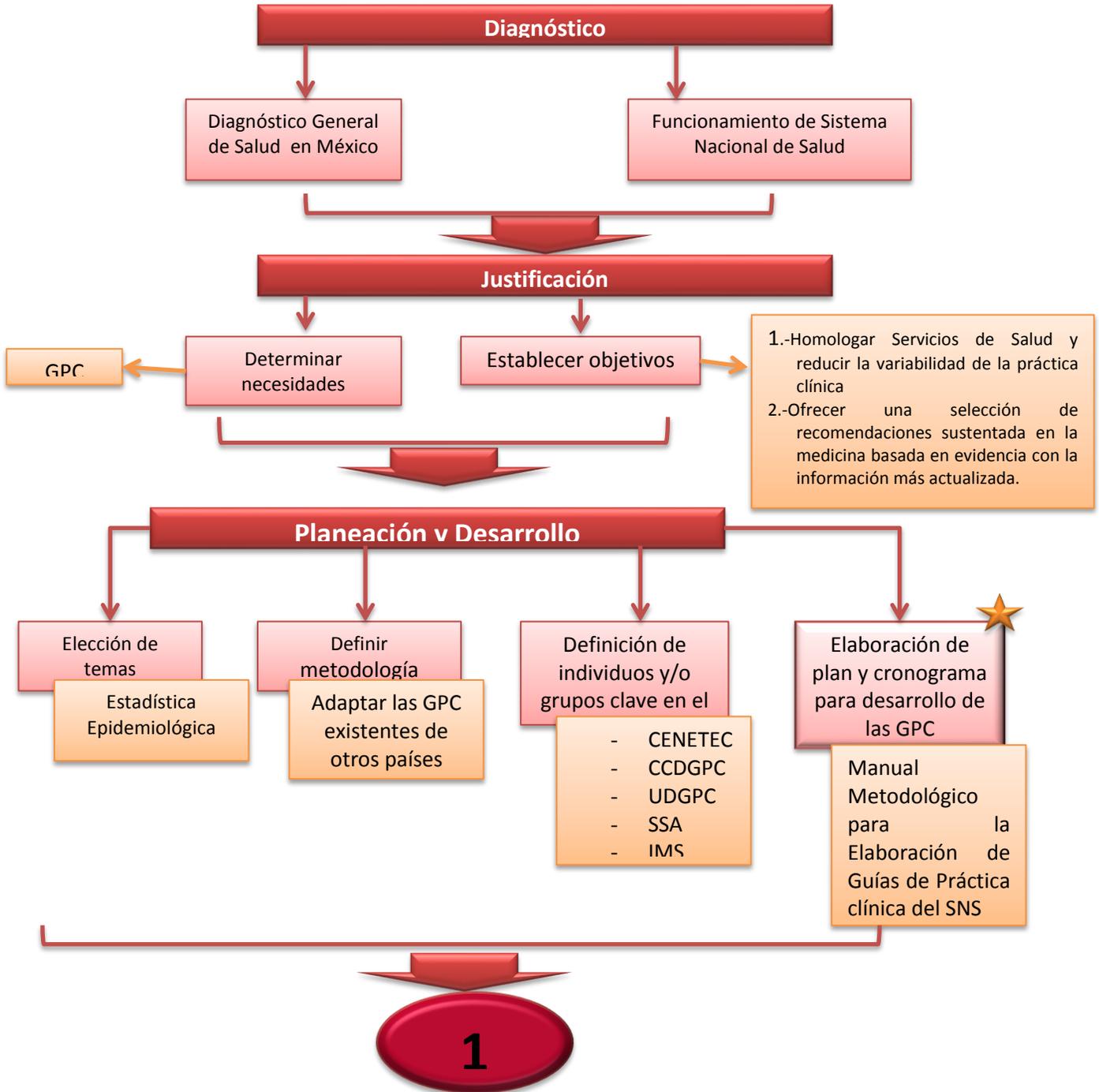
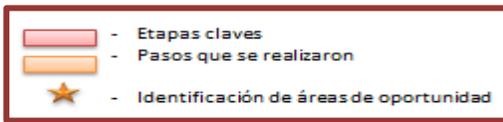
Con base en los resultados obtenidos en cada objetivo, se encuentran herramientas para realizar dos tipos de análisis cualitativo que permiten derivar las conclusiones más relevantes del estudio: Análisis de Ruta Crítica y Análisis FODA.

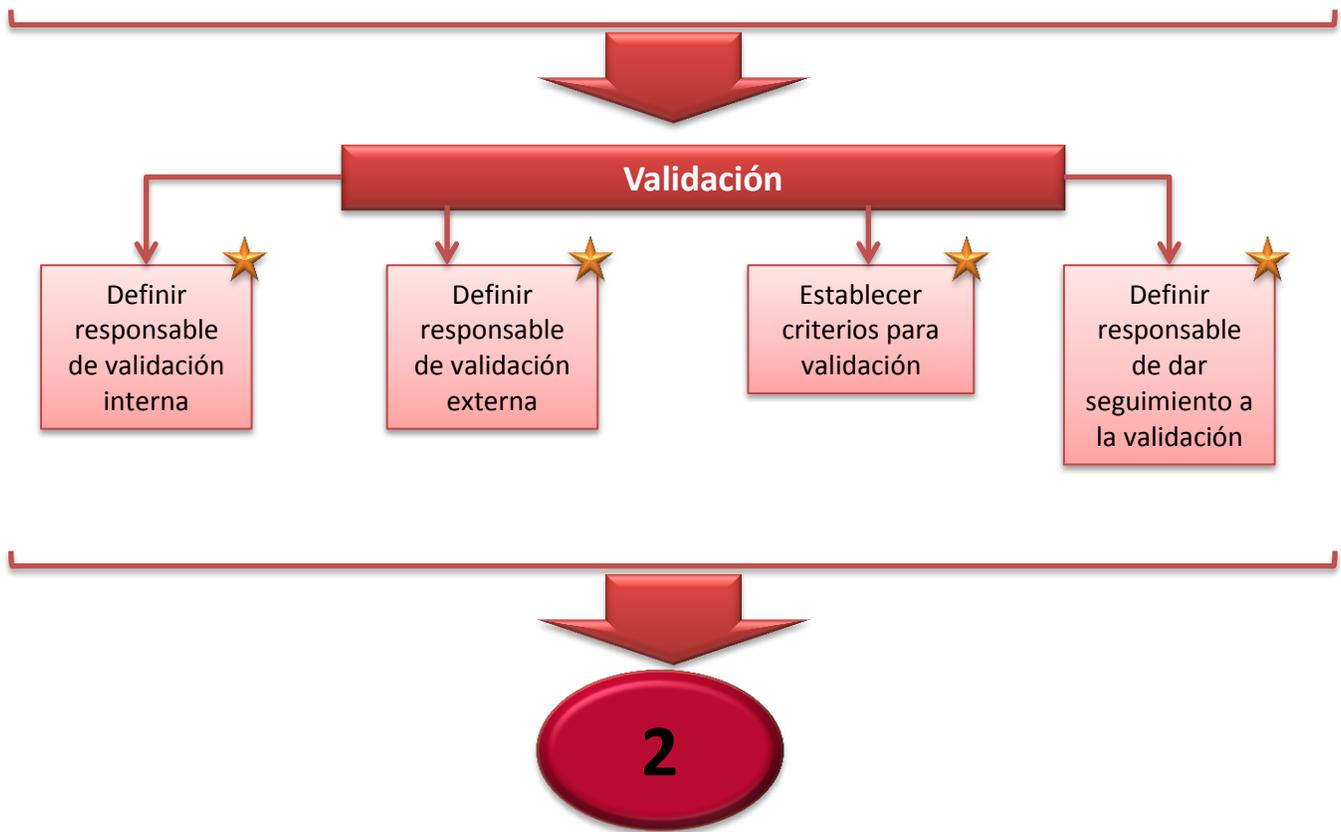
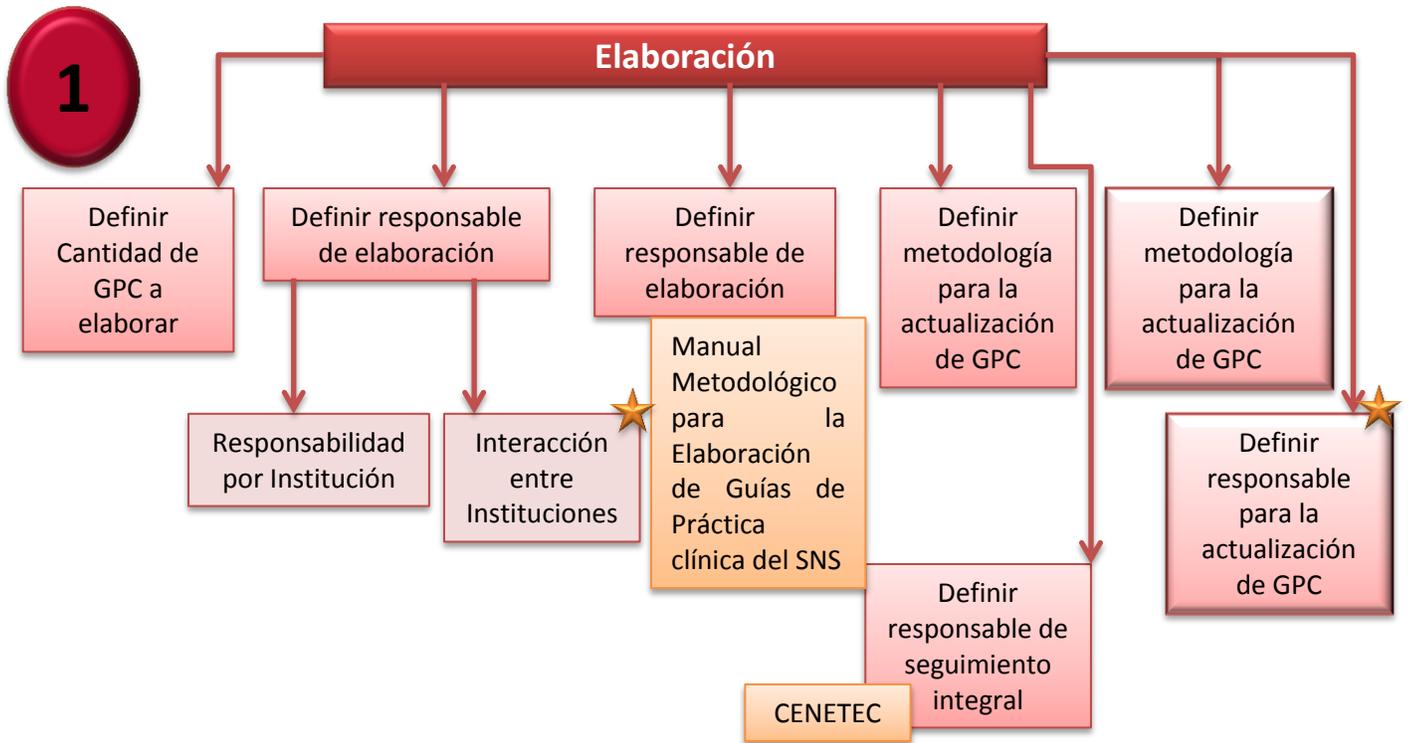
Análisis de Ruta Crítica

Con lo descubierto en los objetivos 1 al 7 se realizó un Análisis de Ruta Crítica. El análisis consiste en tres elementos:

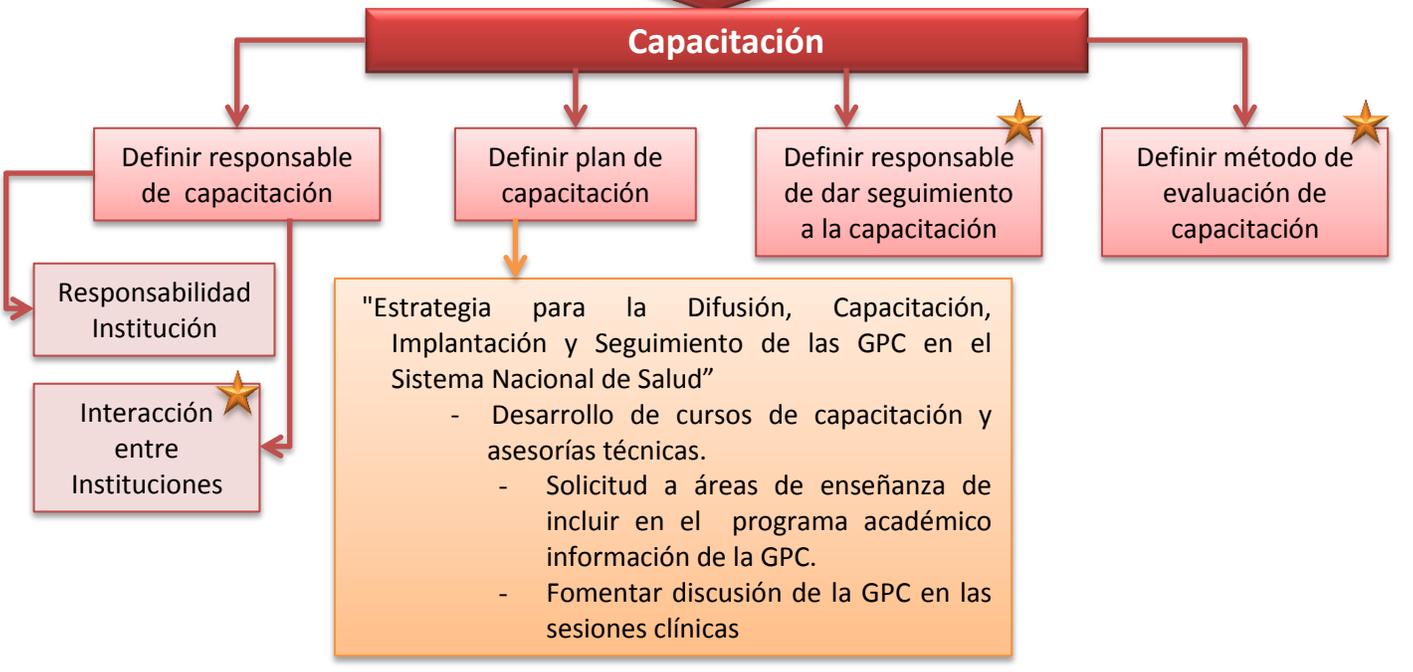
- La identificación de los pasos clave a seguir en cada etapa del proyecto (marcado en rojo y rosa en el diagrama)
- La identificación de los pasos seguidos durante cada etapa del proyecto (marcado en naranja en el diagrama)
- La identificación de las áreas de oportunidad dentro de la ruta crítica identificada (marcado con estrellas en el diagrama)

Análisis de Ruta Crítica



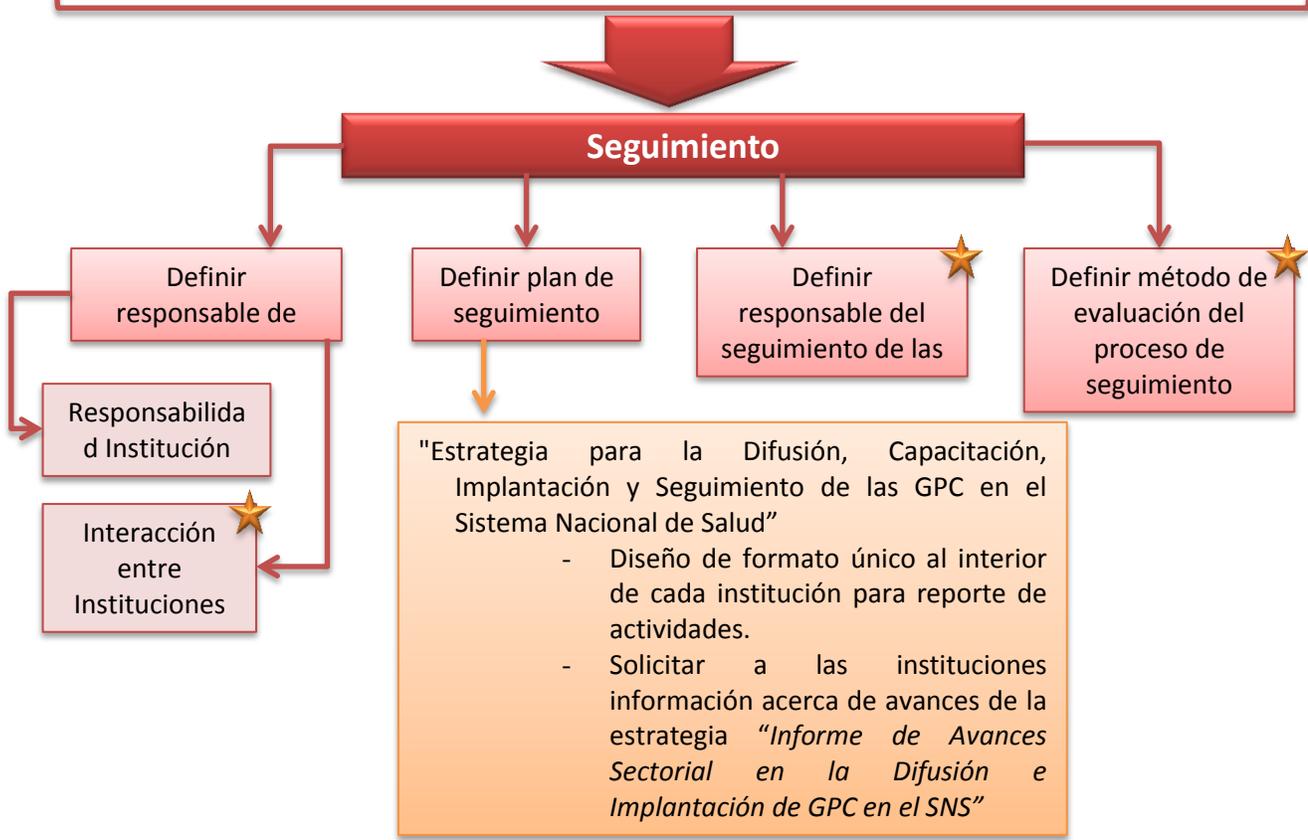
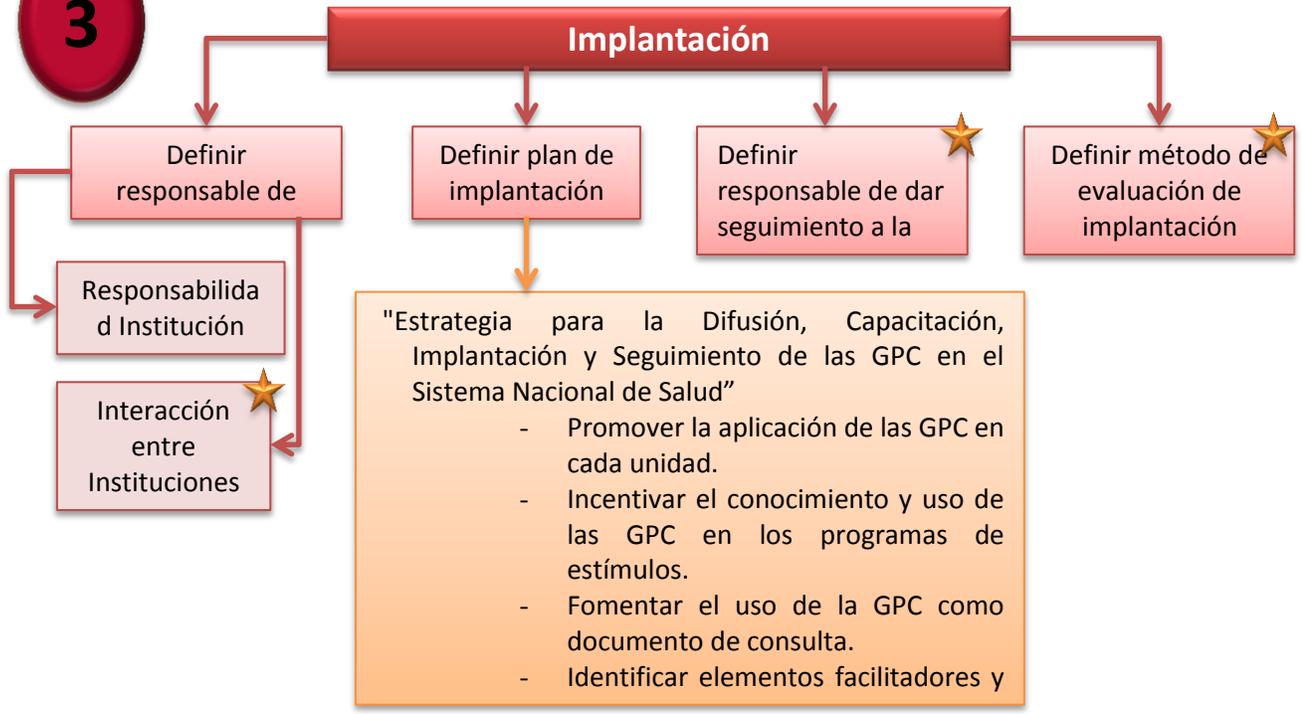


2



3

3



Del análisis anterior podemos concluir que las áreas de oportunidad encontradas en cada uno de los procesos son:

- ✓ Elaboración de plan y cronograma para el desarrollo de la GPC: Mayor especificación de cada etapa del proyecto así como las sub etapas que lo componen y los lineamientos que se debe cumplir cada etapa.
- ✓ Definir responsable de actualización de la GPC: aunque existe un tiempo para la actualización que va de 2 a 3 años, es necesario que exista un encargado de supervisar que el proceso se lleve de acuerdo a la metodología planteada.
- ✓ En cuanto a las etapas de validación, difusión, capacitación, implantación y seguimiento, las áreas de oportunidad son coincidentes, ya que se necesita definir responsables de cada una de estas áreas para que coordinen las estrategias pertinentes y la interacción entre las diferentes instituciones.
- ✓ Es importante que se definan métodos de evaluación de los procesos citados en el punto anterior, ya que se necesita tener un punto de referencia que no indique si las estrategias que se coordinan tienen un impacto positivo en el objetivo buscado.

Análisis FODA

	Administración y Organización	Operación	Finanzas	Otros factores institucionales
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de todas las instituciones • Apoyo directo por parte de las autoridades principales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión electrónica • Distribución en formato impreso y electrónico. 		
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de vinculación entre las fases del proyecto (elaboración, difusión, implantación) • La NOM es superior a la GPC, cuando las GPC está más actualizada que la NOM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de actualización constante de todas las GPC. • Necesidad de validación externa reconocida por los médicos usuarios de GPC. • Necesidad de difusión y capacitación en algunas unidades. • Falta de supervisión o evaluación de difusión e implementación 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos limitados para invertir en infraestructura y tecnología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de GPC entre médicos usuarios

	Económicos	Sociales o políticos	Tecnológicos	Otros
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de costos a través de la utilización de medios electrónicos para la difusión de las GPC. • Reducción de costos debido a la estandarización de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la imagen del sector salud al aumentar la calidad de los tratamientos. • Acceso a mejores tratamiento por parte de los pacientes. • Reducir las decisiones erróneas en la atención médica. • Ambiente político y académico a favor de la medida. 	<ul style="list-style-type: none"> • El aumento en el acceso a internet puede facilitar la difusión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar en los documentos mediante validación y actualización. • De mejora en la difusión mediante manuales de capacitación y metodología uniforme de difusión • De mejora en implantación mediante mecanismos de evaluación en unidades • De seguimiento mediante la asignación de responsables y objetivos
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto sujeto a aprobación e inflación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de recomendaciones obsoletas en la atención médica de la población. • Falta de aceptación del uso de GPC. • Acciones gubernamentales • Cambio de administración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de tecnología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza o resistencia del personal al uso de las GPC • Riesgo de obsolescencia ante la falta de actualización continua de todas las GPC

4 Conclusiones y Recomendaciones

Con base en los resultados del estudio se derivan las siguientes conclusiones:

- El proceso de elaboración ha sido exitoso y fructífero, ya que a la fecha se cuenta con 512 GPC. Sin embargo, el número de guías es muy grande con respecto a otros países. Esto sugiere que se requiere de un esfuerzo mayor para que las etapas que siguen a la elaboración se desarrollen satisfactoriamente.
- La distribución se ha realizado satisfactoriamente pero existen oportunidades de mejora. Algunas unidades no cuentan con el Catálogo Maestro completo. Una de las principales limitantes identificadas para la difusión es el acceso a internet.
- El conocimiento de las GPC es considerablemente alto entre los médicos entrevistados. Un indicador favorable es el número de médicos que reportan haber consultado alguna GPC en el último mes, particularmente en el segundo nivel de atención. La dirección electrónica del CM no es del conocimiento de la mayoría de los médicos.
- A pesar de que existen esfuerzos importantes de capacitación sobre las GPC, existen todavía muchas unidades que no han recibido capacitación acerca de las mismas. Asimismo, al no haber un manual de capacitación se presentan varianzas importantes entre las capacitaciones recibidas en las diferentes unidades.
- La percepción de las GPC entre los médicos usuarios de éstas es sumamente favorable. Prácticamente todos los médicos consideran que las GPC son útiles en la práctica médica. Este es un importante hallazgo ya que representa una gran plataforma para la implantación de las GPC entre los médicos del sector salud.
- A pesar de que se han realizado esfuerzos importantes en la difusión y la implementación de las GPC, siguen existiendo oportunidades de mejora en estos aspectos. Algunos de los encargados de difusión e implementación entrevistados reportan no contar con los recursos necesarios para realizar estas actividades. Un área de oportunidad importante es el conocimiento de la "Estrategia para la Difusión, Capacitación, Implantación y Seguimiento de las GPC en el Sistema Nacional de Salud". La principal barrera para la difusión reportada es la falta de equipo, material físico y recursos humanos. Los esfuerzos de difusión e implementación entre las diferentes instituciones debe de vincularse para que exista una retroalimentación sobre cuáles están siendo las mejores estrategias y éstas puedan ser retomadas por otras unidades u otras instituciones.
- El apego a las GPC sigue representando un área importante de oportunidad, ya que el fin último de la creación de las mismas es su uso en todos los niveles de atención y en todas las instituciones.

Con base en estas conclusiones se derivan las siguientes recomendaciones:

- Al haber alcanzado ya un gran número de GPC, se sugiere que se concentren esfuerzos en los procesos de validación externa, actualización y en la implantación de aquellas GPC que responden a áreas de atención donde existen problemas patentes de variabilidad en la práctica clínica.
- Sería recomendable dar una mayor publicidad a la dirección electrónica del Catálogo Maestro, ya que es una de las principales fuente de consulta. Esto complementaría los procesos de capacitación y generaría interés en los propios médicos por conocer más acerca de las GPC.
- Un proceso de seguimiento a la distribución, difusión, capacitación e implementación de las GPC con responsables y objetivos ayudaría a homologar los esfuerzos realizados en las diferentes instituciones y así obtener mejores resultados. Como parte de este proceso de seguimiento se podrían considerar elementos como:
 - Manuales de capacitación
 - Procesos de evaluación de la capacitación recibida
 - Procesos de revisión de expedientes continuos para validar el uso de las GPC
 - Sesiones de retroalimentación continua con los médicos de las unidades para contribuir a la mejora del proyecto
- A pesar de que ya se cuenta con la "*Estrategia para la Difusión, Capacitación, Implantación y Seguimiento de las GPC en el Sistema Nacional de Salud*", el seguimiento que se le ha dado a ésta no es el óptimo. En muchas unidades no cuentan todavía con su carta de adhesión a la estrategia y algunos médicos no tienen conocimiento de si su unidad cuenta con dicho documento. Un proceso de seguimiento a la estrategia más riguroso con responsables y objetivos contribuiría a obtener mejores resultados en el proyecto.

Agradecimiento

Se agradece el apoyo de las diferentes instituciones que nos facilitaron el acceso a sus instalaciones y al personal médico para poder realizar las diferentes entrevistas así como el acceso a sus expediente médicos. También se hace mención especial del tiempo concedido por los directivos y personal del IMSS, ISSSTE, SESA, CENETEC y DGCEs, así como su aportación para detectar las principales áreas de oportunidad de este proyecto.

5 Bibliografía

- i Clinical Guidelines from ACP accesado en http://www.acponline.org/clinical_information/guidelines/ el 7/11/2012
- ii Inclusion Criteria en <http://guideline.gov/about/inclusion-criteria.aspx> accesado el 7/11/2012
- iii Clinical Practice Guidelines, accesado en <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/index.htm> el 7/11/2012
- iv Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. Accesado en <http://portal.guiasalud.es/web/guest/objetivos-programa> el 7/11/2012
- v Catálogo de GPC en el SNS accesado en <http://portal.guiasalud.es/web/guest/criterios-catalogo-gpc> el 7/11/2012
- vi Published Clinical Guidelines, accesado en <http://guidance.nice.org.uk/CG/Published> el 8/11/2012
- vii GAIN Guidelines, accesado en <http://www.gain-ni.org/index.php/audits/guidelines> el 8/11/2012
- viii Who writes clinical guidelines for the UK, accesado en <http://www.patient.co.uk/guidelines.asp> el 8/11/2012
- ix Guidelines for guidelines, accesado en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2802&Itemid=354 el 8/11/2012
- x SINAVE, en CENAVECE, Salud, México accesado en http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/intd_sinave.html el 8/11/2012
- xi Vigilancia Epidemiológica, accesado en http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/sinave_04.html el 8/11/2012
- xii Dirección General de Información en Salud (DGIS), *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx> Consultado el 8/11/2012]