

# Algunas vertientes prácticas de las guías de práctica clínica

Carlos Campillo-Artero

Subdirección de evaluación asistencial. Servei Balear de la Salut. Palma de Mallorca. Baleares. España.

(Some practical features of clinical practice guidelines)

**B**astante se ha escrito y debatido hasta la fecha sobre las guías de práctica clínica (GPC). No es intención de este artículo repetir lo que ya se ha consignado en el plano teórico, sino verter algunos comentarios eminentemente prácticos sobre los peligros que amenazan su elaboración, selección, implantación, utilización y evaluación en España.

Cuando se analiza la elaboración, difusión y adopción de GPC se encuentra un primer contrapunto del que, salvando las debidas distancias, se pueden extraer algunas enseñanzas y detectar diversos peligros: la miríada de programas y protocolos elaborados en la última década en atención primaria y de vías clínicas en atención especializada. Desde el punto de vista cuantitativo, basta con medir el número de programas y protocolos de los servicios incluidos, como en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Insalud vigente hasta el 31 de diciembre de 2001 (p. ej., el Programa del niño sano, el Programa de atención al anciano, el Protocolo del alcoholismo o el Protocolo de la hipertensión arterial) o el de las vías clínicas sobre un mismo proceso contempladas en los apartados de calidad de los contratos de gestión de los hospitales<sup>1</sup>. En lo que atañe a las GPC, las primeras evaluaciones realizadas en el seno del proyecto GUÍASALUD (integrado por técnicos representantes de todas las comunidades autónomas y uno de cuyos fines es la creación de un registro nacional activo de guías de práctica clínica)<sup>2</sup> ofrecen resultados congruentes con lo anterior: la cifra de documentos encontrados en España que llevan el marbete *Guía de práctica clínica* supera hoy los 400 (GUÍASALUD, comunicación personal, 2004).

Desde el punto de vista cualitativo, hay que poner de relieve las notables deficiencias de estructura de muchos protocolos, programas, vías y guías clínicas, así

como la elevada variabilidad observada en su formato, ordenación de la información, objetivos, actividades y modelos de evaluación. Gascón Casanovas et al publicaron hace tiempo un acendrado trabajo –probablemente aún vigente– sobre estos aspectos en el ámbito de la atención primaria, y en el marco del proyecto GUÍASALUD se está haciendo respecto de las GPC<sup>2,3</sup>. Además, las revisiones que se han hecho de las guías de práctica clínica elaboradas en España (en buena parte en el seno de los proyectos GUÍASALUD) revelan que muchas de ellas no lo son *stricto sensu*; pretenden serlo, pero incumplen buena parte de los requisitos necesarios para ser consideradas como tales<sup>2</sup>. No superan, por ejemplo, el escrutinio de instrumentos de evaluación consensuados y empleados por la comunidad internacional, como el Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)<sup>4</sup>.

No es ocioso destacar la ausencia en nuestro país de evaluaciones rigurosas de la efectividad y la eficiencia pretendidas con los objetivos y las pautas contenidos en dichos documentos. Este aspecto cobra especial relevancia cuando las comunidades autónomas que han recibido las competencias sanitarias hace apenas 2 años se siguen preguntando qué guías han de implantar, cómo han de hacerlo o qué cambios deben introducir para mejorar las disponibles (y la realidad no es muy diferente en las comunidades que recibieron las competencias sanitarias hace más tiempo). A pesar de ello, ya se han dado los primeros pasos en esta línea, entre los cuales destacan algunos proyectos de alcance nacional, como GUÍASALUD (<http://www.guiasalud.es>) y REDeguías (<http://www.redeguias.net>), en los cuales se ha comenzado a elaborar registros de documentos que cumplen criterios claramente definidos de GPC, a analizar sus características y las barreras que dificultan su implantación, y a evaluar cambios en la práctica de los profesionales derivados de su adopción, entre otros objetivos<sup>2</sup>. Estos proyectos, junto con las experiencias de otros países –véase, por ejemplo, los trabajos de la Canadian Health Services Research Foundation (<http://www.chsrf.ca>) o el Health Services Research and Development Service de la Veterans Administration (<http://www.hsrp.research.va.gov>)– son una valiosa experiencia que debe ser tenida en cuenta.

*Correspondencia:* Carlos Campillo-Artero.  
Subdirección de evaluación asistencial.  
Servei Balear de la Salut.  
Reina Esclaramunda, 9. 07003 Palma de Mallorca.  
Baleares. España.  
Correo electrónico: [campillo@oceas.es](mailto:campillo@oceas.es)

*Recibido:* 26 de agosto de 2004.

*Aceptado:* 9 de mayo de 2005.

Hasta la fecha, la mayor parte de los esfuerzos realizados con GPC se han dirigido –y a veces dilapidado– a la estructura (elaborar e implantar programas, protocolos, vías y guías), pocos al proceso y menos aún a la evaluación de resultados de estas tecnologías, otro contrapunto digno de mención. Entiéndase que programas, protocolos, vías y guías son tecnologías en virtud de las definiciones de tecnología médica acuñadas por la Organización Mundial de la Salud y la Office for Technology Assessment de Estados Unidos<sup>5</sup>. Por añadidura, la precariedad del trabajo realizado se ha visto reforzada por el tipo de indicadores prodigados en los contratos de gestión o contratos-programa, tanto en atención primaria como en especializada, toda vez que, *de iure* y *de facto*, los objetivos marcados en ellos, su evaluación y los consiguientes incentivos con frecuencia se circunscriben al número de servicios o prestaciones respaldados por programas o protocolos en atención primaria y al de vías clínicas, guías o procesos implantados en los hospitales, sin apelar siquiera a los resultados de salud concretos que de ellos se esperan.

No hay que llevarse a engaño conformándose o creyendo que la mera adopción de programas, protocolos y vías clínicas, o de guías de práctica clínica –por qué iban a ser éstas una excepción–, sea de antemano un garante de su efectividad y eficiencia. Ambas dependen de muchos otros elementos, como la medida en que realmente están respaldadas por pruebas científicas, el grado en que se adaptan a las peculiaridades y a la capacidad organizativas del lugar de implantación, la factibilidad y viabilidad de las pautas, recomendaciones, medidas o prestaciones que incluyen, la experiencia acumulada en el uso de otras guías o protocolos, el que se acompañen o no de incentivos de diversa naturaleza, y un largo etcétera<sup>6,7</sup>. Tampoco hemos de ser ilusos ni contentarnos con seguir espoleando la tendencia, a veces atolondrada, al «cuantos más documentos tengamos elaborados, mejor», sin reparar en el rigor de su contenido, la variabilidad entre el mismo tipo de documentos ya implantados o la factibilidad de su implantación, seguimiento y evaluación. Recuérdese a este respecto la norma técnica mínima del Insalud, que obligaba a disponer en cada una de las gerencias de atención primaria de un programa o protocolo que respaldara todos y cada uno de los servicios incluidos en la cartera, y valórese, además, cuántos de ellos se evaluaron a la postre con un mínimo rigor. Repetir esta actuación sería imperdonable, pero todo parece indicar que con las GPC podemos estar incurriendo de nuevo en el mismo error que con protocolos y programas en atención primaria.

Acaso sea útil confiar alevosamente una sospecha a modo de carnaza para el debate. Los problemas consignados quizá sean en parte tributarios de una tendencia a adoptar nuevas tecnologías (guías, protocolos, modelos de gestión clínica, procesos, institutos, etc.)

de forma más o menos inopinada, sin conocerlas cabalmente y en profundidad, con precipitación y con un sentido de inmediatez, como por mimetismo compulsivo («Otros los hacen, pues nosotros también y pronto»), y sin analizar a fondo las circunstancias y el lugar donde se van a implantar, el interés y la formación reales de los que se van a responsabilizar de ello, ni si se dispone o no de los recursos necesarios. No olvidemos tampoco que a veces se soslayan los resultados de las evaluaciones de su efectividad y eficiencia procedentes de otros lugares (¿abundan?) y que a menudo confundimos medios con fines<sup>8</sup>. Las guías clínicas, los protocolos, los programas o los planes son medios con los cuales se pretende introducir cambios, modificar alguna parcela de la realidad, obtener algún resultado prefijado, no fines en sí mismos.

Además, deberíamos ser cautos antes de implantar en nuestro ámbito de trabajo guías elaboradas por otros en otro lugar –aunque correspondan a la de una o más sociedades científicas nacionales o extranjeras– sin escrutar previamente su viabilidad en las condiciones específicas en que se van a emplear, actualizarlas, valorar la idoneidad de introducir alguna modificación para responder a imperativos locales de organización, programación o coordinación, ni estimar la necesidad de adaptarlas a la disponibilidad de recursos humanos y materiales del entorno concreto.

Disponer de todo ello cuesta dinero y consume bastante tiempo de muchos profesionales que, a buen seguro, tienen otra actividad como principal ocupación. Usufructuar el voluntarismo de los demás no está bien, pero abusar de él es una conducta reprochable que resta autoridad moral a los directivos. Si las gerencias y los equipos directivos deciden utilizar GPC, han de estar seguros con antelación de que pueden proporcionar el respaldo organizativo, económico y metodológico necesario para garantizar su uso, porque su implantación, seguimiento y evaluación consumen recursos de diversa índole. Tampoco deben conformarse con la implantación de estas tecnologías. ¿Cuántos de estos documentos han acabado reposando en los anaqueles de las librerías de nuestros despachos? ¿Cuántos los pusieron sobre la mesa de su consulta tras recibir el aviso de la inminente llegada del auditor? Además, en lugar de las frecuentes atribuciones gratuitas (y, por consiguiente, falaces) de su efectividad, eficiencia, o de ambas, habríamos de hacer los esfuerzos necesarios para sustentadas, implantarlas, controlarlas, así como para evaluar con rigor si realmente sirven para alcanzar los objetivos marcados en mayor o menor medida.

En suma, parece haber un parangón entre lo apuntado en diversas publicaciones en relación con las GPC y las conclusiones que se extraen al reflexionar sobre lo ocurrido con programas, protocolos y vías clínicas en el vasto campo de pruebas del Sistema Nacional de

Salud. Y ello se ha producido a despecho de que, en principio, con las guías se pretende, entre otras cosas, alcanzar objetivos frustrados con programas y protocolos (reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica, adoptar las tecnologías cuya efectividad está respaldada suficientemente por pruebas científicas, etc.) y de que, por definición y a diferencia de estos últimos, los métodos para elaborar las GPC deberían ser sistemáticos y tener en cuenta esas pruebas, so pena de ponernos en evidencia.

Resta preguntar si las consejerías de sanidad y las gerencias de atención primaria y especializada de sus servicios de salud tienen y deben desempeñar algún papel con miras a subsanar estas deficiencias. Tal vez las nuevas versiones de los planes de salud y de los planes estratégicos y de gestión de ambos ámbitos de la atención sanitaria hayan de incluir un apartado, si no lo contienen ya, para prescribir medidas dirigidas a evitar o minimizar de algún modo los problemas que ya parecen estar planteando las GPC. Los contratos de gestión –con sus incentivos apendiculares de mayor o menor contenido– podrían constituir una herramienta útil adicional que no deba descartarse para contribuir, mediante la elaboración, la implantación y la evaluación de las las GPC, entre otras cosas, a reducir la variabilidad observada en la práctica clínica, mejorar la gestión de procesos y la coordinación entre atención primaria y especializada, potenciar la ambulatorización y, en definitiva, a fomentar la evaluación de resultados y la práctica clínica basada en pruebas científicas. Eso sí, a este último recurso yo sólo acudiría tras cerciorarme de que dichos contratos de gestión gozan de predicamento y confianza entre los gestores y los profesionales, lo cual, seamos honestos, no siempre ocurre.

Los esfuerzos encaminados a mejorar la situación también podrían caer en un erial si no se fortalece la coordinación entre comunidades autónomas e internacional, no vayamos a incurrir en un «síndrome de la torre de Babel», lo que sin duda actuaría como garante de la variabilidad a priori, repercutiría en la atención de los pacientes, y reduciría el interés y la confianza de los que

están dispuestos a hacer y de los que ya han hecho un trabajo riguroso y honesto al respecto. A veces las pretensiones políticas, académicas y gerenciales están algo alejadas de la práctica clínica cotidiana.

---

### Conflictos de interés

El Servei Balear de la Salut no comparte necesariamente las opiniones contenidas en este artículo, cuya responsabilidad corresponde exclusivamente a su autor.

### Bibliografía

1. Instituto Nacional de la Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas. Madrid: In-salud; 1999.
2. Guía salud. Análisis del cuestionario sobre «Implantación y utilización de guías de práctica clínica: instrumentos, recursos y redes». Documento de trabajo n.º 17. Barcelona: Fundación Salud Innovación y Sociedad, 2003. Disponible en: <http://www.fundsis.org/Actividades/publicaciones/Documento%20de%20trabajo%2017.pdf>
3. Gascón Casanovas JJ, López Montesinos MJ, Gaona Ramón JM, Saura Llamas J, Saturno Hernández PJ. Evaluación de la calidad de los denominados «protocolos clínicos» de atención primaria elaborados en la Comunidad Autónoma de Murcia. 1999;23:204-10.
4. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. London: The AGREE Collaboration; 2001.
5. Office of Technology Assessment. Assessing the efficacy and safety of medical technologies. Washington, DC: US Government Printing Office; 1978.
6. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1992.
7. Banta HD, Luce B. Health care technology and its assessment. An international perspective. New York: Oxford University Press; 1993.
8. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess. 2004;8:1-74.