



Consensos, Guías y Protocolos

Enrique Ardila Profesor Asociado de Medicina Interna y Endocrinología, Centro de Epidemiología Clínica, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. Germán Gamarra MSc. Especialista en Medicina Interna y Nefrología. Epidemiólogo Clínico. Profesor Titular. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Juan B. Pinzón MSc. Profesor Asistente. Especialista en Medicina Interna y Endocrinología. Epidemiólogo Clínico. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.

INTRODUCCIÓN

Uno de los campos más importantes dentro de la evaluación en medicina, es la síntesis de conocimientos, basada en estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Dentro de la síntesis de conocimientos a las cuales recurre la evaluación médica, figuran las conferencias de consenso (1).

Las conferencias de consenso permiten establecer el estado de los conocimientos en un momento dado (estado del arte), así como poder definir una posición cuando se trata de una conducta discutible, ya sea preventiva, diagnóstica e incluso terapéutica.

Apoyándose en la síntesis de la información médica, éstas tienen como principal objetivo la mejoría de la práctica clínica y de la calidad del tratamiento. Este objetivo puede obtenerse de diversas maneras: favoreciendo la introducción en la práctica médica de toda innovación debidamente probada, estimulando el abandono de métodos antiguos y obsoletos, y aún más, cuestionando prácticas cuyo valor es realmente insuficiente (2).

Teniendo en cuenta las dificultades y límites de una conferencia de consenso, parece oportuno el desarrollo de

otras metodologías como son las guías o protocolos de manejo (para algunos recomendaciones sobre la práctica médica), asegurando el manejo de los pacientes de una manera racional y lógica, siguiendo unos patrones establecidos y asegurando unos desenlaces deseados.

Desarrollo de las conferencias de consenso

Históricamente las primeras conferencias de consenso fueron organizadas en los Estados Unidos en 1977. El Instituto Nacional de Salud (National Institute of Health NIH) puso en práctica y desarrolló este método de evaluación respondiendo a la inquietud del Congreso Americano debida al enorme aumento de las inversiones en salud, que según ellos, provenía de la utilización prematura de nuevas tecnologías, cuyo beneficio no había sido demostrado. El NIH tenía la misma inquietud, nacida en su casos de los problemas originados en la transferencia de tecnología hacia su aplicación en medicina clínica, aunque este proceso se realizara en las mejores condiciones posibles.

Después de haber definido de una forma real y concreta los grandes principios de cómo realizar una conferencia

de consenso, el NIH comisionó al OMAR (Office of Medical Application of Research) la gestión y desarrollo de este programa.

Al final de su experiencia, las conferencias de consenso, a pesar de la controversia que despertaron, demostraron ser un método de evaluación eficaz y adaptado para establecer un perfil sobre las indicaciones clínicas, sus límites y beneficios. En este momento se admite como hipótesis que la difusión de las conclusiones puede contribuir en cierta medida a mejorar la práctica profesional y a reducir las inversiones en el área de la salud.

Los Estados Unidos son el país con mayor experiencia en este campo y desde 1978 ha organizado conferencias de consenso sobre diferentes tópicos relacionados con medicamentos, equipos, técnicas, protocolos de prevención, métodos diagnósticos etc.

A partir de su ejemplo, otros países han desarrollado el método de la conferencia de consenso con algunas variables (Países Bajos, Alemania, Francia, Canadá, Gran Bretaña etc).

Objetivos y desarrollo

La Conferencia de Consenso como

método de evaluación, tiene por objeto tratar de resolver un problema frente a una posición controvertida relacionada con un procedimiento médico, que busca mejorar la práctica clínica y que se inspira a la vez en una reunión científica según el modelo parlamentario. Reúne diferentes actores que son:

El Promotor: es quien toma la iniciativa de la conferencia, consigue la financiación y escoge el tema. En una segunda fase confía la responsabilidad de la conferencia a un comité de organización, que constituye la clave en la construcción de este "edificio".

En efecto este comité desempeña una triple función: a) selecciona las preguntas a las cuales debe responder la conferencia, b) designa el jurado y su presidente y c) nombra los expertos. Antes de que tenga lugar la conferencia, éstos últimos están encargados de realizar una revisión de la literatura científica y su papel consiste en suministrar las informaciones susceptibles de aportar elementos de respuesta a las preguntas puestas en consideración del jurado.

La independencia del jurado es una condición esencial en el éxito de la conferencia propiamente dicha, que se realiza durante dos o tres días. En primer lugar, los expertos exponen sus puntos de vista apoyándose en las referencias bibliográficas y los defienden delante del jurado y del público, último actor en entrar en escena.

En seguida se inicia el debate entre los expertos, el jurado y el público, bajo la autorización del presidente del jurado, cuyos miembros al finalizar estos intercambios, se retiran a deliberar a "puerta cerrada", y elaboran por consenso sus conclusiones y recomendaciones.

Al final de la conferencia del jurado presenta en sesión plenaria el texto defini-

tivo de su recomendaciones como respuesta a las preguntas planteadas al inicio de la conferencia. Las recomendaciones serán objeto de una difusión inmediata a gran escala. Luego de la difusión de las recomendaciones, el comité de organización y de promoción deberá medir el impacto de la conferencia.

Hay que destacar que una conferencia de consenso es ante todo un lugar de debate, situado en un momento dado y en un espacio específico, donde tiene lugar una discusión importante entre los diversos actores, lo que la enriquece aún más.

En efecto el análisis crítico al cual se enfrentan los diferentes expertos, la necesidad de que cada participante defienda sus argumentos con un razonamiento lo más riguroso posible y el camino a veces difícil que conduce al consenso; lleva consigo un debate de fondo, en donde mucho interesan las recomendaciones emitidas al término de la conferencia. Entre éstas suelen destacarse la falta de datos científicos en ocasiones, ausencia de consenso sobre el "estado normal" en algunas circunstancias o aun la imposibilidad de comparar dos estudios realizados con una técnica estandarizada. Estas constataciones transitorias abren caminos nuevos a la investigación científica y en lo posible deben tenerse en cuenta después de la conferencia (3).

Dificultades y límites de una conferencia de consenso

Entre las dificultades encontradas se destacan:

Escogencia del tema y el objetivo, la preparación y el desarrollo en el tiempo limitado destinado a la conferencia; el poder llegar a acuerdo a partir de los distintos intereses; la redacción de las recomendaciones (ésto por si solo conlleva tres problemas grandes: el análisis crítico de la literatura científica, las

bases sobre las cuales se fundamenta una conferencia de consenso y el nivel de demostración científica); y por último la medida del impacto en la práctica profesional.

Entre las dificultades señaladas se destacan cuatro que parecen merecer un análisis mas detallado, se trata de:

- La escogencia del tema.
- El acuerdo entre las diferentes visiones que sustentan las controversias existentes.
- La manera de difundir las recomendaciones.
- El impacto de las diferentes estrategias y de las recomendaciones.

Los conflictos de interés son inherentes a toda conferencia. Se pueden manifestar muy precozmente, desde la escogencia del tema y la selección de las preguntas, hasta el modo de elaborar las recomendaciones. Los distintos intereses en juego le pueden restar objetividad científica a la conferencia e incluso intervienen en la redacción de las conclusiones dadas por el jurado.

También pueden dar origen a problemas financieros cuando por ejemplo un experto se desempeña a la vez como consultor en una compañía oficial o particular, o cuando existen convenios (acuerdos de investigación, financiación, registros) entre la industria farmacéutica y la universidad.

Los Estados Unidos han realizado un análisis importante de estos conflictos de interés y también han propuesto criterios opuestos para su administración: el primero "de prohibición", donde las relaciones financieras entre los investigadores y la industria farmacéutica definitivamente no son aconsejadas, mientras que en el segundo impera el sentido práctico, en tanto se reconoce que estos conflictos son inevitables y que la mejor actitud consiste en destacar los puntos en común y en explicar los

diferentes intereses de las dos partes discutiéndolos abiertamente.

Medidas del impacto

Se trata de poder medir la utilidad de las conferencias de consenso de acuerdo con su objetivo: cambiar la práctica y las actitudes médicas. Este trabajo es más importante que la misma conferencia de consenso, aunque realizarlo es difícil y costoso.

En Colombia el Ministerio de Salud inició en 1995 el desarrollo de Conferencias de Consenso que se pretendía se difundieran a nivel nacional, desafortunadamente con los cambios de políticas del gobierno esta iniciativa no prosperó. Las asociaciones profesionales también han realizado algunos intentos con un mayor impacto, pero sin datos hasta el momento sobre la influencia que han podido ejercer (3,4)

Las investigaciones de la Rand Corporation han evaluado el impacto de varias conferencias de consenso y parece que lo esencial no han inducido a modificar la práctica médica en el contexto norteamericano. Por otro lado, lograr una relación entre una conferencia y el cambio de actitudes en la práctica no es fácil, al parecer debido a dos razones principales:

- a. Las modalidades del impacto varían. Tradicionalmente se evalúa el conocimiento de las recomendaciones y su grado de aplicación en la práctica real.
- b. Otras dificultades provienen de varios factores. La formación inicial dada en las facultades de medicina, los cursos de educación médica continuada, el costo de una técnica dada (y la posibilidad de ser adquirida en los hospitales), y la existencia de auditoría médica que podría ejercer una influencia importante en el consenso mismo. Es interesante hacer notar que el solo anuncio de una conferencia de consenso podría eventualmente modificar la práctica misma.

Teniendo en cuenta las dificultades y límites de la conferencia de consenso, parece oportuno el desarrollo de otras metodologías más prácticas y económicas, como podrían ser las guías y protocolos de manejo. Con un mecanismo pedagógico progresivo y profundo, este método es diferente para la elaboración de "conductas para tener en cuenta", pero conlleva los mismos problemas de difusión y evaluación del impacto profesional en la práctica médica.

Guías de práctica clínica (GPC)

Existe interés creciente sobre las guías de práctica clínica que se ha hecho más notorio en la última década. Actualmente en muchas instituciones, las GPC hacen parte de la práctica usual e influyen para la toma de decisiones al lado de la cama del paciente y en las normas de operatividad de los hospitales. Se tienen en cuenta por parte del gobierno y las aseguradoras para definir sus gastos en salud. En países desarrollados, éste interés ha crecido como consecuencia del aumento en los costos de la salud debidos a una mayor demanda de servicios, al uso de tecnologías más costosas y al envejecimiento de la población (5).

Hay una gran variabilidad en el cuidado ofrecido a los pacientes por los diferentes proveedores del servicio; de un médico a otro o de un especialista a otro dentro de la misma especialidad, entre diferentes instituciones (Hospitales, Clínicas, Consultorios) o entre diferentes regiones geográficas; estas diferencias pueden ser resultado de un inapropiado cuidado por excesivo uso o por sub-utilización de los recursos disponibles, debido en parte a un deseo de los profesionales por ofrecer y de los pacientes a recibir "el mejor cuidado posible".

Las GPC pueden ser vistas por muchos clínicos y por proveedores y pa-

gadores del servicio como una herramienta que permite un cuidado más consistente y eficiente y que ayuda a cerrar la brecha que existe entre lo que se hace y la evidencia científica que soporta las decisiones; se pueden definir como "un desarrollo sistemático de enunciados o principios para ayudar a los médicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados más apropiados en salud para situaciones clínicas específicas".

Aunque desde tiempo atrás han existido diversas formas de "guías o protocolos", las personas que los han desarrollado conocen poco sobre los métodos específicos para realizarlos y los criterios para evaluar su calidad o su impacto; por lo tanto, podemos aceptar que el desarrollo de GPC ha evolucionado desde unas "pautas o protocolos de manejo" establecidos con base en la experiencia de uno o varios expertos, hasta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, pasando por el desarrollo de guías por medio de consenso informal o formal (5,6).

Desarrollo histórico

En el Reino Unido, en particular en Inglaterra, las GPC han existido desde hace varias décadas, lo mismo que en otros países de Europa y en Australia; sin embargo, solo en años recientes las guías han sido desarrolladas como una herramienta orientada a la implementación de medidas que han demostrado ser efectivas para mejorar la salud. A partir de 1980 el proyecto de evaluación de eficacia clínica del American College of Physicians han desarrollado un método que trata de unir las recomendaciones dadas con la calidad de la evidencia existente. Para ello se reúne un grupo de expertos en el tema y en metodología de la investigación que son seleccionados para buscar, evaluar y resumir la evidencia existente, en especial la publicada. Se elabora un documento que incluye una

revisión general del tema, un enunciado claro de los objetivos, una descripción de los criterios para incluir o rechazar estudios, los métodos de búsqueda y análisis de los datos disponibles en las publicaciones, un análisis de los aspectos económicos (usualmente costo-efectividad), la comparación de las diferentes tecnologías disponibles (si es el caso), una presentación de los hallazgos que incluye los niveles de evidencia en pro o en contra de los procedimientos, una explicación de los beneficios marginales comparados con técnicas similares y finalmente una tabla que resume las recomendaciones; después de éste paso el documento se somete a revisión externa y se busca la opinión de médicos en ejercicio y de las especialidades y sub-especialidades relacionadas. Luego se publica con el fin de obtener una adecuada crítica y sugerencias por medio de las cartas al editor.

Se han utilizado otros métodos en los que se define y se evalúa previamente la calidad de la publicación y el nivel de evidencia que aporta de acuerdo al rigor con el que se realiza el estudio y con el tipo de estudio del cual proviene la evidencia (metanálisis, ensayos clínicos, estudios de cohorte, casos y controles, series de casos o recomendaciones de expertos).

La ventaja más importante de las GPC basadas en la evidencia es que se fundamentan en una cuidadosa revisión de la evidencia disponible, pero su principal desventaja es que con frecuencia no se obtiene una evidencia aceptable que respalde las recomendaciones. Solo una escasa proporción de las prácticas clínicas son respaldadas con estudios bien elaborados, como ensayos clínicos aleatorizados; por lo tanto es posible que algunas prácticas actuales no se puedan soportar de forma adecuada; por ello, la mejor evidencia disponible con frecuencia se limita a las opiniones del experto o expertos o en el mejor de los casos a las recomen-

ciones obtenidas por consenso.

En Colombia, durante el año de 1997, a través de un convenio entre la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ISS), se desarrollaron las primeras GPC basadas en la evidencia; es necesario evaluar el impacto que produce su aplicación y la aceptación por parte de la comunidad científica que debe implementarla.

Objetivos y desarrollo de las GPC

Las GPC son consideradas válidas si cuando son aplicadas conllevan una ganancia en términos de mejorar la salud y reducir los costos previstos para tales eventos; cuando estas guías son adecuadamente diseminadas e implementadas, se obtienen cambios en la práctica y mejoran los desenlaces en el paciente; al contrario, la diseminación e implementación de guías inválidas llevan a desperdiciar recursos en intervenciones inefectivas y en el peor de los casos a deteriorar la salud del paciente (7).

La validez de una GPC se relaciona con tres principales factores: la composición y desarrollo del panel de la guía y su proceso, la identificación y síntesis de la evidencia y el método de construcción de la guía. Una buena GPC debe tener tres propiedades (4):

- Definir preguntas prácticas e identificar explícitamente todas sus posibles opciones de decisión y desenlaces.
- Identificar en forma explícita, evaluar y resumir de la manera que sea mas relevante para los que toman las decisiones, la mejor evidencia acerca de prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, riesgos y costo-efectividad.
- Identificar los puntos de decisión al cual el nivel de evidencia necesita ser integrado con la experiencia clínica indi-

vidual para decidir un curso de acción; lo mas importante no es decir qué hacer, sino identificar un espectro de potenciales decisiones que cuando se les adiciona la experiencia, el juicio clínico individual y las preferencias y expectativas del paciente ayudaran a tomar una decisión propia pero orientada al mejor interés de su paciente.

Las GPC se deben responder tres interrogantes que deben integrarse para ofrecer la mejor atención a los pacientes: 1. Son válidas las recomendaciones de la guía? 2. Es la guía o estrategia potencialmente útil? 3. Debería ésta guía ser aplicada en su práctica clínica? (7,8)

Beneficios potenciales

El principal beneficio de las GPC es mejorar la calidad del cuidado al paciente. Aunque ha sido demostrado en algunas evaluaciones que las guías mejoran la calidad, no es claro demostrarlo en la práctica diaria, en parte porque los pacientes, médicos, pagadores y gerentes definen la calidad de forma diferente y porque la evidencia en cuanto a la efectividad de las guías no es suficiente (5).

Beneficios para los pacientes

Para pacientes, (y para cualquiera) el mayor beneficio que se puede lograr es mejorar los resultados en salud. Las guías que promueven intervenciones con probados beneficios y desalientan el uso de intervenciones inefectivas reducen la morbilidad, mortalidad y mejoran la calidad de vida, al menos en algunas condiciones. Las guías también mejoran la consistencia del cuidado; algunos estudios muestran que la frecuencia con que los procedimientos son aplicados varía dramáticamente entre los médicos, especialidades y regiones geográficas. Pacientes con problemas clínicos similares, reciben cuidado diferente. Las GPC ofrecen la posibili-

dad de que los pacientes sean atendidos de la misma forma sin importar donde o quien los trata.

Las GPC ofrecen otros beneficios para los pacientes. La información puede obtenerse en lenguaje adaptado al público explicando lo que su médico debe hacer para su enfermedad; se explican los riesgos y beneficios con estimados de probabilidad que le permite al paciente tomar decisiones con respecto a su salud y considerar sus necesidades personales y preferencias al seleccionar la mejor opción. En efecto, los clínicos deberían primero aprender sobre nuevas guías (o recordarlas) cuando los pacientes piden recomendaciones u opciones para su tratamiento.

Finalmente, las GPC pueden ayudar a los pacientes al influenciar política pública. Las guías llaman la atención de problemas de salud, servicios clínicos, e intervenciones preventivas no reconocidos previamente y a población olvidada o grupos de alto riesgo. Los servicios que no fueron ofrecidos previamente a los pacientes pueden hacerse disponibles como respuesta a una nueva guía disponible. Las GPC desarrolladas con atención al bienestar público pueden promover la justicia distributiva, al entregar mejores servicios a quienes los necesitan. En un sistema de promoción de salud limitado económicamente, las guías que mejoran la eficiencia del cuidado de la salud y pueden bajar los costos de algunos servicios.

Beneficios potenciales para los profesionales de la salud

Las guías pueden mejorar la calidad de las decisiones clínicas. Ofrecen recomendaciones explícitas para los clínicos que no saben como proceder, cambian las creencias de médicos acostumbrados a las prácticas obsoletas, y proporcionan recomendaciones autorizadas que hacen sentir a los médicos más seguros sobre sus tratamientos. Las

GPC basadas en la evidencia identifican las intervenciones que tienen beneficios probados y documentan la calidad de los datos que las soportan, alertando a los clínicos sobre otras intervenciones no apoyadas científicamente, inefectivas y peligrosas.

Las GPC apoyan las actividades de mejoramiento de la calidad. El primer paso en el diseño de herramientas de valoración de la calidad es obtener un acuerdo sobre la forma en que los pacientes deben ser tratados, desarrollando una guía. Las guías son un punto común de referencia para auditorías clínicas en hospitales. Los exámenes, tratamientos y metas recomendadas en las guías proporcionan elementos para medir su aceptación.

Los investigadores médicos se benefician de la importancia que las GPC le dan a los vacíos en la evidencia ya que permiten centrar la atención en aspectos claves que generan preguntas de investigación. La valoración crítica de la literatura identifica las fallas en el diseño de los estudios existentes, permite reconocer la presencia o ausencia de evidencia para redirigir el trabajo de investigadores y orientar a las agencias patrocinadoras a financiar estudios que llenen las expectativas de efectividad.

Finalmente, los clínicos pueden buscar las guías con el fin de obtener protección médico-legal o reforzar su posición al tratar con administradores que están en desacuerdo con sus prácticas.

Beneficios potenciales para los sistemas de salud

Los proveedores de servicios de salud, los gobiernos y aseguradores privados que pagan por el servicio, han descubierto que las GPC pueden ser efectivas para aumentar la eficiencia y optimizar el uso de sus recursos. La implementación de algunas guías puede reducir los desembolsos por hos-

pitalización, medicamentos, cirugías y otros procedimientos. Publicar la adhesión a ciertas guías puede mejorar la imagen pública, ya que se envía un mensaje de compromiso con la excelencia y calidad, apoyo político y (en algunos sistemas de salud) ganancias. Muchos creen que la motivación económica detrás de las GPC es la principal razón de su popularidad (5,7).

Potenciales limitaciones y peligros

La limitación más importante de las GPC es que las recomendaciones pueden ser equivocadas (al menos para algunos pacientes). Aparte de consideraciones humanas como descuidos inadvertidos de miembros del grupo de guías, las personas que desarrollan las guías pueden fallar al determinar lo que es mejor para los pacientes por tres principales razones (5).

En primer lugar, la evidencia científica acerca de qué recomendar a menudo es insuficiente, inexacta o malinterpretada. Sólo una escasa proporción de lo que se hace en medicina se encuentra respaldado por estudios apropiados. Donde hay estudios, los resultados pueden ser desorientadores por fallas en el diseño. Los grupos que desarrollan GPC a menudo carecen del tiempo, recursos o habilidad para juntar y examinar cada pieza de evidencia. Incluso cuando los datos son acertados, las recomendaciones a favor o en contra de las intervenciones pueden involucrar juicios de valor subjetivos cuando los beneficios se enfrentan a los peligros. Un juicio de valor hecho por el grupo que desarrolla una GPC puede ser equivocado para un paciente en particular.

En segundo lugar, las recomendaciones están influenciadas por las opiniones y experiencia clínica del grupo que desarrolla las guías. Las pruebas y tratamientos que los expertos creen que son buenos en la práctica pueden ser inferiores a otras opciones. La creencia en la que se apoyan los expertos,

puede estar basada en concepciones equivocadas.

En tercer lugar, las necesidades del paciente pueden no ser la principal prioridad al hacer recomendaciones; una práctica, sub-óptima desde la perspectiva del paciente, puede recomendarse para ayudar a controlar costos, servir a las necesidades de la sociedad o proteger otros intereses. La adopción de GPC inadecuadas y promovidas por parte de los pagadores o sistemas de salud puede favorecer e institucionalizar el uso de intervenciones inefectivas o peligrosas. Las mismas partes que alegan beneficiarse de las guías (pacientes, profesionales y el sistema de salud) pueden exponerse al peligro.

Peligros potenciales a los pacientes

El riesgo mayor de una GPC con fallas es para el paciente. Las recomendaciones que no toman en cuenta la evidencia pueden dar como resultado prácticas inefectivas o nocivas. Las GPC inflexibles no permiten que los clínicos evalúen las circunstancias particulares y la historia clínica del paciente. Lo que es bueno para la mayoría de los pacientes puede no ser conveniente para determinado individuo.

Las GPC pueden afectar adversamente las políticas de salud establecidas por los proveedores; recomendaciones en contra de una intervención pueden limitar el acceso y cubrimiento de los servicios. Las recomendaciones inadecuadas pueden reducir los limitados recursos de una institución. La tendencia de las guías a focalizar la atención en asuntos de salud específicos dan la impresión equivocada acerca de una importancia relativa de las enfermedades y de la efectividad de una intervención.

Peligros potenciales para los profesionales de la salud

Las GPC inadecuadas proporcionan información científica y recomendacio-

nes inapropiadas que comprometen la calidad de atención del paciente. Se puede favorecer el uso de intervenciones inefectivas, peligrosas o inoficiosas. Pueden haber recomendaciones correctas pero inconvenientes en un caso particular. Las guías contradictorias de diferentes grupos pueden confundir o frustrar a quienes las utilizan y las recomendaciones obsoletas ayudan a perpetuar prácticas y tecnologías fuera de uso.

Los clínicos se pueden afectar profesionalmente ya que los auditores y gerentes pueden juzgar injustamente la calidad del cuidado médico basados en criterios de guías inválidas. El esfuerzo bien intencionado para hacer las guías explícitas y prácticas motiva el uso de ciertas palabras ("debería" en lugar de "puede"), los números arbitrarios (como los meses de tratamiento, intervalos entre las pruebas) y algoritmos simples cuando se apoya la evidencia pueden faltar. Los algoritmos que reducen el cuidado del paciente a una secuencia de decisiones binarias (sí / no) a menudo no hacen justicia a la complejidad de la medicina y a los procesos de pensamiento paralelos e interactivos inherentes al juicio clínico. Las guías de remisión pueden cambiar a los pacientes de una especialidad a otra. Una recomendación negativa o neutral puede impulsar a los proveedores a retirar la disponibilidad o el cubrimiento de una intervención o ayuda. Una preocupación teórica es que los clínicos podrían ser demandados por no adherirse a las guías aunque esto no se ha convertido en una realidad importante aún.

Las GPC pueden afectar a los investigadores clínicos cuando la investigación más profunda se rechaza inapropiadamente. Las guías que concluyen que un procedimiento o tratamiento carece de evidencia o beneficios pueden ser malinterpretadas por los patrocinadores al no invertir en nuevas investigaciones y no apoyar los

esfuerzos para refinar o mejorar tecnologías previamente inefectivas.

Daños potenciales para los sistemas de salud

Los sistemas de salud y los pagadores pueden ser afectados por las guías si su seguimiento implica la mala utilización de recursos y compromete su eficiencia. Algunas GPC pueden generar intervenciones costosas que reducen recursos necesarios para servicios más eficientes.

Conclusiones

Las actitudes acerca de si las guías son buenas o malas varían de acuerdo a los intereses de cada grupo. Las guías expedidas por el gobierno o pagadores para controlar gastos pueden hacer parte de una política de costos responsable pero a su vez pueden afectar la autonomía de los clínicos y pacientes. Las guías desarrolladas por especialistas pueden parecer sesgadas o amenazantes para los médicos generales. Para los especialistas, las guías desarrolladas sin su ayuda no contienen la experiencia adecuada. Las guías inflexibles con reglas rígidas sobre lo que es apropiado son populares entre los gerentes, auditores y abogados pero son vistas como "un libro de cocina" por los médicos que tienen que tratar problemas individuales no uniformes (5,7).

A pesar de lo anterior existe un creciente interés para promulgar y difundir GPC en todo el mundo. Los ingeniosos consumidores de guías aceptan recomendaciones oficiales y dan un especial valor si provienen de grupos prominentes de profesionales o si son políticas de gobierno. Los usuarios más perspicaces de las guías examinan los métodos que se han utilizado para su desarrollo.

Las GPC son solo una opción para mejorar la calidad del cuidado. Con fre-

cuencia algunos ven a las guías como una "vara mágica" para los problemas de salud e ignoran soluciones más efectivas. Las guías tienen sentido cuando los médicos tienen dudas acerca de una

práctica inapropiada y cuando la evidencia científica puede dar una respuesta. Cuando los clínicos conocen, tienen claridad y buen juicio sobre el contenido de la guía, los que se pre-

ocupan por mejorar la calidad deberían redirigir sus esfuerzos para identificar barreras específicas que constituyen un obstáculo para lograr un mejor y más eficiente servicio de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Matillon Y.** L'évaluation en médecine: une démarche en plein développement. *Rev. Prat.* 1992; 42:15.
2. **Matillon Y, Ardila E, Durieux P. Et al.** Las Conferencias de Consenso. Un análisis crítico. *Acta Med. Colomb.* 1994; 19(2): 97-103.
3. Asociación Colombiana de Endocrinología. Consenso Colombiano para el diagnóstico y manejo de las enfermedades tiroideas. *Acta Med. Colomb.* 1999; 24(4): 159-174.
4. Ministerio de Salud de Colombia. Dirección de Recursos Humanos. Conferencias de Consenso: Aspectos ético-legales y sociales del VIH/Sida en Colombia, Tratamiento de la hipertensión arterial y prevención de sus complicaciones. Terapia de supresión hormonal durante la menopausia. Editorial Maldonado Ltda. 1995.
5. **Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J.** Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318: 527-530.
6. **Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G.** Users'guide to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? *JAMA* 1995; 274: 570-574.
7. **Jackson R.** Guidelines for clinical guidelines (editorial). *BMJ* 1998; 317: 427-428.
8. **Woolf SH.** Practice guidelines, a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. *Arch Intern Med* 1992; 152: 946-952.

Tomado del libro ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA CLINICA. E.Ardila, R.Sánchez, J.Echeverry (eds) en prensa.