

“Evaluación 2014 de la Estrategia de Implantación de Guías de Práctica Clínica del Sector Salud”

Informe final de evaluación

Tabla de contenido

1. Introducción	4
2. Metodología y marco muestral	5
2.1. Metodología	5
2.2. Descripción de la muestra	21
3. Resultados	32
3.1. Objetivo específico 1: Documentar los procesos de elaboración y actualización de GPC, valorar su pertinencia y verificar si se están ejecutando conforme a lo programado.	32
3.1.1. Revisión bibliográfica	32
3.1.2. Resultados de las entrevistas a las autoridades federales acerca de las estrategias de elaboración y actualización de las GPC	46
3.1.3. Análisis de resultados de las entrevistas a las autoridades federales acerca de las estrategias de elaboración y actualización de las GPC con respecto a la revisión bibliográfica	57
3.2. Objetivo específico 2: Identificar cómo se desarrollan los procesos de capacitación y sensibilización en materia de GPC a nivel nacional, estatal y de unidad.	61
3.2.1. Resultados de las entrevistas a las autoridades federales acerca de la estrategia de capacitación de las GPC	61
3.2.2. Hallazgos de las entrevistas a las autoridades estatales acerca de la estrategia de capacitación de las GPC	67
3.2.3. Resultados de las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPUS	87
3.2.4. Resultados de las encuestas al personal clave de las UAPU	100
3.2.5. Indicadores clave capacitación	111
3.2.6. Patrón de la estrategia de capacitación del nivel federal al estatal	117
3.3. Objetivo específico 3: Documentar qué acciones se desarrollan en las unidades de salud para lograr que el personal de salud (médicos y enfermeras) adopten las GPC como herramientas de uso habitual.	126
3.3.1. Resultados de las entrevistas a autoridades federales encargadas del proceso de implantación	126
3.3.2. Resultados de las entrevistas a autoridades estatales encargadas del proceso de implantación	132
3.3.3. Resultados de las entrevistas a los encargados de la estrategia de implantación en las UAPU	156
3.3.4. Indicadores clave implantación	165
3.3.5. Patrón de la estrategia de implantación del nivel federal al estatal	169
3.4. Objetivo 4. Cuantificar y caracterizar la utilización de GPC en las Unidades de Salud	175
3.4.1. Resultados de encuestas a personal clave de las UAPU	175
3.5. Objetivo 5: Explorar el grado en que las recomendaciones presentadas en un conjunto de GPC seleccionadas se registran en los expedientes clínicos	184
3.5.1. Lista de cotejo para la revisión de expedientes de atención prenatal	184
3.5.2. Lista de cotejo para la revisión de expedientes de diabetes mellitus	193
3.5.3. Lista de cotejo para la revisión de expedientes relacionados con el diagnóstico y manejo de la infección aguda de las vías aéreas superiores en pacientes mayores a 3 meses hasta los 18 años de edad	200

4. Conclusiones y recomendaciones	205
4.1. Discusión y Hallazgos.....	205
4.2. Análisis FODA.....	224
4.3. Recomendaciones	225
Bibliografía	227

1. Introducción

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un recurso de apoyo para la toma de decisiones en la atención médica, con el fin de establecer medidas adecuadas y homologadas sobre el cuidado de la salud en circunstancias clínicas específicas. Son diseñadas para mejorar la atención en salud, reducir el uso de intervenciones innecesarias, ineficaces o perjudiciales y para facilitar el tratamiento de los pacientes con la máxima probabilidad de beneficio, mínimo riesgo de daño y con un costo aceptable.

El proceso de elaboración y actualización de dichas guías toma en cuenta diversas metodologías y estrategias específicas y apropiadas que son fundamentales para una difusión e implantación exitosa de las recomendaciones resultantes. Estos procesos involucran referencias a trabajos de investigación, evidencias y experiencias que sustentan los elementos establecidos.

En México, el proyecto de Guías de Práctica Clínica ha tomado cada vez mayor relevancia sustentada en los diferentes esfuerzos de elaboración, difusión, capacitación e implantación de GPC en el Sector Salud siendo que, al presente, existen en el Catálogo Maestro 699 GPC disponibles¹ en dos modalidades: “Evidencias y Recomendaciones” y “Guía de Referencia Rápida”.

El siguiente estudio muestra los resultados, conclusiones y recomendaciones finales de la “Evaluación 2014 de la Estrategia de Implantación de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud” que tiene como objetivo “documentar los avances alcanzados mediante las acciones diseñadas para que las Guías se constituyan en una herramienta de uso habitual y mejora de la calidad de la atención en unidades del Sector Salud Público y así identificar áreas de oportunidad que ayuden a maximizar sus beneficios”.

¹ (2014)Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Consultado el 19 de diciembre de 2014, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

2. Metodología y marco muestral

La metodología en el presente estudio se construyó con base en los objetivos específicos de la “Evaluación 2014 de la Estrategia de Implantación de las GPC en el Sector Salud” y, de acuerdo a esto, se establecieron los tipos de análisis más adecuados para cada objetivo.

Una vez establecidos los objetivos y la metodología de la evaluación, se procedió a iniciar el trabajo de campo, el cual consistió en la recolección de datos a través de diferentes instrumentos, mismos que fueron aplicados a distintos actores. El marco muestral utilizado fue proporcionado por la DGED, la descripción del mismo se muestra en la sección 2.2.

2.1. Metodología

Con fundamento en el Objetivo General de esta evaluación, a saber:

Documentar los avances alcanzados mediante las acciones diseñadas para que las Guías de Práctica Clínica se constituyan en una herramienta de mejora de la calidad de la atención en el Sector Salud Público con el fin de identificar áreas de oportunidad que ayuden a maximizar sus beneficios.

y con base en los Objetivos Específicos de la misma, que dictan:

- 1. Documentar los procesos de elaboración y actualización de GPC, valorar su pertinencia y verificar si se están ejecutando conforme a lo programado.*
- 2. Identificar cómo se desarrollan los procesos de capacitación y sensibilización en materia de GPC a nivel nacional, estatal y de unidad.*
- 3. Documentar qué acciones se desarrollan en las unidades de salud para lograr que el personal de salud (médicos y enfermeras) adopten las GPC como herramientas de uso habitual.*
- 4. Cuantificar y caracterizar la utilización de GPC en las unidades del Sector Salud.*
- 5. Explorar el grado en que las recomendaciones presentadas en un conjunto de GPC seleccionadas se registran en los expedientes clínicos.*

se detalla a continuación la metodología de investigación y análisis empleado en la “Evaluación 2014 de la Estrategia de Implantación de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud.”

Objetivo Específico 1

Documentar los procesos de elaboración y actualización de GPC, valorar su pertinencia y verificar si se están ejecutando conforme a lo programado.

Metodología

Cualitativa; trabajo de gabinete y campo.

Descripción

- Mediante entrevistas a autoridades federales encargadas del proceso de elaboración de GPC se indagan los mecanismos a través de los cuales:

- Las instituciones de salud determinan las GPC prioritarias a elaborar
- El proceso para asignar un tema a un grupo de expertos determinado
- La perspectiva de evaluación y actualización con las que se originan las GPC

- Mediante entrevistas a autoridades federales encargadas del proceso de actualización de GPC se busca:

- Conocer cuáles son los aciertos y debilidades del proceso de actualización
- Conocer cuáles son los retos en esta materia
- Conocer cuáles son los recursos que se requieren para dar cumplimiento al proceso

- Investigación bibliográfica acerca de:

- En qué consiste el proceso de actualización de las GPC elaboradas por las instituciones del Sistema Público de Salud en México
- Cómo se desarrolla este proceso en otras instituciones elaboradoras de GPC o en otros sistemas de salud (Estados Unidos, España, Inglaterra, Australia)

Población sujeta a aplicación de instrumento

Autoridades federales (IMSS, ISSSTE y SSA) encargadas del proceso de elaboración y actualización de GPC.

Fuente de información

Se tomó la información de las entrevistas realizadas a los encargados de los procesos de elaboración y actualización de las GPC.

Tabla 1: Número de instrumentos a analizar en el objetivo específico 1

Nombre de instrumento	# instrumentos aplicados por institución		
	IMSS	ISSSTE	SSA
Entrevista a las autoridades federales encargadas del proceso de elaboración de las GPC en el Sector Salud	1	1	1
Entrevista a las autoridades federales encargadas del proceso de actualización de las GPC en el Sector Salud	1	1	1
	# personas entrevistadas por institución		
Entrevista a las autoridades federales encargadas del proceso de elaboración de las GPC en el Sector Salud	1	1	1
Entrevista a las autoridades federales encargadas del proceso de actualización de las GPC en el Sector Salud			

Análisis empleado

- Análisis de texto libre con el fin de identificar y categorizar los principales temas que demuestren relevancia teórica y práctica para la elaboración y actualización de las GPC
- Revisión bibliográfica nacional e internacional sobre el proceso de elaboración y actualización de GPC.

Objetivo Específico 2

Identificar cómo se desarrollan los procesos de capacitación y sensibilización en materia de GPC a nivel nacional, estatal y de unidad.

Metodología

Cualitativa y cuantitativa con base en trabajo de campo.

Descripción

- Entrevistas a autoridades estatales y federales para conocer cómo se encuentra planeada esta actividad, los alcances y perspectivas de la misma.
- Encuestas a encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU con el fin de obtener información acerca de actividades de sensibilización o capacitación en materia de GPC, así como conocer:
 - Si en el último año se han realizado actividades de sensibilización o capacitación en temas de GPC
 - Modalidad de dichas actividades (talleres, conferencias, pláticas)

- Quién las ha organizado e impartido
 - Cuál ha sido el contenido de estas actividades
 - A quiénes se han dirigido
 - Número de personal clave que ha sido capacitado o sensibilizado en la materia
 - Con qué frecuencia se realizaron estas actividades
 - Si se requiere algún tipo de apoyo para continuar o mejorar lo que se está haciendo en materia de capacitación y sensibilización y qué tipo de apoyo
 - Si los encargados de la estrategia cuentan con soporte documental que avale la ejecución de dichas actividades
- Encuestas al personal clave acerca de:
- Si han recibido capacitación en materia de GPC en el último año
 - En qué ha consistido esta capacitación
 - Percepción sobre la calidad de estas actividades
 - Modalidad de dichas actividades (talleres, conferencias, pláticas)
 - Temas que considera necesario abordar

Población sujeta a aplicación de instrumento

- Encargados estatales de la estrategia de capacitación de GPC (IMSS, ISSSTE, SSA)
- Autoridades federales encargadas del proceso de capacitación de GPC (IMSS, ISSSTE, SSA)
- Encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU
- Personal clave en las UAPU

Fuente de información

La información a analizar se obtuvo de 4 fuentes:

1. Entrevistas realizadas a los encargados federales del proceso de capacitación por institución² a nivel federal (3).

² Es importante mencionar que los instrumentos de implantación y capacitación fueron aplicados a la misma persona, ya que por lo general es una misma área la que se encarga de ambos procesos.

Tabla 2: Entrevistas realizadas a las autoridades federales encargadas de la estrategia de capacitación

Nombre del instrumento	# instrumentos aplicados por institución		
	IMSS	ISSSTE	SSA
Entrevista a las autoridades federales encargadas del proceso de capacitación de las GPC en el Sector Salud	1	1	1

- Entrevistas estatales realizadas a los encargados del proceso de capacitación durante el trabajo de campo (19). A continuación se detalla el número de personas entrevistadas o con intervención en las entrevistas así como las áreas o jefaturas donde se realizaron.

Tabla 3: Entrevistas realizadas a las autoridades estatales encargadas de la estrategia de capacitación

Estado	Institución	# Personas entrevistadas
Aguascalientes	IMSS	2
Aguascalientes	ISSSTE	1
Aguascalientes	SSA	1
Campeche	IMSS	1
Campeche	ISSSTE	1
Campeche	SSA	1
Chiapas	IMSS	1
Chiapas	ISSSTE	1
Chiapas	SSA	1
Durango	IMSS	1
Durango	ISSSTE	1
Durango	SSA	1
Distrito Federal	IMSS	1
Distrito Federal	ISSSTE	1
Querétaro	IMSS	1
Querétaro	ISSSTE	1
Querétaro	SSA	1
Sonora	IMSS	1
Sonora	ISSSTE	1

- Encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU. Se tomaron las 140 encuestas levantadas a los encargados de la estrategia.

Tabla 4: Encuestas realizadas a los encargados de la estrategia de capacitación en la UAPU por institución y estado

Estado	Institución	# Encuestas levantadas
Aguascalientes	IMSS	5
	ISSSTE	4
	SSA	4
Sub total		13
Chiapas	IMSS	3
	ISSSTE	10
	SSA	9
Sub total		22
Campeche	IMSS	3
	ISSSTE	0
	SSA	1
Sub total		4
Distrito Federal	IMSS	17
	ISSSTE	14
	SSA	30
Sub total		61
Durango	IMSS	7
	ISSSTE	2
	SSA	4
Sub total		13
Querétaro	IMSS	7
	ISSSTE	3
	SSA	2
Sub total		12
Sonora	IMSS	7
	ISSSTE	4
	SSA	4
Sub total		15
Total		140

4. Encuestas a personal clave en las UAPU (425).

Tabla 5: Encuestas realizadas al personal clave en las UAPU

Estado	Institución	# Encuestas levantadas
Aguascalientes	IMSS	15
	ISSSTE	10
	SSA	12
Sub total		37
Chiapas	IMSS	9
	ISSSTE	28
	SSA	30
Sub total		67
Campeche	IMSS	9
	ISSSTE	0
	SSA	3
Sub total		12
Distrito Federal	IMSS	54
	ISSSTE	46
	SSA	88
Sub total		188
Durango	IMSS	21
	ISSSTE	6
	SSA	14
Sub total		41
Querétaro	IMSS	21
	ISSSTE	9
	SSA	6
Sub total		36
Sonora	IMSS	21
	ISSSTE	11
	SSA	12
Sub total		44
Total		425

Análisis empleado

1. Análisis de texto libre con el fin de descubrir temas y conceptos que se entrelacen en una explicación amplia de importancia teórica o práctica, mediante la captura, transcripción y codificación de información obtenida con la totalidad de entrevistas y encuestas levantadas³.

³ La revisión de este análisis se realiza en la siguiente sección.

2. Estadísticos descriptivos: mínimo, máximo y mediana. Dichos estadísticos son utilizados en variables cuantitativas.
3. Análisis de resultados estratificados por institución y por estado: Se presentan los principales resultados de las variables más relevantes de cada instrumento estratificadas por institución y por estado.
4. Análisis de indicadores estratificados por institución y por estado.

Objetivo Específico 3

Documentar qué acciones se desarrollan en las unidades de salud para lograr que el personal de salud (médicos y enfermeras) adopten las GPC como herramientas de uso habitual.

Metodología

Cualitativa y cuantitativa con base en trabajo de campo.

Descripción

- Entrevistas a autoridades estatales y federales encargadas de coordinar la implantación de GPC con el fin de conocer:
 - Cuáles consideran son los aciertos y debilidades de este proceso
 - Cuáles son los retos en la materia
 - Cuáles son los recursos que se requieren para dar cumplimiento a esta etapa
- Indagar sobre la existencia de un plan operativo de implantación y hacer una descripción de las actividades que contempla el mismo.
- Verificar la existencia del soporte documental de este plan y de cada una de las actividades descritas.

Población sujeta a aplicación de instrumento

- Autoridades federales encargadas del proceso de implantación (IMSS, ISSSTE, SSA)
- Encargados estatales de la estrategia de implantación de GPC (IMSS, ISSSTE, SSA)
- Encargados de la estrategia de implantación en las UAPU

Fuente de información

La información a analizar en este objetivo se tomó de 3 fuentes:

1. Tres entrevistas realizadas a las autoridades federales encargadas de la estrategia de implantación⁴ de las GPC.

Tabla 6: Entrevistas realizadas a las autoridades federales encargadas de la estrategia de implantación

Nombre de instrumentos	# instrumentos aplicados por institución		
	IMSS	ISSSTE	SSA
Entrevista a las autoridades federales encargadas del proceso de implantación de las GPC en el Sector Salud	1	1	1

2. 21 entrevistas a las autoridades estatales encargadas del proceso de implantación de las GPC.

Tabla 7: Entrevistas realizadas a las autoridades estatales encargadas de la estrategia de implantación

Estado	Institución	# personas entrevistadas
Aguascalientes	IMSS	2
Aguascalientes	ISSSTE	1
Aguascalientes	SSA	1
Campeche	IMSS	1
Campeche	ISSSTE	1
Campeche	SSA	1
Chiapas	IMSS	1
Chiapas	ISSSTE	1
Chiapas	SSA	1
Durango	IMSS	1
Durango	ISSSTE	1
Durango	SSA	1
Distrito Federal	IMSS	1
Distrito Federal	ISSSTE	1
Distrito Federal	SSA	1
Querétaro	IMSS	1
Querétaro	ISSSTE	1
Querétaro	SSA	1
Sonora	IMSS	1
Sonora	ISSSTE	1
Sonora	SSA	1

⁴ Es importante mencionar que los instrumentos de implantación y capacitación fueron aplicados a la misma persona, ya que por lo general es una misma área la que se encarga de ambas estrategias.

3. Encuestas a los encargados de la estrategia de implantación en las UAPU (140).

Tabla 8: Encuestas realizadas a los encargados de la estrategia de implantación en las UAPU

Estado	Institución	# Encuestas levantadas
Aguascalientes	IMSS	5
	ISSSTE	4
	SSA	4
Sub total		13
Chiapas	IMSS	3
	ISSSTE	10
	SSA	9
Sub total		22
Campeche	IMSS	3
	ISSSTE	0
	SSA	1
Sub total		4
Distrito Federal	IMSS	17
	ISSSTE	14
	SSA	30
Sub total		61
Durango	IMSS	7
	ISSSTE	2
	SSA	4
Sub total		13
Querétaro	IMSS	7
	ISSSTE	3
	SSA	2
Sub total		12
Sonora	IMSS	7
	ISSSTE	4
	SSA	4
Sub total		16
Total		140

Análisis empleado

1. Análisis cualitativo: Se realizó mediante el análisis de texto libre con el fin de descubrir temas y conceptos que se entrelacen en una explicación amplia de importancia teórica o práctica, mediante la captura, transcripción y codificación de información obtenida con la totalidad de entrevistas y encuestas levantadas. El análisis arroja los siguientes resultados:

- Contenido de las entrevistas a autoridades federales identificando el patrón de la estrategia de implantación con el detalle de las actividades que realizan acorde a la a estrategia de cada institución (IMSS, ISSSTE y SSA).
 - Contenido de las entrevistas a autoridades estatales identificando el patrón de la estrategia de implantación comparando con el identificado con la respectiva autoridad federal de su institución (IMSS, ISSSTE y SSA) y por entidad federativa.
 - Exposición de los patrones principales del plan operativo reportados por el encargado de implantación en las unidades de salud.
 - Concordancia del plan operativo con los resultados de los dos puntos anteriores con su respectiva autoridad federal y estatal de su institución (IMSS, ISSSTE y SSA) y por entidad federativa.
2. Estadísticos descriptivos: mínimo, máximo y mediana. Dichos estadísticos son utilizados en variables cuantitativas.
 3. Análisis de resultados estratificados por institución y por estado: Se presentan los principales resultados de las variables más relevantes de cada instrumento estratificadas por institución y por estado.
 4. Análisis de indicadores estratificados por institución y por estado.

Objetivo Específico 4

Cuantificar y caracterizar la utilización de GPC en las unidades del Sector Salud.

Metodología

Cuantitativa con base en trabajo de campo.

Descripción

Encuestas al personal de salud con el fin de conocer si:

- Han hecho uso de una GPC en el último mes
- Cuál ha sido la GPC utilizada
- Cuál ha sido el medio para consultarla
- Cuál fue el motivo para utilizarla
- Fue de utilidad su uso
- De no haber hecho uso, conocer las razones que motivaron esta conducta

Población sujeta a aplicación de instrumento

Personal de salud (médicos o enfermeras)

Fuente información

Encuestas realizadas al personal de salud en las UAPU⁵ (425)

Análisis empleado

- Análisis de texto libre en aquellas preguntas abiertas que se ocupan para completar las respuestas de algunas variables categóricas de interés.
- Estadísticos descriptivos: mínimo, máximo y mediana. La estadística descriptiva sólo se realiza en las variables cuantitativas.
- Análisis de resultados estratificados por institución y por estado: Se presentan los principales resultados de las variables más relevantes de cada instrumento estratificadas por institución y por estado.

Objetivo Específico 5

Explorar el grado en que las recomendaciones presentadas en un conjunto de GPC seleccionadas se registran en los expedientes clínicos.

Metodología

- Cuantitativa con base en trabajo de campo.
- Desarrollo de indicadores de apego.

Descripción

- Medir la existencia de evidencias que demuestren el ejercicio de acciones relacionadas con recomendaciones clave puntuales derivadas de las guías, enfocadas en cada expediente de:

- Atención prenatal
- Infecciones de vías respiratorias

⁵ Para más detalle consultar la Tabla 18.

- Diabetes mellitus

Población sujeta a aplicación de instrumento

Expedientes clínicos.

Fuentes de información

Información recolectada de las listas de cotejo de atención prenatal, diabetes mellitus e infecciones de vías respiratorias. El número de expedientes por padecimiento se muestra a continuación⁶:

1. 731 expedientes de atención prenatal
2. 748 expedientes de diabetes mellitus
3. 733 expedientes de infecciones de vías respiratorias

Análisis empleado

1. Estadísticos descriptivos: mínimo, máximo y mediana, sólo en variables cuantitativas.
2. Frecuencias del número de recomendaciones registradas.
3. Análisis de indicadores estratificados por entidad, institución y padecimiento: Se integra un indicador por unidad de apego a las recomendaciones de cada GPC analizada, tomando en cuenta los siguientes padecimientos para cada caso:

- Control prenatal
- Infecciones de vías respiratorias
- Diabetes mellitus

Herramientas de Análisis

Descripción de software estadístico

El uso de herramientas analíticas que provean de resultados específicos en una muestra representativa de datos es fundamental para obtener los resultados descritos en el apartado anterior. De esta forma, para este ejercicio se ha hecho uso de SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), un programa estadístico que permite un tratamiento integrado de las diferentes fases que conllevan al análisis de datos y, por

⁶ Más detalle consultar la Tabla 12

otro lado, se ha utilizado MAXQDA 11, un programa informático para el análisis cualitativo de datos textuales dadas las exigencias propias de esta evaluación.

Análisis de texto libre

El objetivo del análisis de texto es descubrir temas y conceptos que se enlazan en una explicación más amplia de importancia teórica o práctica. Este tipo de análisis se utiliza para las preguntas abiertas de cada uno de los instrumentos utilizados en el trabajo de campo.

Las etapas de la metodología son las siguientes:

1. Obtención de la información: La información se obtuvo a través del levantamiento de entrevistas y encuestas del 10 de noviembre al 5 de diciembre del 2014.
2. Captura, transcripción y procesamiento de la información: En el Anexo 2 se muestra la manera en que se capturó, transcribió y se procesó la información de aquellas preguntas abiertas que son pertinentes para su análisis mediante texto libre.
3. Codificación de información: Es el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas que nos interesan de la “Evaluación 2014 de la Estrategia de Implantación de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud”.

En la codificación se analiza el contenido central de las entrevistas, de las observaciones y de las preguntas abiertas de los instrumentos para determinar qué es significativo, a partir de ahí reconocer patrones en los datos cualitativos y transformar éstos en categorías y temas. La codificación y categorización incluye las siguientes tareas que son independientes del análisis de texto libre:

a) *Identificación de temas*: Se identificaron los temas antes, durante y después de la recolección de datos; los temas se obtuvieron del Anexo Técnico y del análisis de las entrevistas.

- i) Elaboración
- ii) Actualización
- iii) Capacitación y sensibilización
- iv) Implantación

- b) *Construcción del sistema de códigos*: Consiste en construir una lista organizada de frases relacionadas con los temas; algunas veces estas listas contienen sub listas dependiendo de las necesidades del análisis.
- c) *Marcar textos*: Consiste en asignar los códigos a unidades de texto. Se persiguen dos objetivos: el primero, los códigos funcionan como etiquetas para marcar el texto dentro del cuerpo que permite recuperarlo después; segundo, los códigos funcionan como valores asignados a unidades fijas.
- d) *Construir modelos conceptuales (relaciones entre códigos)*: Es la construcción de relaciones que deseamos probar u observar. Conforme al Anexo Técnico, las principales relaciones que se deben probar son:
1. GPCFC vs GPCEC vs GPCIC⁷
 2. GPCFI vs GPCEI vs GPCUI⁸

Pueden existir relaciones adicionales derivadas del análisis de texto.

- e) *Integrar y analizar la información*: Consiste en relacionar las categorías obtenidas en el proceso de codificación. La finalidad de integrar la información es encontrar las relaciones entre las categorías y observar si la información se intercepta en algún punto. A partir de aquí se elaboran conclusiones respecto a cada uno de los temas.

Es necesario señalar que todos los procesos anteriores se llevaron a cabo dentro de la interfaz de MAXQDA 11, siendo que el proceso se realizó de manera manual hasta la integración y análisis de la información.

Con el análisis de texto libre se esperó poder encontrar relaciones entre los temas a investigar así como flujos de información inusuales o significados ocultos en las

⁷ Estrategia de capacitación federal vs Estrategia de capacitación estatal vs Estrategia de capacitación en unidades

⁸ Estrategia de implantación federal vs Estrategia de implantación estatal vs Estrategia de implantación en unidades

entrevistas, lo que proporciona un panorama más amplio de la situación en el Sistema Nacional de Salud referente a las GPC.

Estadística descriptiva

La estadística descriptiva nos permite ordenar, analizar y representar un conjunto de datos, con el fin de describir apropiadamente las características de éstos.

El diseño del estudio y la muestra resultan de vital importancia, ya que un estudio bien diseñado resulta simple de analizar y las conclusiones suelen ser obvias. En cambio, en un experimento pobremente diseñado o con datos inapropiadamente recolectados o registrados, el análisis puede ser incapaz de dar respuesta a las preguntas que motivan la investigación.

Los métodos de la estadística descriptiva o análisis exploratorio de datos ayudan a presentar los datos de modo tal que sobresalga su estructura. El análisis exploratorio está compuesto por:

1. Estadísticos descriptivos: mínimo, máximo, media, mediana, desviación estándar y varianza.
2. Tablas de contingencia. Se elaboraron tablas de contingencia y se realizó la prueba de X^2 para observar si existe evidencia de relación entre las variables y en aquellos casos en donde la muestra no fue lo suficientemente robusta se utilizó la prueba de Fisher como alternativa.

2.2. Descripción de la muestra

Unidades de Atención Primaria

Con base en los parámetros determinados por la Dirección General de Evaluación del Desempeño y con la muestra⁹ que ésta misma designó, a lo largo de 4 semanas se visitaron 150 Unidades de Atención Primaria Urbanas (UAPU) pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y a los Servicios Estatales de Salud (SSA), de 54 municipios en 7 estados de la República Mexicana: Querétaro, Aguascalientes, Sonora, Durango, Chiapas, Campeche y Distrito Federal. La distribución de unidades contempladas en la muestra es la siguiente:

Tabla 9: UAPU visitadas por estado¹⁰

Entidad	IMSS	ISSSTE	SSA	Total
Aguascalientes	5	4	4	13
Chiapas	3	10	10	23
Campeche	3	0	1	4
Distrito Federal	18	16	34	68
Durango	7	2	5	14
Querétaro	7	3	2	12
Sonora	7	5	4	16
			Total	150

Durante el trabajo de campo por diversas situaciones no se pudo acceder a 5 de las unidades originales distribuidas en las entidades de Durango, Chiapas y Distrito Federal, por lo que se solicitó a la DGED la sustitución de las mismas. En el siguiente cuadro se describen las unidades sustituidas y los motivos de la sustitución.

⁹ La información relacionada con la muestra puede ser consultada en el Anexo Metodológico de esta evaluación.

¹⁰ En el Anexo 2 se detallan las unidades visitadas por institución y por estado.

Tabla 10: UAPU sustituidas

Estado	Institución	Datos de la unidad reemplazada		Datos de la unidad que reemplazó		Motivo de reemplazo
		CLUES	Nombre de la institución	CLUES	Nombre de la institución	
Distrito Federal	SSA	DFSSA018912	Unidad de Salud de la Red Ángel Estación Rosario	DFSSA000275	C.S.T-III Dr. Galo Soberón y Parra	El personal de la unidad informó que no se proporcionaban consultas médicas y que las personas sólo asistían a la toma de análisis clínicos y a orientación médica.
Distrito Federal	SSA	DFSSA018900	Unidad de Salud de la Red Ángel Estación Pantitlán	DFSSA001383	C.S.T-II Ramos Millán	Es el mismo caso que el anterior; en la unidad no se proporcionan consultas médicas.
Durango	ISSSTE	DGIST000066	GUADALUPE VICTORIA	DGIST000346	CD. LERDO	La clínica estaba en remodelación y no contaba con sistema electrónico
Chiapas	SSA	CSIST000053	Cintalapa	CSIST000152	Ocozocoautla	La unidad se encontraba en remodelación.
Chiapas	ISSSTE	CSIST000362	Berriozábal	CSIST000193	Clínica Hospital San Cristóbal de las Casas	Se encontró que la unidad es un consultorio subrogado del ISSSTE y el médico que da las consultas no se encontraba en el domicilio.

Para cuantificar el tamaño de unidades que se visitaron se buscó el número de consultorios que componen cada unidad y se encontró que 24% de la muestra pertenece a clínicas que tienen menos de 4 consultorios. Lo anterior con la finalidad de no perder de vista las características del universo en donde se realizó el levantamiento de campo.

Tabla 11: Distribución numérica de consultorios médicos por institución

Número de consultorios médicos por unidad de salud	Número de unidades IMSS	Número de unidades ISSSTE	Número de unidades SSA	Número de unidades totales/Número de unidades en la muestra (150)
1	1	6	8	10%
2	1	6	4	7%
3	-	6	5	7%
4 - 8	4	1	23	19%
9 - 16	15	8	16	26%
17 en adelante	29	13	4	31%
Total Unidades	50	40	60	100%

Entrevistas a las autoridades federales encargadas de los procesos de elaboración, actualización, capacitación e implantación de las GPC del Sector Salud

Se realizaron entrevistas a las autoridades federales encargadas del proceso de elaboración, actualización, capacitación e implantación de las GPC en el Sector Salud con el fin de documentar estos procesos.

Se construyeron cuatro instrumentos para entrevistar a cada responsable de cada uno de los temas; sin embargo, en la práctica se observó que existe un encargado de los temas de elaboración y actualización de las GPC, y un encargado de los temas de capacitación e implantación, por lo que sólo se entrevistaron a dos personas de cada institución de salud. En el caso del ISSSTE, se entrevistó a una misma persona para los cuatro temas.

A continuación se muestra el número de instrumentos programados y el número de instrumentos levantados por institución.

Tabla 12: Número de entrevistas levantadas a autoridades federales

Autoridades federales encargadas del proceso de:	IMSS		ISSSTE		SSA	
	D	H	D	H	D	H
Elaboración	1	1	1	1	1	1
Actualización	1	1	1	1	1	1
Implantación	1	1	1	1	1	1
Capacitación	1	1	1	1	1	1
Total	4	4	4	4	4	4
% de cumplimiento	100%		100%		100%	
D: Número de entrevistas programadas			H: Número de entrevistas levantadas			

Entrevistas a las autoridades estatales encargadas de los procesos de implantación y capacitación de las GPC del Sector Salud

Se programó el levantamiento de 21 entrevistas a las autoridades estatales de las diferentes instituciones encargadas del proceso de implantación y capacitación en las entidades; no obstante, en las entrevistas realizadas a los encargados estatales del proceso de capacitación sólo se levantaron 19 de las 21 que se tenían planeadas.

Tabla 13: Número de entrevistas levantadas a los encargados de la estrategia de capacitación e implantación en las entidades

Estado	Encargados de la estrategia de implantación						Encargados de la estrategia de capacitación					
	IMSS		ISSSTE		SSA		IMSS		ISSSTE		SSA	
	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H
Aguascalientes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Chiapas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Campeche	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Distrito Federal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Durango	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Querétaro	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sonora	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Total	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5
% de cumplimiento del levantamiento	100%		100%		100%		100%		100%		71.5%	
D: Número de entrevistas programadas						H: Número de entrevistas levantadas						

En el caso de la encuesta faltante de la SSA en el Distrito Federal, ésta no se pudo completar debido a que la entrevista concertada con el área encargada de implantación y capacitación no tenía conocimiento de las estrategias que se implementan en su estado, por ello esta encuesta quedó descartada.

En el estado de Sonora no se pudo llevar a cabo la entrevista de capacitación debido a que la persona con quien se concertó la cita por parte del área técnica (DGED) estaba incapacitada y las personas que se encontraban en las instalaciones mencionaron no tener conocimiento de la estrategia.

Levantamiento de encuestas aplicadas en las Unidades de Atención Primaria Urbana (UAPU)

En las unidades de salud se planteó el levantamiento de 20 instrumentos por unidad; la descripción de éstos se detalla en el siguiente cuadro:

Tabla 14: Instrumentos utilizados en las UAPU

Instrumento	Número de entrevistas y/o expedientes
Encuesta al encargado de la estrategia de implantación en la unidad (EE Implantación)	1
Encuesta al encargado de la estrategia de capacitación en la unidad (EE Capacitación)	1
Encuesta al personal clave de la unidad (EPC)	3
Lista de cotejo para la revisión de expedientes de Atención Prenatal (LCAP)	5
Lista de cotejo para la revisión de expedientes de Diabetes Mellitus (LCDM)	5
Lista de cotejo para la revisión de expedientes relacionados con el diagnóstico y manejo de infección aguda de las vías aéreas superiores en pacientes mayores a 3 meses y hasta los 18 años de edad (LCIAVS)	5

Encuestas a los encargados de la estrategia de implantación y capacitación en las UAPU

Resulta importante mencionar que sólo se levantaron 140 encuestas de implantación y 140 de capacitación, ya que en las entidades de Chiapas, Distrito Federal, Durango y Sonora no fue posible completar todas las entrevistas por los motivos que se detallan en la Tabla 16.

Tabla 15: Número de encuestas levantadas a los encargados de la estrategia de implantación y capacitación en las UAPU

Estado	Institución	EE Implantación		EE Capacitación	
		D	H	D	H
Aguascalientes	IMSS	5	5	5	5
	ISSSTE	4	4	4	4
	SSA	4	4	4	4
Sub total		13	13	13	13
Chiapas	IMSS	3	3	3	3
	ISSSTE	10	10	10	10
	SSA	10	9	10	9
Sub total		23	22	23	22
Campeche	IMSS	3	3	3	3
	ISSSTE	0	0	0	0
	SSA	1	1	1	1
Sub total		4	4	4	4
Distrito Federal	IMSS	18	17	18	17
	ISSSTE	16	14	16	14
	SSA	34	30	34	30
Sub total		68	61	68	61
Durango	IMSS	7	7	7	7
	ISSSTE	2	2	2	2
	SSA	5	4	5	4
Sub total		14	13	14	13
Querétaro	IMSS	7	7	7	7
	ISSSTE	3	3	3	3
	SSA	2	2	2	2
Sub total		12	12	12	12
Sonora	IMSS	7	7	7	7
	ISSSTE	5	4	5	4
	SSA	4	4	4	4
Sub total		16	16	16	15
Total		150	140	150	140
% de cumplimiento de las encuestas levantadas		93.3%		93.3%	
D: Número de encuestas programadas		H: Número de encuestas levantadas			

A continuación se detalla el número de encuestas faltantes por Unidad de Atención Primaria Urbana y los motivos por los que no se pudieron realizar dichas encuestas:

Tabla 16: Encuestas faltantes de los encargados de las estrategias de capacitación e implantación en las UAPU

Estado	CLUES	Unidad	# C	E EI	E EC	Motivo
Distrito Federal	DFSSA002870	C.S.T-III DR. GERARDO VARELA MARISCAL	8	1	1	Los responsables se encontraban recibiendo capacitación en otra unidad.
Distrito Federal	DFIMS000493	UMF 7	41	1	1	Dentro de la unidad no se encuentra asignado un responsable de capacitación e implantación.
Distrito Federal	DFSSA002614	C.S.T-III SAN FRANCISCO TLALTENCO	10	1	1	La unidad no cuenta con responsable asignado de capacitación e implantación por falta de personal.
Distrito Federal	DFIST000406	SAN ANTONIO ABAD	18	1	1	El responsable se encuentra con licencia de incapacidad.
Distrito Federal	DFIST000435	GUERRERO	18	1	1	El personal se encontraba en junta sindical de larga duración.
Distrito Federal	DFSSA003903	C.S.T-II JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN	7	1	1	La encargada de enseñanza se acaba de jubilar y no se ha reemplazado la vacante.
Distrito Federal	DFSSA001016	C.S.T-I GERTRUDIS SÁNCHEZ	1	1	1	Unidad que cuenta con un sólo médico.
Chiapas	CSSSA004291	OCOZOCOAUTLA	3	1	1	Se encuentran en curso - taller "Sensibilización y capacitación en interculturalidad."
Sonora	SRIST000075	EMPALME	2	1	1	Unidad subrogada.
Durango	DGSSA000360	COLONIA MAXIMO GAMIZ	1	1	1	No existe encargado de capacitación
# C: Número de consultorios E EI: Encuestas a los encargados de implantación E EC: Encuestas a los encargados de capacitación						

Encuestas a médicos o personal clave de la unidad

Se tenía programado levantar 450 encuestas al personal clave de salud (médicos y enfermeras), 3 por cada unidad visitada. No obstante, en el levantamiento de campo en algunos casos no se encontraron médicos y enfermeras suficientes para completarlo, por lo cual se aplicó el cuestionario a otro personal de salud disponible en la unidad. A pesar de ello, no fue posible completar los 450 cuestionarios ya que aún complementando las encuestas con personal adicional en algunas unidades no hubieron suficientes personas disponibles.

De las 450 encuestas que se tenían programadas, sólo fue posible levantar 425 (94.4%). De éstas se levantaron 366 (86.1%) encuestas a médicos, 30 (7%) encuestas a enfermeras o enfermeros, 16 (3.8%) encuestas a odontólogos, 11 (2.6%) encuestas a pasantes, 1 (0.25%) encuesta a un psicólogo y 1 (0.25%) encuesta a un trabajador social.

Las situaciones por las que no se pudieron completar las encuestas se respaldaron con oficios firmados por el encargado de la unidad señalando la causa de la negativa o impedimento para llevar a cabo las encuestas. Estos oficios se presentaron previamente en el "*Informe de avance a la semana 9*" y se integran en el Anexo 1. En la Tabla 17 se detalla el número de encuestas levantadas por institución de salud y estado. En el Anexo 2 se muestra el número de encuestas faltantes por unidad de salud y la distribución de las encuestas por personal de salud de encuestado.

Tabla 17: Número de encuestas levantadas al personal clave de la unidad por institución de salud y entidad

Estado	Institución	EPC	
		D	H
Aguascalientes	IMSS	15	15
	ISSSTE	12	10
	SSA	12	12
Sub total		39	37
Chiapas	IMSS	9	9
	ISSSTE	30	28
	SSA	30	30
Sub total		69	67
Campeche	IMSS	9	9
	ISSSTE	0	0
	SSA	3	3
Sub total		12	12
Distrito Federal	IMSS	54	54
	ISSSTE	48	46
	SSA	102	88
Sub total		204	188
Durango	IMSS	21	21
	ISSSTE	6	6
	SSA	15	14
Sub total		42	41
Querétaro	IMSS	21	21
	ISSSTE	9	9
	SSA	6	6
Sub total		36	36
Sonora	IMSS	21	21
	ISSSTE	15	11
	SSA	12	12
Sub total		48	44
Total		450	425
% de cumplimiento		94.4%	
D: Número de encuestas programadas		H: Número de encuestas levantadas	

Listas de cotejo de revisión de expedientes clínicos

De los 750 expedientes requeridos para la muestra de atención prenatal sólo se revisaron 731 debido a que en 2 unidades reportaron que este tipo de casos eran derivados a otra unidad y en otros casos no se pudo completar la muestra por falta de expedientes. Con relación a los expedientes de diabetes mellitus, se completaron 748; sólo en una ocasión se reportó no haber encontrado suficientes expedientes para su revisión. En cuanto a los expedientes de infecciones de vías respiratorias revisados (733), en el estado de Chiapas se encontró que en una unidad, por ausencia del

encargado de los archivos de los expedientes, el personal a cargo sólo proporcionó expedientes de atención prenatal y diabetes mellitus. En el estado de Aguascalientes no se encontraron suficientes expedientes con características de edad menor a 19 años.¹¹

Tabla 18: Número de instrumentos de revisión de expedientes por categoría, institución y estado.

Estado	Institución	LCAP		LCDM		LCIAVS	
		D	H	D	H	D	H
Aguascalientes	IMSS	25	25	25	25	25	25
	ISSSTE	20	20	20	20	20	17
	SSA	20	20	20	20	20	20
Sub total		65	65	65	65	65	62
Chiapas	IMSS	15	15	15	15	15	15
	ISSSTE	50	50	50	50	50	50
	SSA	50	50	50	50	50	45
Sub total		115	115	115	115	115	110
Campeche	IMSS	15	15	15	15	15	15
	ISSSTE	0	0	0	0	0	0
	SSA	5	5	5	5	5	5
Sub total		20	20	20	20	20	20
Distrito Federal	IMSS	90	90	90	90	90	90
	ISSSTE	80	72	80	80	80	78
	SSA	170	169	170	168	170	163
Sub total		340	331	340	339	340	331
Durango	IMSS	35	35	35	35	35	35
	ISSSTE	10	10	10	10	10	10
	SSA	25	25	25	25	25	25
Sub total		70	70	70	70	70	70
Querétaro	IMSS	35	35	35	35	35	35
	ISSSTE	15	15	15	15	15	15
	SSA	10	10	10	10	10	10
Sub total		60	60	60	60	60	60
Sonora	IMSS	35	35	35	35	35	35
	ISSSTE	25	15	25	25	25	25
	SSA	20	20	20	20	20	20
Sub total		80	70	80	80	80	80
Total		750	731	750	748	750	733
% de cumplimiento		97.4%		99.7%		97.7%	
<p>D: Número de listas de cotejo programadas H: Número de listas de cotejo levantadas LCAP: Lista de cotejo de revisión de expedientes de atención prenatal LCDM: Lista de cotejo de revisión de expedientes de diabetes mellitus LCIAVS: Lista de cotejo de revisión de infecciones agudas de las vías aéreas superiores</p>							

¹¹ Todos los casos citados se encuentran respaldados por oficios firmados por el encargado de la unidad, mismos que se presentaron en el "Informe de avance a la semana 9" y se encuentran en el Anexo 1.

En la Tabla 19 se detalla por unidad el número de expedientes faltantes.

Tabla 19: Expedientes faltantes por UAPU

Estado	CLUES	Nombre de la Unidad	#LCAP	#LCDM	#LCIAVS
Aguascalientes	ASIST000033	PABELLÓN DE ARTEAGA	0	0	3
Chiapas	CSSSA004291	OCOZOCOAUTLA	0	0	5
Distrito Federal	DFIST000715	CENTRO URBANO PDTE. MIGUEL ALEMÁN	3	0	2
Distrito Federal	DFSSA001371	C.S.T-III DR. LUIS MAZZOTTI GALINDO	1	0	0
Distrito Federal	DFIST000423	PERALVILLO	5	0	0
Sonora	SRIST000244	CD. MAGDALENA DE KINO	5	0	0
Sonora	SRIST000075	EMPALME	5	0	0
Distrito Federal	DFSSA003903	C.S.T-II JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN	0	2	0
Distrito Federal	DFSSA000502	C.S.T-III DRA. MARGARITA CHORNE Y SALAZAR	0	0	4
Distrito Federal	DFSSA001050	C.S.T-I COCOYOTES	0	0	3
Total Expedientes faltantes			19	2	17
<p>#LCAP: Número de expedientes faltantes de la lista de cotejo de revisión de expedientes de atención prenatal #CDM: Número de expedientes faltantes de la lista de cotejo de revisión de expedientes de diabetes mellitus #CIAVS: Número de expedientes faltantes de la lista de cotejo de revisión de infecciones Agudas de las vías aéreas superiores</p>					

3. Resultados

3.1. Objetivo específico 1: Documentar los procesos de elaboración y actualización de GPC, valorar su pertinencia y verificar si se están ejecutando conforme a lo programado.

3.1.1. Revisión bibliográfica

México

A través del avance en el conocimiento científico y tecnológico enfocados en las ciencias de la salud, las Guías de Práctica Clínica son un recurso del personal de salud que facilita el acceso a la información en la toma de decisiones, permitiendo una mejor atención en el cuidado de la salud del paciente y reduciendo la variabilidad en la práctica clínica.

*“En México, el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica (conformado por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud: SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, SEDENA, SEMAR y PEMEX, instituciones académicas y de educación superior, así como organizaciones de la sociedad civil) es el responsable de unificar los criterios de priorización, elaboración, actualización, integración, difusión y utilización de las Guías de Práctica Clínica (GPC)”.*¹²

Como parte del proceso de elaboración, se establecen diversos mecanismos alrededor del mundo que presuponen una metodología específica a seguir por parte de diferentes instituciones elaboradoras de GPC. En el caso de México, el instrumento AGREE (*The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) es el elemento mediante el cual se apoya el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica para su elaboración y revisión, siendo que, como herramienta, aquél establece los criterios de calidad aceptables internacionalmente, además de que evalúa el rigor y la transparencia metodológica con los cuales una guía es desarrollada y utilizada en el mismo ámbito internacional.

De acuerdo con la “Metodología para la Integración de las Guías de Práctica Clínica” que publica el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en México (CENETEC), el

¹² Manual Metodológico para la Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. México: Secretaría de Salud; 2012.

desarrollo de una GPC de nueva creación se compone de dos fases: fase de planificación y fase de producción.

La fase de planificación se estructura de la siguiente forma:

- Elección de los temas
- Decidir adaptar una GPC existente o crear una nueva
- Definición de individuos y grupos clave en el desarrollo
- Elaboración de plan y cronograma para elaboración de GPC
- Selección de miembros participantes profesionales en la creación

La fase de producción, que toma alrededor de 12 meses, consiste en lo siguiente:

- Enfoque de la guía y definición de preguntas
- Identificación de interesados y grupos de interés
- Informe a grupos de interés para su opinión
- Revisión y ajuste del primer borrador
- Búsqueda de información
- Evidencia y consenso de expertos
- Informe a grupos de interés para su opinión
- Revisión y ajuste del segundo borrador
- Informe a grupos de interés para su opinión
- Revisión y ajuste del tercer borrador
- Versión final para su edición

Por otro lado, el proceso de actualización de las GPC está dado por el constante cambio en el conocimiento científico. De esta manera, es de vital importancia tomar en cuenta diferentes criterios de desactualización de las guías, ya sea por tiempo o por avance en la investigación científica o tecnológica.

Autores como Martínez García, Alonso-Coello o Shekelle, sugieren que una actualización es necesaria después de 3 a 5 años¹³; sin embargo, en la “Metodología para la Integración de las Guías de Práctica Clínica” se establece que el proceso de revisión inicia de 2 a 3 años después de publicada la GPC.

De acuerdo con el “Manual Metodológico para la Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud”, existen 6 fases mediante las cuales se lleva a cabo el proceso de actualización de GPC:

1. Priorización para la actualización de una GPC: Se identifica la necesidad de actualizar una GPC y se realiza una búsqueda exhaustiva de información bibliográfica.
2. Conformación de grupos de trabajo para la actualización de una GPC: Se recurre al grupo de trabajo inicial que conformó la creación de la GPC (o se sustituye por otro de las mismas características), el cual posee el conocimiento teórico y práctico del tema central de la GPC y de medicina basada en la evidencia.
3. Valoración de actualización de una GPC: El grupo de revisión verifica la información recabada en la fase 1 y determina el tipo de actualización necesaria para la guía.
4. Actualización de una GPC: Mediante adopción y adaptación, se toman como referencia diversas guías tanto nacionales como internacionales con objetivos acordes a la guía por actualizar. Las guías adaptadas son seleccionadas en un proceso de evaluación en la calidad de su contenido.
5. Validación de la GPC actualizada: La información recabada en esta etapa es enviada a un grupo de especialistas que no haya tenido participación en la creación de la guía, con el fin de validar que efectivamente las evidencias y recomendaciones descritas sean acordes con la práctica clínica.
6. Integración de la GPC actualizada al Catálogo Maestro: En esta última fase se verifica que la actualización se apegue a la metodología inicial para que una

¹³ Martínez García L, Arévalo-Rodríguez I, Solà I, Haynes RB, Vandvik PO, Alonso-Coello P, Updating Guidelines Working Group: Strategies for monitoring and updating clinical practice guidelines: a systematic review. *Implement Sci* 2012, 7(1):109.

Alonso-Coello P, Martínez García L, Carrasco Gimeno JM, Solà I, Qureshi S, Burgers JS, Díaz del Campo P, Estrada MD, Gracia J, Mengual J, Rico Iturrioz R, Rotaeche del Campo R, Salcedo-Fernandez F: The updating of clinical practice guidelines: insights from an international survey. *Implement Sci* 2011, 6:107.

Shekelle P, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH: Validity of the agency for healthcare research and quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001, 286(12):1461-1467.

vez aprobada, sea integrada y posteriormente publicada en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica que pone a disposición de consulta pública la Secretaría de Salud.

España

En el caso de España, el Sistema Nacional de Salud, integrado en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es el encargado de establecer el proceso de elaboración y actualización de las GPC.

En cuanto a la actualización de las GPC, se comprende un periodo de entre 3 y 5 años para su revisión y modificación, siendo el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través del Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud el encargado de coordinar todo el proceso tanto de elaboración como de actualización con base en los lineamientos del instrumento AGREE.

De acuerdo con el “Manual Metodológico. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud”¹⁴, la metodología para la elaboración de una GPC se resume de la siguiente forma:

- Delimitación del alcance de los objetivos
- Creación del grupo elaborador de la GPC
- Formulación de preguntas clínicas
- Búsqueda, evaluación y síntesis de la literatura
- Formulación de recomendaciones
- Revisión externa
- Edición de la GPC

Por otro lado, el proceso de actualización está definido en 6 fases. Sin embargo, un punto primordial previo al inicio de estos pasos es el monitoreo, pues en éste se

¹⁴ Working Group for CPG Updates. Updating Clinical Practice Guidelines in the National Health System: Methodology Handbook. National Health System Quality Plan of the Spanish Ministry of Health and Social Policy. Aragon Health Sciences Institute (I+CS), 2009. Clinical Practice Guidelines in the National Health System: I+CS No.2007/02-01

establece una especial atención a las GPC de forma regular ya que determinará la decisión de actualizar o no una guía, con los recursos y esfuerzos que ello representa.

Dentro del monitoreo, frecuentemente se pueden encontrar revisiones sistemáticas, pruebas clínicas y alertas de autoridades. Una vez que se ha decretado la decisión de actualizar, se realiza lo siguiente:

Búsqueda de bibliografía: La investigación de literatura en este punto es más enfocada, detallada y rigurosa que la empleada en la propia creación de la GPC, en apego a las revisiones sistemáticas realizadas durante el monitoreo. Asimismo, esta búsqueda se apoya en investigaciones previas que hayan realizado diferentes organizaciones elaboradoras de GPC.

Valoración crítica y síntesis: Se incorpora nueva información mediante la evaluación cualitativa de tablas de evidencia que comparan la evidencia de la GPC original con la nueva identificada.

Actualización de contenido y recomendaciones: Se redacta un borrador con las modificaciones. Si se incluye nueva información, se deberá evaluar con base en antecedentes metodológicos y clínicos, qué tanto afecta la nueva evidencia el contenido de las nuevas recomendaciones.

Revisión externa: Una vez que se han establecido las nuevas modificaciones, se lleva a cabo una amplia revisión de las mismas, de forma multidisciplinaria en cuanto a las diferentes personas encargadas de ello y que preferentemente sean diferentes de las propias encargadas en el proceso de actualización de la GPC.

Monitoreo de etapas y de modificaciones: Con el objetivo de mantener una información clara y transparente en este proceso, el órgano encargado o coordinador de la actualización de la GPC publica (en su sitio web) los detalles de las acciones, modificaciones, avances, metodologías a seguir y momento en el que se encuentra; esto provee además de información, una manera sencilla de identificar los cambios y razones por las cuales ha ocurrido lo anterior.

Publicación: De manera electrónica se publica en los sitios de todos los involucrados en la realización de la GPC; asimismo se informa, a la Biblioteca Clínica del Sistema Nacional de Salud para que la GPC sea incluida en su catálogo. Si la GPC es de utilidad o uso internacional, se gestiona para que sea añadida en el “National Guideline Clearinghouse” del *US Agency for Healthcare Research and Quality*, una de las fuentes

más amplias en el mundo que compilan guías de práctica clínica de forma internacional, con sede en Estados Unidos.

Inglaterra

En Inglaterra, el *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* es una organización independiente responsable de proveer orientación y consejo para el cuidado de la salud en la población. Dicha organización, entre otras funciones, establece los métodos y aspectos técnicos para la elaboración y actualización de las guías de práctica clínica en el país con base y sustento en el instrumento AGREE.

De acuerdo a los lineamientos de “The Guidelines Manual”¹⁵, el proceso de elaboración de una GPC está a cargo del *National Clinical Guideline Centre* y comprende los siguientes pasos:

- Reunión del grupo elaborador de guías
- Preparación del objeto y alcance mediante el cual definirán los aspectos relevantes de la GPC
- Selección y definición del grupo elaborador de la guía
- Organización de reuniones con el grupo elaborador de GPC
- Revisión y definición de preguntas clínicas
- Identificación de evidencia clínica
- Revisión de evidencia
- Desarrollo de recomendaciones para la GPC
- Creación del primer borrador y consulta con expertos
- Desarrollo del plan de implementación de la GPC
- Consulta y revisión de comentarios de expertos
- Confirmación y fin del plan de implementación con base en la versión final de la GPC
- Preparar y publicar la GPC final y las herramientas de implementación

Por lo que respecta al proceso de actualización, se tiene un especial cuidado en cuanto a las revisiones sistemáticas y la necesidad inequívoca de actualizar una GPC ya que los cambios frecuentes a las guías pueden acarrear problemas en su implementación.

¹⁵ National Institute for Health and Care Excellence (2013). Interim clinical guideline surveillance process and methods guide 2013. London: National Institute for Health and Care Excellence. Available from: www.nice.org.uk.

El proceso de actualización igualmente llevado a cabo por el *National Clinical Guideline Centre* en concordancia con el *NICE*, da inicio a partir del tercer año de haber sido publicada la GPC. Es importante señalar que en esos primeros tres años ambas instituciones recolectan información relevante que podría modificar el contenido de la futura actualización, pudiendo incluir todo tipo de comentarios recibidos, experiencias o evidencias por parte de investigadores o expertos en el uso de la GPC. Si dicha información resulta de importancia relevante y considerable que resulte en la necesidad excepcional de actualizar la GPC, este proceso se reajusta y adelanta.

Existen 3 etapas previas al proceso de actualización que conforman una revisión formal de la GPC a actualizar:

Etapa 1: Se conjunta, a través de cuestionarios, toda la información obtenida de los miembros creadores de la GPC, pacientes y todos los involucrados en el uso de la propia guía, que se haya generado posterior a la publicación de la misma.¹⁶ Asimismo, se coordina una profunda investigación y discusión con respecto a la evidencia clínica reportada por el uso de la GPC.

Etapa 2: Se evalúa y resume toda la información previamente recolectada para redactar un borrador que establece la necesidad de actualizar la GPC en cuestión. Igualmente se discute con los expertos lo anterior con el fin de confirmar si ellos están de acuerdo para dar paso a lo siguiente.

Etapa 3: Se consulta con el grupo de expertos que conformaron el proceso de desarrollo de la GPC para realizar un informe final que determina y justifica el inicio de la actualización de la GPC en cuestión.

Una vez recabada la información final en las etapas anteriores, se reconsidera la determinación a la que se llegó, lo que conduce a definir un criterio para la decisión de actualizar la GPC, siendo que este criterio determina si la actualización sería:

- Actualización de la GPC completa
- Actualización parcial de la GPC
- Actualización excepcional

¹⁶ A este respecto, a través del *Patient and Public Involvement Programme (PPIP)* de la *NICE* se establecen todos los mecanismos mediante los cuales la participación de personas ajenas al grupo interno de expertos (como pacientes, cuidadores) es coordinada y facilitada para todos aquellos que quieran cooperar o informar en el proceso de elaboración y actualización de GPC.

- No actualización
- Se pospone la actualización a un determinado tiempo
- Se retira del catálogo general la GPC

Si la guía requiere actualización, entonces se realiza el mismo proceso de elaboración partiendo de la preparación del objeto y alcance mediante el cual se definirán los aspectos relevantes de la guía en cuestión.

Estados Unidos

La elaboración y actualización de las Guías de Práctica Clínica en Estados Unidos está a cargo de diversas asociaciones médicas (*US Preventive Services Task Force; Community Preventive Services Task Force; Evaluation of Genomic Applications in Practice and Prevention*), instituciones al cuidado de la salud (*American Academy of Family Physicians; American College of Physicians; American Academy of Pediatrics; American Congress of Obstetrics and Gynecologists*) y agencias gubernamentales (*Centers for Disease Control and Prevention; National Institutes of Health*), por lo que tanto el sector público como el privado intervienen y enriquecen el acervo de GPC en el propio país y a nivel internacional.

El hecho de que diversas instituciones y órganos intervengan en la creación de una GPC no permite que exista un protocolo único a seguir para la elaboración y actualización de las mismas, siendo que cada institución puede coordinarse a sí misma o incluso coadyuvar con alguna otra para tal fin, si es que el tema es pertinente.

Tomando en cuenta lo anterior, la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, sin ser una elaboradora, conduce el proceso de elaboración de una GPC de acuerdo a los siguientes pasos:

- La institución elaboradora identifica el tema acerca del cual desarrollar una GPC y lo hace saber a la *AHRQ*
- La *AHRQ* acepta el tema propuesto para la revisión de su evidencia
- La *AHRQ* conforma el panel técnico de expertos que formularán las preguntas clínicas relevantes
- Se lleva a cabo la revisión de literatura
- La evidencia clínica es ahora revisada, evaluada, documentada y validada

- El reporte de la evidencia es publicado por la *AHRQ*
- La institución elaboradora examina la evidencia presentada por la *AHRQ* y determina si es necesaria una GPC, para entonces conformar un grupo de trabajo que elaborará la guía
- Se inicia una búsqueda de información actualizada
- El grupo de trabajo elaborador transforma la evidencia en recomendaciones para que sean finalmente validadas y aprobadas
- Se publica la GPC final

En cuanto a la actualización de la GPC, ésta inicia con un proceso de revisión durante los primeros 12 a 36 meses, previo al término de su vigencia entre 3 y 5 años que indica la práctica clínica y la literatura. Dicho proceso es llevado a cabo generalmente por el mismo organismo que la elaboró en concordancia con lo siguiente:

Revisión documental entre los 12 y 36 meses: Se revisa y determina si han existido cambios significativos en la información de la GPC para considerar si el documento será modificado antes o después de lo calendarizado.

Búsqueda de literatura: El grupo elaborador conformado dentro de la institución u organismo, identifica cualquier evidencia clínica, revisiones sistemáticas o algún comentario de personal médico que conduzca a dicha búsqueda.

Revisión: El grupo elaborador responde a los comentarios de los miembros de la organización y revisa el documento de GPC en cuestión. Una futura revisión está nuevamente indicada si existen cambios o adiciones al documento que no sean aceptados por los miembros del organismo.

Aprobación y publicación: Finalmente el documento es aprobado con las modificaciones y apreciaciones finales, para luego ser publicado para su uso.

Australia

Se considera relevante añadir a este ejercicio el caso de Australia por la importante y definida tarea que realiza en la generación de Guías de Práctica Clínica y, aunque no es muy claro en los pasos para actualizar una GPC, sí es estricto en los puntos previos al proceso de actualización.

El National Health and Medical Research Council (NHMRC), dependencia del gobierno australiano, es el órgano más importante del país encargado de promover el

desarrollo y asesoramiento en salud pública a la comunidad, brindando todos los recursos necesarios tanto para la población en general como para instituciones, practicantes, profesionales e investigadores dedicados a la salud.

Como cabeza en el sector salud, el *NHMRC* establece en “A Guide to the Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines”¹⁷ los lineamientos mediante los cuales una GPC es desarrollada y el mismo *NHMRC* lleva a cabo la elaboración. Cabe mencionar que de igual forma permite la posibilidad de que instituciones externas puedan contribuir al proceso de elaboración, sin embargo es necesaria la coordinación y aprobación del trabajo por parte del *NHMRC* para poder publicarlas.

El proceso de elaboración de una GPC, que puede tomar entre 18 meses y 2 años, consiste en las siguientes 9 fases:

- 1) Se establece un comité de trabajo que proveerá de orientación experta al *NHMRC* en todo el proceso de elaboración de la GPC
- 2) Especialistas en evaluar la evidencia médica llevan a cabo la investigación de la evidencia y revisión de literatura sistemática
- 3) Con base en la evidencia y literatura hallada, los profesionales técnicos y científicos elaboran un borrador de dicha información
- 4) Se exhibe el borrador para consulta pública
- 5) Se consideran todos los comentarios derivados de la consulta pública y si los nuevos hallazgos en la evidencia clínica o comentarios de expertos lo ameritan, el comité de trabajo da aviso al equipo técnico y científico para que modifique lo correspondiente
- 6) El *NHMRC* pone a disposición de un revisor externo el borrador con el fin de verificar y asegurarse de que se han seguido todos los pasos necesarios durante el proceso de elaboración
- 7) El *NHMRC* puede decidir hasta este punto si es necesaria una validación externa, y de ser así, la guía es enviada a un determinado grupo de expertos en el tema para conocer su opinión basada en su experiencia y evidencia
- 8) La guía es recibida por el consejo del *NHMRC* para su opinión, quien puede a su vez solicitar ampliar la información si considera que se requiere mayor evidencia en un área en particular. Cuando se está satisfecho con el producto final, el Consejo hace una recomendación a la Dirección General del *NHMRC*, quien toma la decisión final de emitir la guía

¹⁷ Australia. National Health and Medical Research Council. (1999) *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*

9) Se publica y difunde la GPC.

El proceso de actualización está muy enfocado en revisiones sistemáticas de las guías y es encabezado nuevamente por el *NHMRC*, quien luego de 5 años analiza y determina si es necesaria una revisión detallada de la GPC. Después de 10 años, independientemente de si la GPC fue supervisada o no los primeros 5 años de su creación, las GPC son revisadas y la evidencia actualizada o eliminada.

Este proceso de evaluación tiene la intención de analizar la validez de las guías y la efectividad de su distribución e implementación y se compone de 6 elementos:

- Evaluación de la difusión de la guía
- Evaluación de si la práctica clínica se ha dirigido hacia las recomendaciones
- Evaluación de si los efectos o resultados en salud han cambiado
- Evaluación de si las guías han contribuido o no a cualquier cambio en la práctica clínica o en los resultados en salud
- Evaluación del conocimiento y entendimiento de las guías por todos los usuarios
- Evaluación económica del proceso de elaboración

En adición a lo anterior, otros pasos son señalados a seguir para complementar estas evaluaciones previas:

- Un grupo multidisciplinario similar al elaborador de las GPC debe evaluar la guía con el fin de observar si existe alguna nueva evidencia que deba ser incorporada
- El mismo grupo debe analizar los elementos considerados en las estrategias de distribución e implementación e incorporar mejoras para las futuras estrategias
- Dicha evaluación debe estar basada no sólo en literatura académica sino en la experiencia, práctica y datos nacionales y regionales informados o reportados

Todos estos factores son determinantes para dar paso a una actualización de la GPC en cuestión; sin embargo, dicho proceso no es del todo enmarcado o especificado de forma puntual.

Revisión metodológica adicional del proceso de actualización de GPC

Una vez presentados hasta este apartado el proceso de elaboración y actualización de las GPC en diferentes países, es importante señalar un hallazgo más que se detalla a continuación.

A comienzos del 2014, Robin Vernooij en conjunto con otros especialistas y expertos en el tema como Pablo Alonso-Coello, publicaron un estudio¹⁸ en el que encabezaron una revisión sistemática de diferentes manuales metodológicos publicados por instituciones encargadas y responsables de la elaboración de Guías de Práctica Clínica, en el entendido de que dichos manuales o guías establecen parámetros tanto de elaboración como de actualización de GPC.

El objetivo de la investigación era describir cuál era el proceso metodológico de actualización de las GPC siendo que, por enunciación de los propios autores en su estudio, no existía – hasta ese momento – otra revisión similar que examinara el proceso de actualización de una GPC y que estuviera establecida a detalle en un manual metodológico.

Para ello, concretaron un criterio en el cual partieron de hallar 1,992 referencias ligadas al tema, seleccionando diferentes de ellas referidas tanto a la elaboración como a la actualización de GPC, desde el año 1963 hasta septiembre de 2013, fijando su muestra final en solo 35 manuales que cumplieran con las características necesarias para el estudio.

Los manuales obtenidos con los cuales se elaboró esta investigación, provenían de Europa (17), Norte América (12), Oceanía (4) y el resto del mundo (2). Como referencia adicional, manuales de México no fueron consultados.

Los resultados generales de su investigación consistieron en que, de los 35 manuales:

- 97.1% se enfocaban en la elaboración de GPC, con algunas menciones de información acerca de actualización
- 31.4% (11 manuales) ofrecían una guía para identificar nueva evidencia
- 22.8% (8 manuales) describían la metodología para evaluar la necesidad de actualizar una GPC

¹⁸ Vernooij et al.: Guidance for updating clinical practice guidelines: a systematic review of methodological handbooks. Implementation Science 2014 9:3

Y como consideración final, 40% de los manuales se coincidía en la necesidad de actualizar las GPC entre los 2 a 3 primeros años. Asimismo, la mayoría de los manuales no ofrecía una guía de investigación o búsqueda de literatura, selección de evidencia clínica, evaluación, síntesis o revisiones externas del proceso de actualización. En la Tabla 20 se presentan los resultados relevantes (número de manuales y porcentaje) que obtuvieron los autores con la muestra seleccionada (35) y que determinan sus conclusiones.

Tabla 20: Resultados generales del estudio Robin Vernooij

¿Cómo es el grupo encargado de actualizar las GPC?		
Similar al grupo encargado de elaboración	7	20.0%
Se encuentra específicamente definido	4	11.4%
Grupo no definido	24	68.6%
Tiempo establecido para actualizar una GPC		
≤ 1 año	3	8.6%
2 a 3 años	14	40.0%
4 a 5 años	8	22.9%
No se especifica un tiempo definido	10	28.6%
Diferenciación entre tipos de actualización (parcial / completa)		
Sí	8	22.9%
No	27	77.1%
En búsqueda de literatura acerca de procesos de actualización se describe...		
Estrategia específica	11	31.4%
Similar al proceso de elaboración	6	17.1%
Sin estrategia definida	18	51.4%
En selección de evidencia se describe...		
Estrategia específica	3	8.6%
Similar al proceso de elaboración	8	22.9%
Sin estrategia definida	24	68.6%
En evaluación de evidencia se describe...		
Estrategia específica	5	14.3%
Similar al proceso de elaboración	8	22.9%
Sin estrategia definida	22	62.9%
En síntesis de evidencia se describe...		
Estrategia específica	3	8.6%
Similar al proceso de elaboración	5	14.3%
Sin estrategia definida	27	77.1%
En revisión externa se describe...		
Estrategia específica	5	14.3%
Similar al proceso de elaboración	6	17.1%
Sin estrategia definida	2	5.7%
No señalado	22	62.9%

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del estudio final (Vernooij et al.: Guidance for updating clinical practice guidelines: a systematic review of methodological handbooks. Implementation Science 2014 9:3)

Finalmente y con la información recabada, los autores representan un proceso de actualización que, sin ser común en todos los manuales, podría reflejar a grandes rasgos las etapas con las cuales se conforman globalmente:

- Conjuntar un equipo de trabajo responsable de llevar a cabo la actualización de la GPC
- Identificar evidencia clínica nueva y relevante
- Evaluar la necesidad de actualizar la GPC
- Proceso de actualización (búsqueda de información, selección, evaluación y síntesis de evidencia)
- Revisión externa
- Publicación

Los resultados anteriores conllevan a los autores a concluir que en la generalidad, los manuales para actualizar las GPC ofrecen un proceso metodológico pobremente descrito, siendo que, dada la enorme importancia de lo que representan hoy en día las GPC, estas guías o manuales deben ser más rigurosos y explícitos en la información que establecen, lo que conduciría evidentemente a un proceso óptimo de actualización. Aunado a lo anterior, sugieren que existe una necesidad por crear un manual internacional que establezca precisamente la guía para actualizar las GPC en el mundo.

La anterior conclusión es un reflejo y un sustento del proceso de elaboración y actualización presentado en este apartado con respecto a países como México, España, Inglaterra, Estados Unidos y Australia donde se aprecia una forma diferente de elaborar y actualizar las GPC. Como se ha mostrado, los criterios definidos difieren en que algunos manuales dan mayor énfasis a los temas de las GPC, otros al grupo elaborador y revisor, otros más a la implementación, a la adaptación, a los recursos devengados, etcétera. En el apartado de Conclusiones y Recomendaciones se entablará una relación con los procesos en México como resultado de las entrevistas Federales, Estatales y por Unidades para identificar la situación actual del país en el tema de GPC.

3.1.2. Resultados de las entrevistas a las autoridades federales acerca de las estrategias de elaboración y actualización de las GPC

Con base en el análisis cualitativo (texto libre) efectuado mediante la codificación de las entrevistas realizadas a las autoridades federales encargadas de los procesos de elaboración y actualización de las GPC, se presentan los hallazgos desglosados por institución para cada una de estas estrategias.

Estrategia de Elaboración

IMSS

Esta institución establece como objetivo para la elaboración de GPC el estandarizar la práctica clínica incluyendo aspectos prioritarios como factibilidad y vulnerabilidad de los elementos a desarrollar. Asimismo, se toman en cuenta las necesidades propias de la institución y los temas establecidos en la clasificación diagnóstica de la CIE-10. Lo anterior es llevado a cabo por un grupo interdisciplinario (máximo 6 integrantes) que incluye profesionales con diferentes especialidades, con formación en áreas de investigación (diplomados, maestría, doctorado) y con amplia experiencia (gente especialista en epidemiología), lo cual facilita este proceso.

Ahora bien, en la información proporcionada por el área entrevistada, se han identificado ciertas dificultades dentro de la elaboración como son el no contar con un presupuesto destinado específicamente para el desarrollo de GPC o sencillamente que no se tenga acceso a literatura médica.

*...Nosotros particularmente no tenemos un experto en bibliotecología para la búsqueda de información. Eso limita el desarrollo de la guía.
(IME1)*

En adición a ello, también se tiene la necesidad de cubrir metas de desarrollo por parte de autoridades, lo que apresura el proceso y esto a veces conlleva que el producto final se vea disminuido en calidad.

En otro sentido, se pudo identificar la prioridad de atender el uso y difusión de guías ligadas a enfermedades crónicas (DM, HTA); geriatría (valoración, síndromes); sobrepeso y obesidad (tratamiento quirúrgico de obesidad); problemas cardiovasculares; cáncer de mama y cervicouterino; próstata, cáncer de colon y recto.

No obstante y a decir del entrevistado, lo que más se considera importante es la actualización de GPC.

...la idea es actualizar más que desarrollar nuevas [GPC]. Aunque todavía ese aspecto de desarrollo lo seguimos por instrucciones más altas. No se pueden desarrollar más de 25 el próximo año. (IME1)

En cuanto a identificar los logros obtenidos con el desarrollo de GPC, esta misma área menciona recibir indicadores cada tres meses por parte de las delegaciones de cuál es el avance que han tenido en la difusión, implantación y apego de las GPC. De igual forma, existe un trabajo de campo en el cual se visitan diferentes hospitales y unidades médicas para rectificar las actividades que estén realizando, revisar expedientes y documentos varios con los que cuenten en cada unidad.

Además, se tiene muy clara la necesidad de enfocar esfuerzos en mejorar las guías existentes, dadas las limitantes que algunas de ellas tienen.

...no todos los profesionales han podido utilizar la GPC para mejorar su práctica porque las condiciones en las que se da la GPC no permiten el uso expedito del documento, el formato se tiene que modificar, porque a veces no es amigable y no resuelve la duda que tiene el clínico... la guía por sí sola no es suficiente para mejorar la calidad de la atención, para eso se necesitan otras estrategias. (IME1)

ISSSTE

Esta institución establece como objetivo para la elaboración de GPC el homologar y mejorar la atención médica además de optimizar los recursos destinados a ello; sin embargo, no cuentan con criterios definidos o establecidos que marquen una pauta en la generación de determinadas guías, basándose simplemente en la demanda de atención que se esté presentando y en las necesidades del momento.

....Poder homologar la atención médica, optimizar los recursos pero sobre todo dar una mejor atención médica a los pacientes, que sea más estandarizada. (ISE1)

Para lo anterior, se cuenta con la participación de diferente personal médico que se ha consultado en cada unidad, hospital o delegaciones médicas, a fin de que

participen en la generación de GPC de acuerdo al tema en el que tengan experiencia, especialidad y conocimiento amplio. En este sentido, cuando existe un compromiso o convencimiento de la utilidad de las GPC por parte de las autoridades o directivos de las unidades, se vuelve un facilitador en la elaboración de dichas guías.

En contraste y de acuerdo a lo dicho por el entrevistado, al convocar a cursos la asistencia por parte del personal médico al inicio es mayoritaria pero conforme avanzan los días ésta disminuye considerablemente. Lo anterior se debe a que las autoridades estatales no facilitan los elementos para disminuir la carga de trabajo de los médicos, siendo que los mismos médicos no pueden acudir a las reuniones por la carga de trabajo que tienen.

También, se identificaron como otras dificultades el hecho de tener como plaza temporal al responsable de GPC, ya que en los años que se ha participado en este proceso, al no haber continuidad, se merma el avance y los resultados de elaboración que tienen como limitantes el tiempo.

...Hemos tenido en los años que estamos participando, creo que como a 4 responsables de GPC porque van, vienen, van, vienen. Es una plaza temporal la que yo tengo en este momento para la persona que lleva lo de GPC, creo la contraté hace 2 años, creo que ya tiene una madurez en el tema que ahorita ya nos debe de dar mucho más resultados. Pero termina su contrato el 31 de diciembre. Yo espero podamos seguir. Ese es uno de los limitantes. (ISE1)

A manera de contrarrestar las barreras indicadas e identificadas por el entrevistado, resalta la necesidad de establecer un presupuesto especial para el desarrollo de GPC, mismo que proveería de recursos para cubrir las necesidades de los médicos participantes (pago a suplente en su unidad por guardias). Por otro lado, se reconoce necesario el acceso a fuentes bibliográficas de alta calidad, citando la búsqueda de convenios con universidades del país, mismas que podrían a su vez otorgar acceso a los grupos elaboradores para su consulta y facilitar todo este proceso.

En cuanto a un plan a seguir para el año 2015 no se tiene identificado con exactitud el número de guías a desarrollar.

...tenemos algunas pendientes. Tanto del área de enfermería como... el tema así específico no lo traigo a la mano, pero sí tenemos pendiente desarrollar cerca de 12 guías si no mal recuerdo. (ISE1)

Sin embargo se tiene pensado dar continuidad con las que generan gran problemática con la demanda.

...Tenemos el plan de continuar con las de, que nos causan gran problemática con la demanda, las enfermedades crónico degenerativas, queremos desarrollar de obesidad, seguir desarrollando y actualizando obesidad, diabetes en situaciones específicas, temáticas específicas, síndromes metabólicos, estamos teniendo mucho problema, son problemáticas, hipertensión, vinculadas a nuestros programas institucionales, tenemos un programa de diabetes que estamos impulsando muy grande. (ISE1)

Finalmente, se destaca que no existe una manera de medir los logros alcanzados o el impacto obtenido con toda esta labor.

...El problema es que no lo hemos medido. Entonces lo que no se mide, es difícil. (ISE1)

No obstante, se tiene idea o percepción de que la calidad en la atención médica ha tenido un incremento principalmente en ciudades pequeñas, áreas chicas.

...Creo que el impacto ha sido mucho mayor. No en nuestros grandes hospitales porque ahí la idiosincrasia del médico es un poquito difícil. Somos difíciles. Pero en áreas más chicas, ciudades más pequeñas, creo que el impacto sigue siendo importante. (ISE1)

SSA

En la entrevista realizada en el área de Integración de Guías de Práctica Clínica dentro del sistema de Servicios Estatales de Salud, se establece como objetivo en la elaboración de GPC, homologar la calidad y efectividad de la atención de los pacientes, proporcionando a los profesionales de la salud la mejor evidencia científica disponible a través de recomendaciones vertidas en las GPC.

Dicha labor, se encuentra definida en un proceso que incluye en primer lugar, la selección de los temas mediante su priorización; esto es, definir criterios con los cuales se elegirán los temas a desarrollar. Entre estos, se encuentran la incidencia o

prevalencia de enfermedades; la causa de morbilidad y mortalidad tanto general como específica; las principales causas de atención médica (ya sea en consulta, hospitalización o urgencias) y por último, el costo que implica para el Sistema Nacional de Salud alguna enfermedad.

En segundo lugar y como parte de este proceso, se encuentra la definición y conformación de los grupos de trabajo. En éste, se encontrará un grupo multidisciplinario (mínimo 10 personas) que incluye especialistas en el tema afín de la guía, líderes de opinión, así como aquellos profesionales de la salud que por su especialidad puedan contribuir en el desarrollo (médicos internistas, generales, enfermeras).

El área entrevistada destaca que se encuentran distintas dificultades que impiden el avance en el proceso de elaboración de GPC, entre las cuales se mencionan el no contar con un presupuesto específico destinado al desarrollo de guías, mismo que cubriría viáticos para profesionales que acuden de distintos puntos de la República; de igual forma este presupuesto cubriría algún mecanismo de incentivos que se puedan ofrecer a los participantes, ya que de aquí se genera una alta resistencia en colaborar en la elaboración de las GPC.

No obstante lo anterior, se exalta la voluntad de algunos profesionales de la salud que participan de forma altruista bajo la necesidad de homologar la calidad de la atención médica así como la optimización de recursos, elementos clave que forman parte de los facilitadores en el proceso de elaboración de guías.

Por otro lado, menciona el área entrevistada, que al depender de las necesidades de cada institución, no se cuenta con un número preciso de guías a desarrollar que forme parte de algún plan operativo para el próximo año, pero se tiene claro dar prioridad a la actualización.

...No tenemos el número preciso de cuántas guías desarrollar, recuerden que este programa es sectorial, entonces depende de las necesidades de cada institución, la cobertura que ellos quieran dar. El plan es hacer menos guías nuevas, y actualizar el mayor número posible de las GPC. (SAE1)

Tampoco se cuenta con algún mecanismo que mida el impacto de las GPC en la población; sin embargo, se tiene en consideración la necesidad de trabajar en guías ligadas a diabetes mellitus, obesidad, sobrepeso, hipertensión arterial sistémica, neoplasias, enfermedades cardiovasculares y disminución de mortalidad materna.

...Uno de los objetivos de las GPC, es obviamente mejorar la calidad de la atención médica. Sin embargo, a la fecha no tenemos un estudio que mida el impacto en ese sentido de las Guías de Práctica Clínica. Están formuladas para ello, pero hasta ahorita no lo hemos medido. (SAE1)

Como consideración adicional, de los elementos obtenidos de esta entrevista se señala el difundir la importancia de las GPC, capacitar al personal médico para que las adopte y aplique en la práctica clínica y para que conozca el objetivo para el cual están hechas. Asimismo, parte importante del avance en el tema tiene su peso en designar un presupuesto dirigido específicamente a las GPC.

Resultados Generales

Una vez identificada la perspectiva de las tres áreas federales entrevistadas por cada institución, se concluye lo siguiente.

El objetivo de llevar a cabo una estrategia de elaboración de Guías de Práctica Clínica en el sector salud es, para las tres instituciones, homologar y estandarizar la atención médica. En este sentido, el grupo de trabajo que conforma esta labor es coincidente en cuanto a contemplar especialistas médicos ligados al tema a desarrollar, no así en cuanto al número de integrantes que los conformen. Por un lado, mientras que en el IMSS se hace uso de un equipo de máximo 6 integrantes, la SSA emplea un grupo de mínimo 10 integrantes. En cuanto al ISSSTE no se tiene un número definido de integrantes para realizar el proceso; sin embargo, es de destacar el hecho de que el proceso sea encabezado con gente especialista en el tema.

Independientemente del número de integrantes de los grupos de desarrollo, los criterios mediante los cuales se rigen para decidir qué tipo de GPC se van a desarrollar son indeterminados. De acuerdo a la información que plantearon los entrevistados por cada institución, en el IMSS e ISSSTE existe una necesidad de crear GPC de acuerdo a las necesidades propias de cada institución, no así en el caso de la SSA, quien puntualmente toma decisiones dependiendo de la incidencia o prevalencia de enfermedades, la morbilidad, la mortalidad, las causas de atención médica o incluso el costo que representan las enfermedades en el Sistema Nacional de Salud.

Si bien es cierto que la labor ha sido constante en la elaboración de GPC en las tres instituciones, la organización y las dificultades propias del proceso han sido

relevantes. En este sentido, tanto el IMSS como el ISSSTE hablan de la necesidad de contar con acceso a literatura médica especializada o gente ligada a esta labor quien pueda apoyar en todo el proceso, facilitándolo. Por otro lado, las tres instituciones comparten la necesidad de establecer un presupuesto específico cuyo destino sea precisamente el desarrollo de GPC.

Finalmente, algo de recalcar es el hecho de que no existe un mecanismo definido para medir el impacto o los logros alcanzados con esta estrategia de elaboración, particularmente en el ISSSTE y en la SSA. En el IMSS sí se contempla la recepción de indicadores cada 3 meses y se evalúa el uso de las GPC en las visitas programadas a las unidades, sin embargo, no existe como tal un proceso o mecanismo definido y protocolizado.

Desde luego que analizar la perspectiva de avance en un esfuerzo como el de la elaboración de GPC es de suma importancia no solo para verificar el éxito o fracaso de las acciones, sino también para la toma de decisiones a nivel federal en beneficio de los objetivos ligados al uso y aprovechamiento de las GPC en el país, con el fin de generar recomendaciones útiles en la práctica.

Estrategia de Actualización

IMSS

En esta insititución se establece como objetivo para la actualización de GPC que las recomendaciones señaladas en las guías sean acordes al contexto en el cual se atiende a los pacientes y que tengan que ver con los insumos con los que cuentan en las unidades.

Para llevar a cabo este proceso, se establece la necesidad de contar con el mismo grupo que encabezó la elaboración de la guía, tomando en cuenta que los mismos participantes son los que lo harán en esta fase.

En este sentido, el área entrevistada señaló contar con suficientes recursos tanto humanos como materiales para cumplir con los objetivos de actualización; asimismo, mencionaron tener un acuerdo con gente de bibliotecología que apoya en la búsqueda sistematizada de la información y en el acceso a los documentos requeridos, sin dejar de lado la amplia disposición de los participantes, lo que convierte a todos estos elementos en facilitadores del proceso.

La decisión de actualizar una guía o no, recae en los elementos definidos en el “manual de actualización” que a decir del entrevistado se encuentra disponible en la página del Catálogo Maestro de GPC y en la página del IMSS. Dicho manual establece dos tipos de actualizaciones, una parcial y otra completa que dependen de si surge alguna alerta epidemiológica; alguna indicación por parte de COFEPRIS o la FDA; del tiempo o vigencia de la guía (3-5 años) o cuando se solicita la incorporación de algún insumo o medicamento. No obstante, se comenta la necesidad de revisar aún la mayoría de las GPC.

...Nosotros hemos aportado 65% de las GPC al Catálogo Maestro, y yo diría que de esas la mitad necesitan revisión y actualización. Los comentarios de las academias son consideradas como actualización, como eso es irregular, entonces el número de guías que pudiéramos considerar actualizadas bajo lo que dicta el manual es menor de lo que esperaríamos. Yo diría que el 20% están actualizadas. (IMA1)

En el transcurso de la actualización de una GPC, la persona entrevistada identificó dos dificultades; por un lado el que la Secretaría de Salud haga solicitudes e instruyan a realizar otro tipo de trabajos (sin especificar qué tipo de trabajos) y, por otro lado, el que se haya dado tanto énfasis al proceso de desarrollo de GPC a tal punto que el tema de actualización se encuentre rezagado y prácticamente iniciando.

...Este año, que ya elaboramos menos guías, es que pudimos enfocarnos más en la actualización, porque se trabajó más intenso en el desarrollo en los primeros seis años, entonces el proceso de actualización prácticamente está iniciando. El año que entra yo creo que este proceso tendrá más impulso. Otra barrera es que la Secretaría de Salud nos hace solicitudes y nos dan instrucciones, no tenemos más opción que hacerla. (IMA1)

ISSSTE

Se establece como objetivo para la actualización de las GPC que éstas se encuentren “al día” para permitir que tengan credibilidad, con la metodología adecuada. Para ello, se intenta que las personas que tuvieron injerencia en el desarrollo, la tengan nuevamente en la actualización. Sin embargo, se cuenta únicamente con dos personas responsables de este proceso en todo el instituto, lo que dificulta la tarea de manera importante.

...Tengo a 2 personas de responsables en todo el Instituto. Son las que llevan el programa, 2 personas. Porque además no es el único programa que llevan. Tienen otras responsabilidades. Ese es uno de los problemas de nuestro Instituto(IMA1)

Para decidir actualizar una guía, el área entrevistada indica basarse principalmente en el tiempo o vigencia de la GPC, aunque también se apegan a las sugerencias que realiza el CENETEC.

En el transcurso de actualización de una GPC, el entrevistado mencionó otras dificultades; por ejemplo, la infraestructura, pues no se cuenta con un área específica de trabajo que se pueda designar libremente para ello. Por otro lado, el equipo informático con el que cuentan no tiene acceso a fuentes bibliográficas confiables o amplias, lo que marca un retroceso y atraso en este proceso. Y finalmente, se hace mucho hincapié en el hecho de no poder otorgar incentivos a los participantes, ni económicos ni de reconocimiento a su labor, lo que genera la poca motivación del personal por participar.

Dado lo anterior, el entrevistado sugirió mejoras a seguir en beneficio del proceso de actualización, como son la habilitación de un lugar de trabajo con acceso a bibliotecas virtuales, el establecimiento de un proyecto de trabajo con consejos de certificación que provean de mayor reconocimiento a los participantes del grupo de trabajo. En este sentido, el reconocimiento a la labor de los autores con algún mecanismo de incentivos (económico, respaldo académico o incluso condecoraciones) es de suma importancia.

...Cuando se ve, cuando los autores de una guía ven que se está utilizando, cuando les hablan de alguna otra unidad para preguntarles o sugerirles, cuando nosotros les decimos, oye parece que esto ha causado, cuando ven que es tomada en cuenta hay una motivación importante. (IMA1)

SSA

En la entrevista realizada se estableció como objetivo en la actualización de GPC, mantener vigentes las recomendaciones, de tal manera que el usuario tenga la certeza de que lo que esté utilizando para hacer un diagnóstico o tratamiento, se encuentre sustentado en la mejor evidencia. Para ello, se establece que el proceso de actualización es prácticamente el mismo que el de elaboración, principalmente en el número de personas que participan (grupo de actualización igual al grupo elaborador).

En este proceso, la decisión de actualizar o no una guía se fundamenta en diferentes elementos. En primer lugar el tiempo (cada 3 a 5 años se debe actualizar); en segundo lugar los avances en la literatura científica, lo que podría determinar una actualización antes de los 3 años de generada; en tercer lugar el monitoreo que lleve a cabo el grupo elaborador de la información de tal forma que determinen el momento en el cual deben actualizar y, finalmente, lo que determine o sugiera el CENETEC para dar paso a este proceso.

En el transcurso del proceso de actualización de una GPC se obtuvieron de esta entrevista diferentes dificultades; por ejemplo el no contar con el número adecuado de profesionales de la salud que participen en ello o el no tener un presupuesto designado específicamente para este ejercicio. Aún así, existen elementos que facilitan el proceso como el hecho de que voluntariamente diferentes profesionales de la salud se acercan al centro desarrollador buscando participar o que poco a poco se van abarcando diferentes áreas.

Más profesionales de la salud se acercan al centro desarrollador para participar en el desarrollo, en la actualización de las GPC. Cada vez más recibimos más comentarios, ya sea vía electrónica o vía personal de gente que quiere participar en la actualización de las guías. Creo que día a día vamos permeando a diferentes áreas, no solamente el segundo o tercero, sino también el primer nivel de atención. Y esto es lo que nos ha llamado la atención. Entonces, ha favorecido que la gente participe en lo que es las GPC. (SAA1)

Resultados Generales

Una vez identificada la perspectiva de las tres áreas federales entrevistadas por cada institución, se concluye lo siguiente.

Los objetivos de llevar a cabo esta estrategia de actualización identificados en las entrevistas a las autoridades federales de las tres instituciones están encaminados hacia puntos importantes como que las recomendaciones vertidas en las GPC sean acordes al contexto en el que se atienden pacientes, que tengan un sustento en la mejor evidencia posible y desde luego que tengan credibilidad en los resultados que deriven de su uso. Este periodo de vigencia se ha identificado entre los 3 y 5 años posteriores a su publicación, lo cual concuerda con los parámetros internacionales.

No obstante, no solo la vigencia es un determinante para generar una actualización de las GPC pues, a decir de las tres instituciones, existen criterios que pueden alterar aquel periodo cuando existen recomendaciones o solicitudes por parte del CENETEC, COFEPRIS o alertas epidemiológicas suscitadas a nivel nacional por la cuales deba priorizarse dicha actualización en alguna GPC en cuestión. Todo este proceso de actualización se encuentra a cargo del mismo grupo elaborador, lo que provee de continuidad en el tratamiento de la información asentada en el proceso de elaboración.

Finalmente, se hacen presentes las solicitudes de cada institución en beneficio del proceso que, mientras no se contrarresten, seguirán siendo parte de las dificultades acarreadas en esta estrategia. Por un lado, se establece la necesidad de asignar un presupuesto específico, que permita cubrir no sólo los gastos operativos de la estrategia, sino que formen parte de un mecanismo de incentivos para el personal médico participante. Con respecto a éste, se identifica una necesidad de otorgar reconocimiento en su labor, mismo que puede coadyuvar en el incentivo a la participación de los médicos. Estructuralmente, se ha puesto énfasis en contar con un área de trabajo especial que esté acompañada de herramientas virtuales con acceso a bibliotecas de uso médico lo cual, al igual que en el proceso de elaboración, facilitaría el trabajo en las revisiones bibliográficas correspondientes.

3.1.3. Análisis de resultados de las entrevistas a las autoridades federales acerca de las estrategias de elaboración y actualización de las GPC con respecto a la revisión bibliográfica

Al haber abordado inicialmente en este apartado el proceso de elaboración y actualización de GPC en México establecido en el “Manual Metodológico para la Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud” en contraste con la información recabada mediante entrevistas con los encargados de ambos procesos a nivel federal de las tres instituciones de salud más importantes del país, se obtienen las siguientes conclusiones.

Es claro constatar que el proceso tanto de elaboración como de actualización referido por el CENETEC es metodológicamente más estricto que en lo que la práctica real se refiere. Es decir, existen puntos de partida para definir los mecanismos mediante los cuales se llevarán a cabo estos procesos, mismos que en la realidad no son seguidos enfáticamente, sino medianamente. Es evidente que la organización interna de cada institución realiza labores de acuerdo a los recursos y facultades con las que cuenta, apegándose en la medida de lo posible a los lineamientos establecidos en el Manual Metodológico. Sin embargo, existen claras deficiencias en ambos procesos, como por ejemplo el hecho de no separar o especificar una fase de planeación y una fase de producción en la elaboración de GPC, lo cual segmentaría y detallaría más este proceso. De igual forma, en la fase de actualización no se contempla la participación de un grupo de especialistas ajenos al proceso tal cual se dicta en el Manual Metodológico. Se percibe una situación en la que la elección de participantes queda sujeta más a la disponibilidad y voluntariedad del personal a la mano, que de un proceso de selección de los mejores especialistas, tal y como se describe en la metodología.

A este respecto, se menciona lo siguiente. En ambos procesos, las instituciones comparten acciones que en conjunto conforman la elaboración y actualización de GPC; sin embargo, también comparten las mismas inquietudes y necesidades en cuanto a destinar un presupuesto para dichos procesos que implique el apoyo de autoridades federales para facilitar la labor así como el acceso a bibliografía médica a través de convenios ya sea con universidades o con fuentes especializadas en el tema.

Ahora bien, si comparamos estas estrategias de elaboración y actualización definidas en el Sistema Nacional de Salud en México con lo establecido a nivel internacional, concretamente con las estructuras de los países revisados previamente y que poseen una mayor presencia en el ámbito de GPC en el mundo, concluimos lo siguiente.

El proceso de elaboración y actualización en México ostenta una estructura bastante bien diseñada, definida y en lo general similar a sus equivalentes en otros países de acuerdo a lo establecido en los lineamientos de la “Metodología para la Integración de las Guías de Práctica Clínica”, referida por el CENETEC. No obstante, la información identificada en las entrevistas a las autoridades federales del IMSS, ISSSTE y SSA muestra un camino distinto que en la práctica se conduce.

Como hallazgos generales, todas las instituciones elaboradoras de GPC presentan procesos de trabajo similares, como el hecho de colaborar con un grupo de expertos a cargo de la información por sentar; la revisión bibliográfica o de literatura exhaustiva que sustente las investigaciones; los tiempos promedio en los cuales se elaboran y actualizan las GPC; así como los borradores y versiones finales de GPC publicadas para su consulta.

Sin embargo, lejos de enfocar este análisis en las diferencias o similitudes de los procesos, se pretende mencionar las cualidades significativas de cada uno con el fin de posiblemente considerarlas como futuras referencias a emplear en el caso de México.

Si tomamos en consideración sobre quién recae la labor de elaborar y actualizar guías, en México la rectoría es a nivel gobierno central, siendo que en los países de estudio (España, Inglaterra, Estados Unidos, Australia) la responsabilidad está compartida. Es decir, aun cuando se mantenga al frente el gobierno central en esta tarea como coordinador o elaborador, en todos existe de manera abierta un apego con diferentes instituciones que coadyuvan en el ejercicio, lo cual permite no solo una contribución en los objetivos principales de desarrollo de GPC sino que incrementan la calidad y participación de diferentes sectores especializados en el tema en cuestión (en ocasiones con grupos externos o ajenos al proceso), generando diversas opiniones, puntos de vista y experiencias. Todo esto, sin dejar de lado la rectoría gubernamental, pues en situaciones como con el gobierno de Estados Unidos, y Australia, éstos además de coordinar a todos los participantes, mantienen la dirigencia en cuanto a panel de participantes por definir, autorizaciones, revisiones o identificaciones de temas por desarrollar. En este sentido y aún con mayor especificidad, en el caso de Australia los borradores generados durante el desarrollo de GPC se someten a consulta pública por un periodo de tiempo determinado, con el fin de recabar comentarios, experiencias, aciertos o desaciertos en lo hasta ese momento generado para quien tenga la voluntad o convicción de participar en la tarea.

Lo anterior es una muestra clara del compromiso social y profesional con el que cuentan las instituciones (públicas o privadas) de los diferentes países analizados para la elaboración de GPC. Más aún, el tema de transparencia en los procesos es de gran consideración en el caso de España pues en la metodología a seguir para llevar a cabo una actualización de GPC, toda la información se mantiene abierta y pública (en los sitios web gubernamentales encargados) con el fin de exponer los avances encontrados, las modificaciones realizadas (o por realizar) y las explicaciones a detalle de la GPC en proceso de actualización. Esta información puede resultar relevante en el momento de consulta de una GPC por parte de cualquier elemento del personal de salud, pues tiene la certeza de que la información referida pudiera estar detallándose en determinados puntos, lo cual generaría confianza al momento de hacer uso de ella.

Por otro lado y una vez elaborada una GPC, es de resaltar el monitoreo que se efectúa para cada una de las guías en los países analizados. Es decir, aún cuando se tenga contemplada una revisión y posterior actualización de las GPC en alrededor de 3 años posteriores a la publicación, en Inglaterra por ejemplo esos primeros 3 años la labor se centra en monitorear el uso de la GPC, en recolectar información constantemente de las evidencias, experiencias o comentarios generales tanto de personal médico como de pacientes. Todo ello funciona como una justificación y sustento en cuanto a las razones de por qué y cómo actualizar, pues este monitoreo determina si el periodo de actualización se mantiene igual, se adelanta o incluso atrasa, acordando una actualización completa, parcial o excepcional (con grado de urgencia) de la GPC en cuestión. En este sentido, se mantiene un detallado y meticuloso seguimiento que, como en el caso de Australia, se evalúa en todo este tiempo si la práctica clínica se ha dirigido hacia las recomendaciones plasmadas en la GPC o si los efectos y resultados en salud han cambiado en la población.

Los elementos detallados como aciertos en los procesos de elaboración y actualización de GPC en cada estructura de cada país analizado, pueden ser un asunto primordial en beneficio de los procesos en México siendo que, si se tomaran en consideración las cualidades de cada uno y se hicieran parte integral de ambas estrategias, la elaboración y actualización de GPC en México se enriquecería considerablemente. Por ejemplo, en México se podrían establecer relaciones de trabajo externas con instituciones privadas dedicadas a la salud¹⁹, con el fin de que puedan aportar y enriquecer con su trabajo y experiencia la calidad y cantidad de GPC

¹⁹ Estas instituciones pueden ser todas aquellas que, como parte de sus actividades, puedan contribuir a la investigación científica en temas de salud (asociaciones, institutos, fundaciones, universidades, centros de investigación, laboratorios, entre otros)

desarrolladas, sin dejar de lado la rectoría del CENETEC en estos procesos. Por otro lado, se podría constituir alguna fuente de consulta adjunta a la disponible con el Catálogo Maestro (o incluida en este mismo) en la cual se especifique no sólo la fecha de última actualización de cada guía, sino información rápida y precisa del momento en el que se encuentra la GPC a descargar; es decir, si está por actualizarse y en qué fecha o periodo, si está en proceso de actualización y en qué momento de ésta se encuentra o cualquier otro tipo de información de misma índole que brinde aún mayor confiabilidad para el consultante en cuanto a la certeza, claridad y vigencia de los conceptos vertidos en las GPC.

Si bien es cierto que, tal y como se presentó en los resultados del análisis empleado por Robin Vernooij en *Guidance for updating clinical practice guidelines*²⁰, en los que se concuerda con el hecho de no existir un manual metodológico de uso internacional a seguir por parte de elaboradores y desarrolladores de GPC, esto puede ser un aliciente para México en el sentido de no seguir una metodología internacional en sus procesos internos, pero sí una adaptación de los puntos centrales que no estén reflejados en el país con el fin de acrecentar la calidad en sus estrategias y, desde luego, llevarlas a cabo una vez establecidas.

²⁰ Vernooij et al.: Guidance for updating clinical practice guidelines: a systematic review of methodological handbooks. Implementation Science 2014 9:3

3.2. Objetivo específico 2: Identificar cómo se desarrollan los procesos de capacitación y sensibilización en materia de GPC a nivel nacional, estatal y de unidad.

Mediante entrevistas realizadas a las autoridades federales y estatales encargadas de la estrategia de capacitación de las 3 principales instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y SSA) se busca identificar los procesos en los cuales se desarrolla la estrategia de capacitación así como observar si existe una congruencia entre lo reportado por las autoridades federales y estatales.

3.2.1. Resultados de las entrevistas a las autoridades federales acerca de la estrategia de capacitación de las GPC

IMSS

Se establece como objetivo para la capacitación de GPC el proveer de las herramientas necesarias al personal médico con el fin de que lleven a cabo la difusión e implementación de las Guías de Práctica Clínica, siendo que esta coordinación proporciona a las unidades la pauta de cómo capacitar y éstas de forma individual, de acuerdo a sus propias necesidades, deben desarrollar su capacitación.

Lo anterior está basado en diversos talleres para facilitadores, UMAES (Unidades Médicas de Alta Especialidad) y responsables de las delegaciones a través de una convocatoria en la que se les insta a recibir la capacitación sobre las herramientas y sobre cómo deben llevar, a su vez, las capacitaciones al personal de salud. Estas actividades se realizan de forma anual y obligatoria para todas las delegaciones y UMAES. En este sentido, los responsables deben documentar todas las actividades que realizan así como elaborar un plan operativo y enviar reportes a esta coordinación de los avances generados. De igual forma, cada delegación elabora un reporte del uso de herramientas (cédulas de verificación) de las unidades para su envío a nivel central.

...Talleres para facilitadores y responsables de delegaciones y UMAES. Se hace una convocatoria y se invitan a los responsables para que reciban la capacitación sobre las herramientas y sobre cómo deben llevar la capacitación. (IMC1)

A decir del área entrevistada, se tiene un avance considerable en la estrategia dadas las herramientas con las que se cuentan para realizar la capacitación, además del conocimiento evidente de todo el personal de las GPC. A este respecto, existe una vinculación de los tres niveles de las unidades, misma que facilita este proceso. No obstante, en la misma entrevista se sugiere posiblemente la creación de un foro en el que se expongan casos de éxito en las delegaciones y donde se puedan compartir experiencias y estrategias que se hayan utilizado en diferentes unidades, con el fin de retroalimentar y aprender del éxito de los demás.

...Queremos hacer para el próximo año, un foro en el que se expongan casos exitosos de las delegaciones. Escuchar qué estrategias se usaron en diferentes unidades. (IMC1)

ISSSTE

En esta Institución se establece como objetivo para la capacitación de GPC principalmente que todo el personal las conozcan y que entiendan la metodología con la cual están elaboradas para su aplicación. Esta estrategia consiste en la realización de talleres de capacitación regionales (8 regiones en el país) en los que se capacita a un grupo de cada región para que ellos, a su vez, reproduzcan la información. Un integrante permanente del grupo es el subdelegado médico quien es el encargado de transmitir los conocimientos adquiridos a las unidades.

La estrategia de capacitación se encuentra enfocada en modificar la forma de pensar del personal médico, transmitiendo la importancia de lo que las GPC implican y así, estandarizar la atención médica; los cursos se imparten 2 veces al año y como ya se mencionó están dirigidos al personal regional. El tema principal es cómo están elaboradas las GPC, con la finalidad de aclarar al personal médico que existe un trabajo científico detrás y, de esta forma, poder romper la resistencia a su uso.

...Que conozcan qué son, primero que todo, que entiendan la metodología...que tiene una base que no limita el actuar médico, que ese es otro de los pensamientos, y que traten, sobre todo, transmitir la importancia de lo que esto implique. (ISC1)

En este sentido, en los resultados de la entrevista se han identificado necesidades como la falta de recursos principalmente humanos, la falta de expediente electrónico e incluso la falta en cantidad de eventos al año dedicados a esta estrategia, ya que a decir del área entrevistada y en respuesta a los cuestionamientos acerca de encontrar

los facilitadores para dicha estrategia, ésta no está funcionando de no ser por emplear una táctica de autoritarismo en la que se obligue la participación y actuar de todos los involucrados.

...¿Facilitador? ¿Contesto tal cual como pienso? El autoritarismo. O vienen o vienen. Es necesario. No es quieren, es vienen. (ISC1)

En relación al impacto que ha tenido la estrategia, se reporta la falta de personal de supervisión a nivel federal, pues el departamento de supervisión sólo cuenta con 2 personas que supervisan las 8 regiones existentes.

...Yo tengo dos personas aquí, en las delegaciones no tienen a veces a nadie. Y dicen "Ah, por cierto, ve tú como vamos en esto." Nos faltan recursos humanos para esto. (ISC1)

...Tengo dos personas a cargo del programa, entonces supervisar el país está complicado. Cuando vamos a hacer supervisiones, mi equipo de supervisiones, dentro de toda la cédula de supervisión integral tiene como dos renglones de GPC. Ahí nos falta verificar eso. (ISC1)

Aunado a lo anterior, la Jefatura percibe que las capacitaciones no se transmiten de manera adecuada a las unidades de salud debido a que se advierte una gran variabilidad en tratamientos para padecimientos específicos, lo que trae como consecuencia un uso ineficiente de los recursos. Por esta razón, el entrevistado resume en 3 pasos las metas a seguir para el siguiente año.

...Uno, que conozcan que existen. Porque luego llegamos a unidades, y ni saben que existen. A pesar de que la puedan tener en su pantalla. Las tienen en la pantalla. Primero que existen. Dos, que sepan para que son, y su utilidad, y tercero, que las apliquen, porque les preguntamos "sí, si las aplicamos" "¿oye y que dice? "mmmmm" cosas sencillas. (ISC1)

Dicho esto, se menciona que se está proponiendo una serie de indicadores para primer y segundo nivel de atención para evaluar el apego de recomendaciones claves a las GPC y a la norma de enfermedades crónico degenerativas para el año 2015. Otro avance importante de mencionar, es la señalización de que a partir del próximo año, los subdirectores médicos dependerán directamente de la Jefatura y ya no de las delegaciones, por lo que se podrá tener un control más preciso de las capacitaciones que se imparten.

SSA

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es quien especifica los lineamientos que tienen que seguir las entidades para elaborar las estrategias de difusión, implantación y capacitación. La estrategia de implantación conlleva un sub paso que es la difusión de las GPC, el cual consiste en dar a conocer a los médicos que existe un documento que tiene como función homologar la calidad de la atención médica. Una vez terminada la etapa de difusión se continúa con el proceso de implantar las GPC.

La estrategia de implantación implica no sólo el facilitar el acceso del médico a las GPC sino sensibilizarlos y capacitarlos en el uso de estos instrumentos para lograr realmente el apego a sus recomendaciones. Son las entidades los encargados de elaborar las actividades para lograr los objetivos planteados a nivel federal y reportar trimestralmente los avances de la estrategia. Aunado a lo anterior, la Dirección encuentra la necesidad de focalizar las estrategias hacia temas de enfermedades crónico degenerativas y elaborar cédulas de evaluación con recomendaciones clave que permitan medir el apego en relación a estos temas.

La Dirección no cuenta con documentos específicos que muestren la manera en cómo se han desarrollado los programas de capacitación en cada una de las unidades debido a la falta de reporte de las entidades, por lo que se identifica la necesidad de contar con este tipo de información.

...Es algo que no hemos manejado en forma específica y es una información pues en oportunidad de requerirla para ver qué personas han desarrollado las habilidades y por qué es muy general la información que se ha solicitado en cada una de las instituciones. No se tiene por ejemplo un, con esa especificidad, el conocimiento de cómo han desarrollado sus programas de capacitación cada una de las instituciones, y bueno, se hace necesario contar con este elemento que pudiera tener la generalidad de hacia dónde se está conduciendo la capacitación. (SAC1)

Por otro lado, se identifica de igual forma la necesidad de focalizar las capacitaciones en habilidades en el manejo de guías relacionadas con enfermedades específicas y de forma general, focalizar el tipo de capacitación a desarrollar.

Dada la amplitud de las guías y de los temas que aborda cada guía, tendría que focalizarse la capacitación sobre todo a desarrollar habilidades en el manejo de guías relacionadas con enfermedades crónico degenerativas, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, cáncer cervicouterino, cáncer mamario, atención de la mujer embarazada, y lo que es la atención de la emergencia obstétrica. En ese sentido están focalizándose en el propósito de que se pueda dar una, se pueda focalizar el tipo de capacitación a desarrollar. (SAC1)

Resultados entrevistas federales

En general, se observó que el denominador común de la estrategia de capacitación implementada por las 3 instituciones, a nivel federal, es impartir las capacitaciones a las autoridades estatales para que éstas a su vez transmitan su conocimiento a las unidades. La capacitaciones son realizadas de manera anual.

En cuanto al seguimiento para supervisar si los conocimientos o indicaciones dadas en las capacitaciones anuales se transmiten de manera correcta, las instituciones solicitan a las unidades reportes de las actividades que realizan para capacitar al personal. De manera individual, el IMSS es la única institución que cuenta con una cédula de evaluación de expedientes clínicos elaborada exclusivamente para medir el apego a las GPC y, de esta forma, poder medir el impacto. El ISSSTE cuenta con un departamento que supervisa las actividades de las unidades de manera general, la institución no cuenta con una herramienta de evaluación para medir el impacto de la estrategia de capacitación de GPC. Por último, la SSA solicita a las unidades de salud que envíen reportes acerca de los avances en la estrategia de capacitación.

Se observa que las mejoras que cada institución plantea a la estrategia de capacitación depende en gran medida de las barreras perceptibles en éstas. El departamento encargado de la estrategia de capacitación del IMSS sugiere la creación de un foro en donde se puedan compartir los casos de éxito de las delegaciones en relación al apego de las GPC. El ISSSTE sugiere que a nivel institucional se incremente el número de cursos que traten los temas de GPC, que se implementen los expedientes electrónicos en el primer nivel de atención y que exista personal médico que pueda sustituir a los médicos de planta para asistir a las capacitaciones. Por último, en la SSA se sugieren mejoras relacionadas con la focalización de los cursos hacia los temas de GPC y, a su vez, relacionar éstas con temas ligados a enfermedades crónico degenerativas.

Tabla 21: Cuadro comparativo de resultados de las entrevistas por institución a nivel federal

Estrategia de capacitación Federal	Instituciones		
	IMSS	ISSSTE	SSA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Proveer de las herramientas necesarias al personal médico con el fin de que lleven a cabo la difusión e implementación de las GPC 	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer entre el personal médico las GPC y sensibilizar sobre metodología con la cual están elaboradas para su aplicación Estandarizar la atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer las GPC e incentivar su utilización en la práctica diaria
Encargados de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación Técnica de Excelencia Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> Jefatura de Departamento de Programas Estatales 	<ul style="list-style-type: none"> Área de Acreditación y Garantía de la Calidad y Sistemas de Reconocimientos
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> Una capacitación anual obligatoria (UMAES y delegaciones) 	<ul style="list-style-type: none"> 2 talleres regionales al año 	<ul style="list-style-type: none"> Distribución de información relacionada con las GPC Sesiones informativas en relación a las GPC
Tipo de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Presencial 	<ul style="list-style-type: none"> Presencial 	<ul style="list-style-type: none"> Presencial
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Las unidades deben elaborar un plan operativo Las unidades deben documentar todas las actividades y enviar los reportes a la Coordinación Técnica Elaboración de los reportes de los resultados de las cédulas de verificación 	<ul style="list-style-type: none"> Existe un departamento de supervisión de los programas a nivel estatal 	<ul style="list-style-type: none"> Las unidades envían un reporte al área para informar de los avances en la estrategia
Aciertos	<ul style="list-style-type: none"> La vinculación de los 3 niveles (federal, estatal y unidad) 	<ul style="list-style-type: none"> Las capacitaciones son obligatorias 	<ul style="list-style-type: none"> La etapa de difusión se encuentra completa
Mejoras al programa	<ul style="list-style-type: none"> Creación de un foro en donde se expongan casos de éxito en las delegaciones y se puedan compartir experiencias 	<ul style="list-style-type: none"> Proveer de más recursos humanos a las unidades Creación de expediente electrónico en primer nivel Aumentar el número de cursos dedicados a GPC 	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de focalizar las capacitaciones en los temas de guías relacionadas con enfermedades crónico degenerativas

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las entrevistas a las autoridades federales encargadas de la estrategia de capacitación de las GPC

3.2.2. Hallazgos de las entrevistas a las autoridades estatales acerca de la estrategia de capacitación de las GPC

Con base en el análisis cualitativo (texto libre) efectuado mediante la codificación de las entrevistas realizadas a las autoridades estatales encargadas de la estrategia de capacitación de las GPC, se presentan los hallazgos desglosados por institución para cada una de estas estrategias.

IMSS

En las entrevistas realizadas a funcionarios estatales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en cuanto a temas relacionados con las estrategias de capacitación, se identificó que el objetivo de la estrategia es mejorar la atención al derechohabiente a través de la unificación de criterios médicos basados en las GPC proporcionando a los médicos información acerca del acceso a las guías, su contenido, utilidad y aplicación.

...Dar a conocer las guías, enseñarle a los médicos cómo acceder a ellas, que conozcan su utilidad, y aplicación. (CIMSC)

...El objetivo es mejorar la atención al derechohabiente. (C1IMC)

...Mejorar la calidad de la atención médica. Brindar mejor atención hacia los derechohabientes. (D1IMSC)

Dentro de la estructura organizacional de este instituto se identificaron²¹ como los principales encargados de las acciones de ejecución y dirección de los programas estatales de capacitación, a los jefes del departamento de prestaciones médicas en la mayoría de los casos, los cuales tienen a su cargo las coordinaciones delegacionales y son quienes dirigen las actividades de los directores y jefes de enseñanza dentro de las unidades.

...Jefe de prestaciones médicas a través de las coordinaciones delegacionales....La jefatura de prestaciones médicas tiene a su cargo las coordinaciones delegacionales las cuales se encargan de llevar a cabo las actividades de capacitación (CIMSC)

²¹ Se muestran los fragmentos de textos más representativos, ya que durante las entrevistas existieron respuestas similares.

...Jefatura de Prestaciones Médicas, Coordinadores Delegacionales, Directores de Unidades, Jefes de Servicio, Comités Locales de Capacitación y Coordinadores Clínicos de Educación. (AIMCI)

...Área de enseñanza y en las unidades donde tienen jefe de enseñanza, Los coordinadores clínicos de educación e investigación. (C1IMC)

...La coordinación de excelencia clínica a nivel central. (D1IMSC)

...Todo el cuerpo directivo (director, subdirector, jefe de departamento, dependiendo del área, coordinador de enseñanza en los lugares en los que existe). A nivel estatal, el coordinador de enseñanza, el coordinador de investigación, yo como coordinador de planeación y los coordinadores de atención a la salud. (QIMSC)

Los programas de capacitación se realizan en función de las necesidades de las unidades. Éstos se programan de manera anual con temas prioritarios identificados a través del reconocimiento de los 10 principales motivos de consulta, las principales causas de morbilidad y mortalidad dentro de las instituciones así como los principales motivos de incapacidad.

...Se realizan capacitaciones formales, las cuales ya se encuentran calendarizadas. (CIMSC)

...Tutoría: se da a conocer a los médicos las cédulas de verificación para el apego de las GPC con la finalidad de que los médicos utilicen las recomendaciones durante la atención en paciente. Programa Anual de Capacitación (AIMCI)

...El programa anual de los cursos de educación continua.(C1IMC)

...Procesos educativos que tenemos nosotros de estudiantes de pregrado y posgrado, internos, residentes y capacitación. (D1IMSC)

Fue señalado que las capacitaciones dentro de unidades médicas son impartidas por los mismos médicos que asisten a ellas, especialistas en temas de GPC, coordinadores

clínicos de educación y jefes de departamento clínico así como el mismo director o jefe de enseñanza de las unidades.

...Médicos especialistas de la institución. (CIMSC)

...Médicos operativos de primer y segundo nivel de atención, Coordinadores Clínicos de Educación y Jefes de Departamento Clínico. (AIMCI)

...Jefe de enseñanza.... El director toma las funciones... Los mismos médicos. (C1IMC)

...El director y el coordinador clínico, y en las unidades que hay jefe de educación, el jefe de educación. (D1IMSC)

...La Coordinación Auxiliar de Educación y en las Unidades el Director, Jefes de Servicio y Coordinador Clínico de Educación. (AIMCI)

El personal capacitado incluye a todo el personal médico, incluyendo al personal de enfermería. Además se toman en cuenta a estudiantes de pregrado y postgrado como internos, residentes y pasantes de servicio social.

...Al personal del área médica que participa en el proceso de atención. (AIMCI)

...Personal becario, médicos residentes. (C1IMC)

...Personal de base o incluso personal de pregrado o posgrado, becarios, muchachos de especialidad, internos, y de servicio social. (D1IMSC)

...Todo el personal médico, de enfermería, médicos de base y becarios. (CIMSC)

...Al médico operativo. (C1IMC)

...Estudiantes de pregrado y posgrado, internos, residentes y capacitación... Los médicos en específico. (D1IMSC)

Se identificaron como las principales actividades a través de las cuales se lleva a cabo la capacitación, las siguientes: sesiones departamentales y generales con periodicidad semanal o mensual, presentación de casos clínicos, talleres con lectura comentada de GPC, ponencias de expertos y en el caso particular de esta institución, la implementación de cursos en línea. Dichos cursos son de carácter voluntario y están disponibles para todo el personal médico del IMSS a través de sus portales, los cuales tienen un valor curricular para quienes los completan.

...Capacitaciones formales. ...Capacitaciones informales, las cuales consisten en sesiones clínicas en función de las necesidades de cada unidad. (CIMSC)

...Sesiones departamentales, cursos monográficos, adiestramiento en servicio, cursos en línea y reuniones nacionales. (AIMCI)

...El instituto oferta en línea, lo que son los cursos de GPC... Las sesiones generales... Difusión o alguna lectura comentada de la GPC... Presentación de un caso clínico. (C1IMC)

...Cada martes y jueves una hora aproximadamente donde se llevan a cabo las diferentes actividades académicas, de las que le comento ahorita, o didácticas... Trabajan una Guía de Práctica Clínica y la desglosan, una GPC en su sesión departamental, y la analizan en forma de taller o lluvia de ideas. (SIMSCI)

...Sesiones generales o en sesiones departamentales... La educación continua son cursos ya programados dirigidos anualmente donde las GPC están presentes. (D1IMSC)

...Hay sesiones departamentales cada semana... Pláticas, sesiones clínicas. (QIMSI)

Durante las entrevistas se mencionó que los principales factores que facilitan el proceso de capacitación son: la ejecución de estrategias organizadas y coordinadas dentro de la institución a través de sus diferentes niveles; el compromiso de todos los responsables en el proceso; el cumplimiento con sus programas de capacitación establecidos; y finalmente, el acceso a internet y equipo de cómputo en las unidades.

Se señaló que sí cuentan con programas estructurados en los que se incluyen temas específicos de GPC a través de distintas modalidades educativas.

...Una estrategia organizada y coordinada... Existe presupuesto suficiente para realizar las capacitaciones formales... El personal nuevo tiene mayor visión y aceptación en cuanto a la aplicación de GPC... Se destinó una parte del presupuesto para la realización de cursos formales, en los cuales se le da capacitación a los médicos durante una semana, en la cual se cubrió con un médico sustituto .(CIMSC)

...Compromiso de todos los responsables en la identificación de necesidades, cumplimiento del programa de capacitación y reprogramación de acuerdo a necesidades y utilización de diferentes modalidades educativas. (AIMCI)

...Primeramente tener el acceso a la intranet... Todas las unidades en el IMSS cuenten con equipo de cómputo... La capacitación en línea. (C1IMC)

...La planeación que se tiene en cada unidad, y el énfasis que se hace en los programas prioritarios de salud. (QIMSC)

Además, se percibe por parte de las autoridades que sus programas de capacitación, en general, sí han tenido el impacto deseado, aunque aún hay áreas en las que se puede tener un mayor alcance; uno de los entrevistados mencionó ejemplos específicos de áreas impactadas como son: la utilización de medicamentos de acuerdo a recomendaciones de las guías, el otorgamiento de incapacidades siguiendo los mismos lineamientos y la adquisición de mayor habilidad en la toma de decisiones y manejo de pacientes por parte de los médicos tratantes.

...En hipertensión arterial se logró cambiar al uso de Losartán, medicamento que se apega a las GPC... Se toman en cuenta las Guías para otorgar incapacidades y que éstas se encuentren justificadas... Impactan en la toma de decisiones de los médicos, tienen una mayor habilidad para el manejo de los pacientes. (CIMSC)

...Sí... Se ha avanzado en el proceso de implementación y se han redefinido estrategias de capacitación en base a análisis de resultados. (AIMCI)

...No, por la estructura, la estructura material de cursos. (C1IMC)

...Hemos tenido mucho avance, pero quizás no el que necesitamos, seguimos esforzándonos, y yo pienso que ya con las nuevas herramientas que tenemos se va a mejorar mucho realmente el impacto, o el ser de las GPC es mejorar la atención que se brinda a los derechohabientes y hacia allá vamos. (D1IMSC)

A pesar de que se considera que la estrategia ha tenido un impacto favorable, se comenta que los recursos humanos son insuficientes para llevarla a cabo de manera eficiente. Ya que, para que los médicos puedan recibir capacitaciones apropiadas se requieren suplentes que cubran su consulta. Además, en el caso de médicos que laboran en unidades periféricas, se requieren viáticos y transporte para que acudan a las capacitaciones.

Algunos de los entrevistados realizaron las siguientes recomendaciones para mejorar la estrategia: mayor vinculación entre las estrategias por parte de los jefes de servicio y el personal de educación dentro de las unidades, que el sindicato de trabajadores permita que se realicen capacitaciones fuera del horario de consulta, que las capacitaciones tuvieran carácter obligatorio y una mayor supervisión a la aplicación de las guías.

...El sindicato de trabajadores permitiera que las capacitaciones se realizaran fuera del horario de trabajo de los médicos y que fueran de carácter obligatorio. (CIMSC)

...Mayor vinculación en estrategias por parte de los Jefes de Servicio y el personal de educación. (AIMCI)

...Necesitamos tener una coordinación que nos vaya marcando el paso. (D1IMSC)

...Incrementar los niveles de supervisión de aplicación de las Guías. (QIMSC)

ISSSTE

La estrategia de capacitación en el ISSSTE es elaborada por los jefes de atención médica de cada delegación, los jefes de unidad, los jefes de enseñanza y en algunos casos los directores de la unidad. Esto depende de la estructura organizacional al interior del estado; en algunos casos, las estrategias son elaboradas por las autoridades estatales y reproducidas en cascada a las unidades y, en otros, es directamente en las unidades en donde se diseñan los programas de capacitación para el personal.

*...Desde el 2010 se llevan a cabo sesiones médicas que incluyen las GPC.
(C1SSSC)*

...Acaban de mandar una, acaban de mandar una instrucción, un oficio, en donde nos piden que se remita, precisamente qué estrategias se van a implementar para que se puedan difundir y aplicar las GPC, mediante un calendario. (A1SSCI)

Entrevistador: ...Entonces, no hay una referencia específica de capacitación en GPC, se ha dado, pero no de manera programada, eso es lo que entiendo. Respuesta: ...No. Así es. (A1SSCI)

...No existe. (C1SSCI)

...No existe como tal un programa estatal. ...Cada unidad tiene su jefe de enseñanza y ese jefe de enseñanza es quien programa las pláticas, nosotros reportamos cada mes un programa que se llama "Educom." (S1SSC)

...Las clínicas tienen sesiones médicas semanales, una vez por semana, y ahí ellos nos elaboran un programa anual de trabajo en donde nos calendarizan sus sesiones, y en esas sesiones ya incluyen la implementación de las guías. (DSSSI)

...Una vez al mes darles un tema, y en segundo nivel, a través de las sesiones clínicas. (Q1SSSI)

En general, en el ISSSTE no existe este año un programa de capacitación exclusivo de GPC sino que se elaboran sesiones médicas, talleres y cursos en donde se ve algún padecimiento en específico y se utilizan las GPC como referencia bibliográfica. En

estos cursos los temas a impartir se seleccionan de acuerdo a la morbilidad de cada estado y, en algunos casos, se dan temas adicionales sobre cómo interpretar y utilizar las GPC.

...Sesiones médicas que incluyen las Guías de Práctica Clínica... En las clínicas de mayor tamaño los jefes de cada departamento revisan temas de acuerdo a su especialidad que incluyan GPC. (CISSSC)

...Los cursos que serán impartidos en el siguiente año para cubrir con las expectativas de capacitación continúa en las unidades. (AISSSCI)

...Se hace la exposición de un paper o un artículo en alguna revista y culminar con alguna presentación y capacitación de la GPC de referente a la enfermedad o padecimiento que se había escogido... Sesiones médico clínicas. (QISSSI)

...Se revisan uno o dos artículos dependiendo del tema y después se expone la capacitación basada en las GPC... Se realiza una sesión clínica cada mes. (QISSSC)

Las capacitaciones en su mayoría son impartidas por los mismos médicos en las sesiones clínicas. Estas actividades son coordinadas por el jefe de enseñanza de cada unidad y, en caso de ausencia de éste, es el director de la unidad quien se encarga. En algunas ocasiones, se invita a un médico especialista quien imparte la capacitación sobre un tema específico, solamente se le solicita que tome las GPC como referencia bibliográfica.

...Los médicos de las unidades tienen un rol para dar ellos mismos las capacitaciones. (CISSSC)

...Realmente la capacitación se lleva a cabo en cada unidad, se formaron gestores y capacitadores... El departamento de enseñanza de cada unidad. (SISSSC)

...El jefe de enseñanza, y ya él le pide a los médicos dependiendo de su disciplina que le ayuden a impartir los temas de la guía. (D1ISSSC)

...Se implantó dar la capacitación por expertos para abordar en base a las GPC los diagnósticos y los padecimientos que morbilidad tienen más

frecuencia aquí en el estado...Jefe del departamento de atención médica. (QISSSC)

En cuanto al impacto que ha tenido la estrategia, los entrevistados coinciden en que aún falta mucho por hacer en relación al uso de las guías, ya que existe resistencia por parte del personal médico. Esta resistencia está relacionada con la falta de tiempo más que de contenido. También consideran que existe un gran avance en cuanto a que, en la actualidad, todo el personal médico conoce las GPC.

...No... Existe mucha resistencia por parte de los médicos para utilizar las GPC. (CISSSC)

...No, pues a medida que se capacite más, es mucho mejor. (C1ISSSCI)

...No tiene el impacto que buscamos pero sí que se han visto cambios en la parte del médico... En un principio las GPC, muchos no sabían de qué hablábamos, hoy creo que todos los médicos están conociendo las GPC. (SISSSC)

...Sí, ha tenido impacto por el hecho de que cada vez algún impacto así inmediato es el que ya ve uno en algunos expedientes las GPC implementadas. (DSSSI)

...Sí. Yo estimo que andamos ahorita alrededor del 75%. (D1ISSSC)

...Con unidades pequeñas sí, con las grandes no... 35% - 40% del personal capacitado. (QISSSC)

Sin embargo, la mayor barrera que encuentran en la impartición de la capacitación es la asistencia de los médicos a éstas, ya que por la cantidad de pacientes que atienden a diario y la falta de reemplazos ante ausencias médicas, el personal de salud no cuenta con el tiempo suficiente para asistir a las capacitaciones. Por lo anterior, los encargados reportan que más que recursos físicos para mejorar el impacto, lo que se requiere son recursos humanos, es decir, mayor personal para lograr cubrir las vacantes del personal y, de esta manera, los médicos puedan tener más tiempo para prepararse.

...Le vamos a dar un curso a protección civil para apagar incendios a todas sus unidades periféricas... Y le digo "muy bien, nada más que

¿quién va a ver a los pacientes? Entonces, ok, tu cítalos el lunes vienen a la 1 de la tarde, pero vas a cerrar las 8 unidades”. (AISSCI)

...Es cambiar toda la mentalidad del médico... Si usted va a ver a los médicos todos ya tienen más de 15 años, ya tienen mucho tiempo aquí trabajando y ya conocen todo lo bueno o todo lo malo que se puede presentar en la consulta... Es también el tiempo de las GPC pues a los médicos se les exige 24 consultas por 6 horas, entonces imagínese 15 minutos por consulta seguir una GPC.... Hay que cambiar estructuras, hay que cambiar mentalidades... No dejan salir a sus médicos una semana de 8 de la mañana a 2 de la tarde a tomar un curso de actualización, porque ¿Quién va da a dar esa consulta?. (DSSSI)

...Es que no me da tiempo con la consulta... Hay gente renuente que todavía quiere basarse en su experiencia, sobretodo es gente antigua... Tenemos que cumplir con el número de consultas que deben dar los médicos para no tener problemas, tenemos muy saturadas las unidades de la demanda de consulta... Fue el desconocimiento bien de la implementación de las Guías de Práctica Clínica en las unidades de salud... La dispersión nos dificulta mucho sensibilizar a toda esa gente para esto y estar supervisando continuamente. (D1ISSI)

...Hay mucha demanda, las unidades están muy dispersas, y no todos los médicos se pueden citar para poderlos capacitar adecuadamente. (QISSI)

Es importante mencionar que a diferencia del IMSS, en donde existen programas de capacitación dirigidos a pasantes, en el ISSSTE los programas de capacitación están dirigidos a los médicos y enfermeras.

...Al personal de enseñanza de las unidades, y los gestores de calidad... Al director y al subdirector médicos... Tenemos cursos para enfermeras. (DSSSI)

...Personal médico, y como también entra el personal de enfermería. (D1ISSC)

...A todo el personal de salud que trabaja en las unidades médicas. (CISSC)

...A los responsables de unidades de medicina familiar del primer nivel de atención. (QISSSC)

Sólo en las entidades de Campeche y Chiapas se reportó tener algún porcentaje aproximado del personal capacitado, 60% y 100% respectivamente, en los demás estados reportaron no tener documentos a la mano, ya que esa información se maneja en cada unidad.

SSA

En las entrevistas con las áreas encargadas de la ejecución de la estrategia de capacitación en la SSA, en las 5 entrevistas realizadas se observó que la estrategia busca concientizar al personal de salud para que conozcan y apliquen las GPC en la práctica diaria.

...Parte es para concientizar también al personal y que ellos realmente conozcan las guías, porque se tenían muchos tabúes de que eran normas, de que eran revistas, y no se tenía el conocimiento como tal de que eran una herramienta de consulta de medicina, obviamente basada en recomendaciones sistematizada. (D1SSAC)

...Tengan el conocimiento de las Guías de Práctica Clínica, para que las consulten y las apliquen dentro de su función de atención médica. (D1SSAC)

...Mantener actualizados a los pasantes, en temas que tienen que ver con la realidad estatal y nacional. (QSSAC)

Se encontró que no existe un área específica que lleve a cabo la estrategia, ya que esto depende del nivel de organización al interior del estado; en algunos estados el programa lo dirige la Dirección de Innovación de Calidad que tiene dos áreas a saber, la Subdirección de Enseñanza y la de Gestión de Calidad; en otros casos, son los jefes de enseñanza a nivel jurisdiccional o los gestores de calidad, estos últimos mandan un reporte anual con la programación de los cursos y un reporte mensual de las actividades realizadas.

...La programa el área de enseñanza, la coordinación que ve todo el manejo de becarios. Es la Dirección de Innovación de Calidad que tiene dos áreas la, Subdirección de Enseñanza y Gestión de calidad. (CSSAC)

...Específicamente son los jefes de enseñanza, a nivel jurisdiccional y a nivel de hospitales generales. Prácticamente ellos son los que dirigen. (ASSAC)

...Es calidad, en este caso están programados 3, y los responsables de dar el curso es calidad. (C1SSACI)

...Las jurisdicciones se encargan de unidades adscritas a cada jurisdicción, y nosotros tenemos contacto directo con los gestores. (D1SSAC)

...El área de calidad, el área de enseñanza , cada jurisdicción a través de su director de jurisdicción y sus jefes de enseñanza". (QSSAC)

El común denominador de la estrategia de capacitación es la impartición de temas relevantes de salud en donde se enseñan y utilizan las GPC, ya sea en la aplicación de un caso clínico o como bibliografía. Los temas se deciden a través de un diagnóstico anual de necesidades que se realiza por estado, por jurisdicción y a nivel de unidad en donde se deciden cuáles son las principales causas de comorbilidad y con base en ello se deciden los temas a incluir.

...La indicación que ellos han dado es que se incorporen dentro de sus temas, si existe una guía para el tema que ellos van a dar, la tomen como bibliografía o referencia dentro de sus capacitaciones, entonces esa es específicamente la estrategia. (CSSAC)

...Las video conferencias a los médicos pasantes es una vez al mes. (CSSAC)

...Porque insisto, como no existe una capacitación ex profeso de guías sino que se dan en el curso donde existe la posibilidad de meter una guía, nosotros lo incorporamos. (CSSAC)

...no hay per se, vamos a capacitar por la GPC tal padecimiento, sino que, a partir del desarrollo de capacitación de programas, son parte dé... Dimos también una capacitación para identificar la relación que

tienen las GPC con la acreditación de las unidades o de los servicios. (ASSAC)

...Hacen un plan anual de capacitación y llaman a todos los responsables de los programas incluyendo al gestor de calidad para la capacitación... En específico no lo hay. Hay un programa de capacitación en el que cada área manifiesta sus necesidades y se considera de acuerdo a toda la priorización de éstas, se hace la selección y se hace un programa. (C1SSACI)

...No, específico no. Dirección General de Enseñanza, a través de la Dirección de Calidad, hacemos cursos de capacitación, donde se tocan las líneas de acción, entre ellas GPC. (SSSAI)

...Tenemos un curso anual en el primer trimestre, donde se les capacita sobre la actualización de las guías... Se imparten diferentes temas, entonces dentro de los diferentes temas están las GPC. (D1SSAC)

...Le pedimos a todos los jefes de jurisdicción de enseñanza que formulen una serie de necesidades y nosotros les informamos cuáles son las guías que tenemos disponibles, y la capacitación a pasantes en todas las áreas va enfocado a eso. (QSSAC)

En las entidades de Chiapas y Querétaro por el tema de las distancias se realizan las capacitaciones de manera virtual, es decir, los médicos bajan a la jurisdicción más cercana y ésta se conecta a través de videoconferencias a cursos en línea. Como ya se ha mencionado no existen cursos expresos para las GPC, sino que éstas se dan a conocer como un material de consulta y de respaldo ante cualquier contingencia legal que el médico pudiera llegar a tener.

En las unidades donde existe carencia de recursos materiales, los encargados de la estrategia reportaron que son los mismos médicos a través de sesiones clínicas quienes discuten la pertinencia de las GPC en algún tema específico. En las unidades con mayores recursos, se invita a un médico especialista o algún médico que haya participado en la elaboración de alguna GPC para que sensibilice a los médicos respecto a su uso adecuado.

...Invitan a las diferentes áreas de la Secretaría, incluso invitan a médicos especialistas que son, en el caso de las guías de Pediatría, de Gineco, pues ellos van explicando el tema y tomando como referencia

la guía, también se invita en temas de salud pública a las direcciones estatales, como el área de servicios de salud o de epidemiología, dependiendo del tema que compete. (CSSAC)

...Y hay gente que participó en la elaboración de GPC. Que es donde nosotros trabajamos la sensibilización, porque ellos saben el proceso. Y quién mejor que ellos para poder dar a conocer cómo se trabajan y porque es importante la utilización.(ASSAC)

...Tenemos médicos que son los que nos están ayudando en el área de capacitación que están muy convencidos de la utilidad de la guía. (CSSAI)

...Los responsables de capacitar son los gestores de calidad, los cuales ya están capacitados por nosotros, y ellos son los encargados. (D1SSAC)

Estas capacitaciones están dirigidas a los médicos, enfermeras y odontólogos de las unidades pero, sobre todo a los médicos pasantes; de hecho, en las entidades de Sonora y Campeche se reportó que sólo se capacita a estos últimos. De los 7 estados visitados sólo 2 reportaron tener algún porcentaje del personal que se ha capacitado en el último año, estos fueron Campeche con un 90% de pasantes capacitados y Aguascalientes con un 80% del personal médico que participa directamente en atención médica; las entidades restantes mencionaron no tener la información disponible por la falta de reportes de las unidades de salud al departamento de capacitación.

...No, no tengo ese dato... Insisto tengo el porcentaje de los pasantes que casi son el 90% que están capacitados. (CSSAC)

...Yo estaría pensando que un 80%. (ASSAC)

Existen facilitadores que han permitido que las capacitaciones permeen en el personal de salud. Las entidades reconocen que aún falta camino por recorrer en cuanto al apego a las GPC, pero mencionan que por lo menos el personal de salud ya sabe de la existencia de las GPC. Este avance se debe en gran parte a la comunicación que existe entre los gestores de calidad, los jefes de enseñanza de los diferentes niveles y las autoridades estatales de las SSA. Los gestores y jefes de enseñanza asisten a las capacitaciones a nivel estatal y logran transmitir en cascada su conocimiento a las jurisdicciones y después a las unidades.

...Que nosotros tengamos un enlace con los gestores de calidad. Nosotros al momento de capacitarlos a ellos son facilitadores de las GPC... Nuestra fortaleza como estado es que tenemos gestores de calidad, tanto en hospitales como a nivel jurisdiccional. (D1SSAC)

...La conciencia que tiene la gente de capacitarse, el hecho de que puedan ver las necesidades de sus jurisdicciones, del estado como tal. (QSSAC)

Por otro lado, existen dos tipos de barreras que han mermado el impacto de las capacitaciones en las entidades, las primeras están relacionadas con el personal de la unidad y las segundas con los recursos físicos.

Las barreras relacionadas con el personal de salud son: 1) la rotación constante del personal en formación (pasantes) dificulta que se le dé continuidad a la capacitación; 2) existe personal médico con muchos años de servicio que le da prioridad a su experiencia previa y desacreditan el uso de las GPC por desconfianza; 3) los gestores de calidad tienen otras funciones diferentes aparte de impartir los cursos por lo que les falta tiempo para llevar a cabo todas sus funciones.

En todas las entidades se reporta la falta de recursos para llevar a cabo las capacitaciones de manera adecuada como son la falta de salones, la falta de equipo de cómputo e internet para impartirlas. Los otros recursos hacen referencia a los viáticos del personal de salud para que bajen de sus unidades al estado y la falta de viáticos para traer a personal especializado que pueda impartir los cursos relacionados con temas de salud.

...Yo creo que siendo una cuestión cultural pues sí vamos a tener resultados pero no muy a corto plazo, pero sí nos ha funcionado pero conforme vayamos integrando más gente vamos a ir avanzando... No tenemos el acceso o no tenemos la GPC impresa o no tenemos el acceso a internet... Detectamos resistencia con el personal antiguo. (CSSAC)

...Los problemas importantes. Un problema importante es el personal en formación que constantemente, año tras año, tiene que estar cambiando... El personal adulto mayor que está dentro de la Secretaría, que de repente, tiene ya resistencias a muchas cosas que se tienen que cambiar, y que se tienen que modificar... Hay ciertas resistencias todavía al uso de la GPC. (ASSAC)

...La cuestión del apego a las GPC... No es que yo no quiera aplicar la GPC, sino que la norma, que es con lo que me evalúan, por ejemplo la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, si es cierto que me pide apoyo en las GPC, pero finalmente lo que va a imperar sobre eso es la Norma Oficial Mexicana. (DSSAI)

...No hay tanta actualización como tal de las impresiones, porque imprimirlas todas las de primer nivel es un dineral... Si es importante decir que el gestor de calidad en ocasiones tiene otra función... No tienen computadoras, entonces hay que imprimirlas todas, es un costo enorme... La debilidad puede ser la falta de recurso económico, que las GPC no tienen un recurso como tal. (D1SSAI)

Al personal encargado de la estrategia de capacitación se les preguntó qué mejoras realizarían al programa actual, encontrándose que en las entidades de Chiapas y Durango creen que hace falta difundirlas y trabajar aún más en la implementación de las GPC al interior. En el estado de Querétaro se plantea la necesidad de crear un programa de seguimiento continuo a las capacitaciones e instalar equipo de cómputo con enlaces al Catálogo Maestro.

...En cada unidad de Salud, cuál es su problemática principal. Y en función a eso podemos trabajar las GPC. Es decir, sí tenemos en una unidad de salud, el mayor problemas serían las diarreas, por decir algo, se trabaja en conjunto. (ASSAC)

...La mejor estrategia sería dada ellos, bajarla en cascada con los equipos que tienen en este momento que son de supervisión. Así sería como podría éste... La difusión, darlas a conocer y capacitación, implementación. (C1SSACI)

...Es dar a conocer las guías en diferentes medios, en páginas de internet, en foros. (D1SSAC)

...Medirlo, medir cómo está el impacto... Ampliar el personal, buscar la forma de tener más recursos, que todos tuvieran en sus computadoras el acceso a todas las guías. (QSSAC)

Resultados entrevistas estatales

Los objetivos a nivel estatal en las tres instituciones, en general, están enfocados al conocimiento y aplicación de las guías para unificar criterios de salud. No obstante, el IMSS es la única institución que cuenta con cursos que tratan exclusivamente temas de GPC; tanto el ISSSTE como la SSA utilizan los cursos de capacitación sobre temas de salud para promover las guías a través de referencias bibliográficas.

Un denominador común en las tres instituciones es el hecho de que en la mayoría de las unidades son los médicos de planta quienes imparten los cursos de capacitación por medio de sesiones clínicas y presentación de casos. En ocasiones, las instituciones invitan a médicos especialistas en algún tema de salud relevante para impartir dichos cursos con la condición que citen a las GPC como referencia bibliográfica.

Por otro lado, se encontró (de acuerdo a lo reportado por los entrevistados) que el IMSS es la única institución que imparte cursos en línea a nivel nacional sobre temas de GPC. Otro método de impartición son las videoconferencias realizadas por la SSA.

Las instituciones han realizado el esfuerzo de incluir a los pasantes y médicos residentes en las capacitaciones de GPC, con la finalidad de incentivar el uso de éstas a temprana edad y evitar las barreras que genera la práctica cotidiana en un futuro.

Respecto al impacto de la estrategia de capacitación, tanto la SSA como el ISSSTE mencionan que se encuentran en la etapa de lograr un apego y uso de las GPC. Ambas mencionan que se ha logrado que el 100% del personal de planta reconozca la existencia de las GPC, sin embargo, se encuentran en el camino de vencer la resistencia de los médicos a utilizarlas.

Por otro lado, el IMSS ya comienza a notar los impactos de la estrategia de sensibilización y capacitación, ya que han observado un cambio en la utilización de medicamentos y en la asignación de incapacidades por parte de los médicos tratantes; además, se ha percibido que los médicos pasantes tienen una mayor confianza en la toma de decisiones clínicas.

Los recursos físicos como son el acceso a internet y equipo de cómputo disponible para los médicos de planta son algunos de los facilitadores que le permiten al IMSS y al ISSSTE que la estrategia de implantación y capacitación permee en los médicos. En la SSA, se considera un gran avance la impartición de cursos por videoconferencias, lo

que permite poder capacitar al personal que se encuentra en unidades remotas o de difícil acceso.

Respecto a las mejoras que sugiere cada institución de acuerdo a su perspectiva se encuentra lo siguiente: El IMSS al contar con una mayor disponibilidad de recursos físicos y humanos para impartir las capacitaciones, su mayor obstáculo es la falta de asistencia de los médicos a los cursos impartidos, además de su falta de compromiso, por esta razón sugieren que se creen una serie de estímulos académicos para incentivarlos así como acordar con el Sindicato de Trabajadores del IMSS la pertinencia de permitir realizar las capacitaciones fuera del horario de trabajo. En el ISSSTE se observó que la falta de personal administrativo para darle continuidad a las supervisiones y capacitaciones sumado a la falta de tiempo de los médicos para asistir a éstas, es el mayor obstáculo para que la estrategia tenga el impacto debido, por lo anterior, más que una mejora a la estrategia, lo que sugieren es la contratación de personal adicional que cubra las vacantes temporales que se generen por asistencia a las capacitaciones.

Por último, en la SSA se hizo patente que en algunas unidades se carece de equipos de cómputo y, en otras, se menciona que el equipo es obsoleto, dificultando el acceso a las GPC por parte de los médicos; asimismo se evidenció la falta de reportes de las unidades hacia las autoridades estatales. Debido a esto, las sugerencias respecto al programa son en relación a la sustitución de equipo de cómputo en las unidades y la creación de un programa federal para dar un mayor seguimiento a las estrategias creadas por cada unidad.

De acuerdo a la *“Estrategia para la difusión e implantación de las GPC en el Sistema Nacional de Salud”*²² las etapas a realizar antes de la implantación de las GPC es la difusión y la capacitación. La primera consiste en realizar acciones para dar a conocer la utilidad e importancia de las recomendaciones descritas en las GPC y, la segunda, es realizar acciones destinadas a explicar la construcción, el contenido y utilidad de las GPC al personal de salud.

En este sentido se puede afirmar que, de acuerdo a lo dicho únicamente en las entrevistas federales y estatales, las autoridades en estos niveles reportan encontrarse en la etapa de implantación de las GPC, por lo que se podría esperar que en los resultados obtenidos en las unidades (encuestas al personal clave) se vean

²² Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. SSA. “Estrategia para la difusión e implantación de las GPC en el Sistema Nacional de Salud”.2012.

reflejados dos resultados: por un lado, el conocimiento de qué es una GPC y, por otro lado, el acceso a las mismas.

A continuación se muestra un cuadro comparativo, con los resultados extraídos de los fragmentos de texto mostrados en la sección anterior.

Tabla 22: Cuadro comparativo de resultados de las entrevistas por institución a nivel estatal

Estrategia de Capacitación Estatal	Institución		
	IMSS	ISSSTE	SSA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la atención al derechohabiente a través de la unificación de criterios médicos basados en las GPC 	<ul style="list-style-type: none"> Unificar los criterios de atención 	<ul style="list-style-type: none"> Concientizar al personal de salud para que conozcan y apliquen las GPC en la práctica diaria
Encargados de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de los programas estatales de capacitación Jefes del departamento de prestaciones médicas Jefes de enseñanza Directores de la unidad 	<ul style="list-style-type: none"> Jefes de atención médica de cada delegación Jefes de unidad Jefes de enseñanza Director de la unidad 	<ul style="list-style-type: none"> Subdirección de Enseñanza y la Subdirección de Gestión de Calidad Jefes de enseñanza a nivel jurisdiccional Gestores de calidad
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> Sesiones departamentales Presentación de casos clínicos Talleres 	<ul style="list-style-type: none"> Uso de GPC como referencia bibliográfica 	<ul style="list-style-type: none"> Uso de GPC como referencia bibliográfica Presentación de casos clínicos
Tipo de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitaciones presenciales Cursos en línea 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitaciones presenciales 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitaciones presenciales Videoconferencias
Personal médico que toma la capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Médicos Enfermeras Residentes Pasantes 	<ul style="list-style-type: none"> Médicos Enfermeras 	<ul style="list-style-type: none"> Médicos Enfermeras Odontólogos Pasantes
Personal que imparte la capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Médicos de la unidad Médicos especialistas Coordinadores clínicos de educación Jefes de departamento clínico 	<ul style="list-style-type: none"> Médicos de la unidad Director de la unidad Médicos especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> Médicos de la unidad Médicos especialistas
Impacto	<ul style="list-style-type: none"> El uso de las GPC ha tenido un impacto en la utilización de medicamentos recomendados por éstas Otorgamiento de incapacidades según los lineamientos de las GPC Adquisición por parte de los médicos pasantes de una mayor habilidad en la toma de decisiones y manejo de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> La etapa de difusión está completa, se encuentran en la etapa de apego a las GPC. 	<ul style="list-style-type: none"> La etapa de difusión está completa, se encuentran en la etapa de apego a las GPC.
Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución de estrategias organizadas y coordinadas dentro 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos materiales 	<ul style="list-style-type: none"> La comunicación entre el personal en los diferentes

Estrategia de Capacitación Estatal	Institución		
	IMSS	ISSSTE	SSA
	de la institución <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplimiento con sus programas establecidos ▪ Recursos materiales 		niveles <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impartición de cursos por videoconferencia
Barreras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de personal ▪ Falta de recursos económicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de tiempo del personal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotación constante del personal en formación ▪ Personal con muchos años de servicio ▪ Falta de tiempo del personal ▪ Falta de recursos económicos
Sugerencias de mejoras al programa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor vinculación entre estrategias por parte de los jefes de servicio y del personal de educación dentro de las unidades ▪ Mayor tiempo disponible para el personal de salud ▪ Carácter obligatorio de las capacitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratar a personal médico de salud que cubra las vacantes de las unidades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creación de un programa de seguimiento a las capacitaciones ▪ Instalación y sustitución de equipos de cómputo

Fuente: Elaboración propio con base en los resultados de las entrevistas realizadas a las autoridades estatales encargadas de la estrategia de capacitación y sensibilización de las GPC.

3.2.3. Resultados de las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPUS

A continuación se presentan los resultados de las 140 encuestas que se realizaron a los encargados de capacitación de las UAPU.

Título profesional de encuestados

Tabla 23: Título profesional de encuestados (número de encuestados)

Título profesional	IMSS	ISSSTE	SSA	Total general
Enfermero	-	-	1	1
Licenciatura	-	1	1	2
Médico	49	35	48	132
Odontólogo		1	3	4
Técnico en trabajo social	-	-	1	1
Total general	49	37	54	140

De los 140 encuestados, 132 eran médicos y los 8 restantes pertenecen a otras profesiones: 1 enfermero, 2 licenciados, 4 odontólogos y 1 técnico en trabajo social.

La edad de los encuestados oscilan entre 27 y 66 años, con una mediana de 48 años; la mínima antigüedad reportada fue de 1 mes y la máxima de 36 años. Es de recordar que en un principio el marco muestral contemplaba sólo a médicos y enfermeras, no obstante, por diversas circunstancias dichas con anterioridad se incluyó a otro personal de salud.

Disponibilidad de las GPC en la unidad

La Tabla 24 indica el porcentaje de unidades, por institución, donde el encargado de capacitación reportó contar con las GPC.

Tabla 24: Porcentaje de UAPU en donde el encargado de capacitación reportó contar con GPC, por institución

Institución	IMSS n (%)	ISSSTE n (%)	SSA n (%)	Total general n (%)
Unidades en donde se reportó contar con las GPC.	49 (100)	31(84)	50 (93)	130 (93)
Total	49	37	54	140

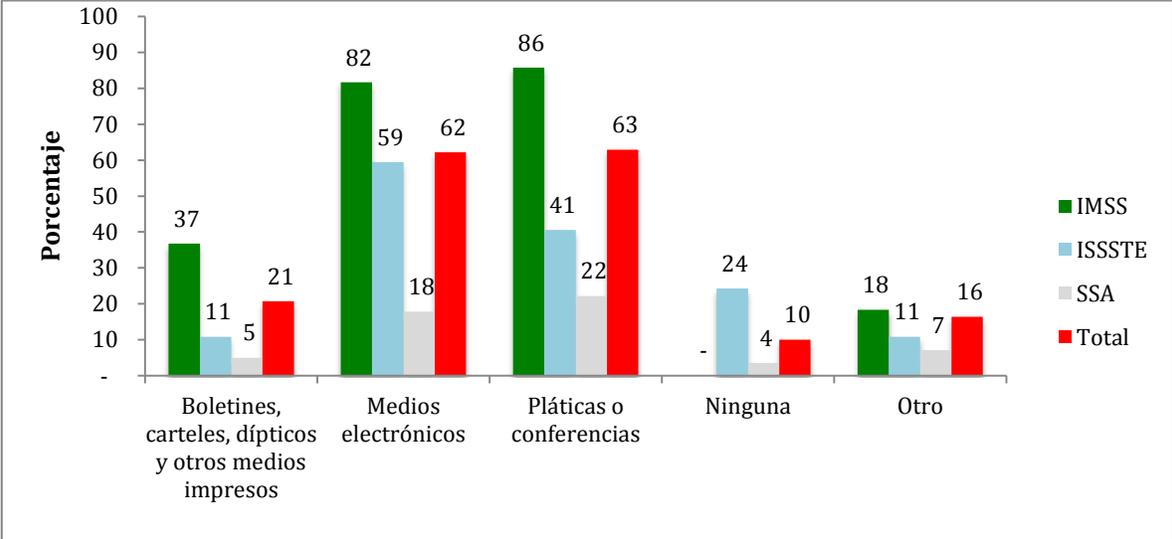
Al realizar la prueba exacta de Fischer se identificó dependencia entre las variables de institución y el resultado de haber reportado contar o no con las GPC.

Al hacer el análisis por estado, sólo en Chiapas y el Distrito Federal se encontraron algunos casos en donde el encargado de capacitación reportó no contar con las GPC en su unidad (27% y 7%, respectivamente). En el resto de las entidades, la totalidad de los encargados de capacitación declararon contar con estas herramientas en sus UAPU.

Acciones a través de las cuales se realiza la difusión de GPC en la unidad

La Gráfica 1 indica las acciones a través de las cuales se llevó a cabo la difusión de las GPC en la unidad, de acuerdo a lo reportado por los encargados de la estrategia. Hubieron 23 encargados (16%) que reportaron realizar alguna actividad diferente de capacitación, las más relevantes dentro de la categoría fueron: cursos en línea (9%) y difusión a través de acceso a las GPC (17%). Es relevante destacar que en una unidad se reportó haber instalado una sala de lectura para incentivar el uso de las GPC²³

Gráfica 1: Acciones a través de las cuales se realiza la difusión de GPC en las unidades por institución (% de unidades)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU. **Nota:** Las categorías son mutuamente excluyentes

Según lo reportado por los encargados de capacitación en las unidades, las principales acciones de difusión para las GPC son las pláticas o conferencias y los

²³ La unidad pertenece al IMSS.

medios electrónicos. Estos últimos consideran el expediente clínico y la colocación del enlace en los portales web de la institución los accesos al Catálogo Maestro de las GPC como parte de la categoría.

Es importante mencionar que en el IMSS, a diferencia de las otras dos instituciones, ningún encargado reportó no realizar actividades de difusión, en tanto que en el ISSSTE este porcentaje fue de 24% y en la SSA de 4%. Asimismo, en el IMSS un mayor porcentaje de entrevistados declararon realizar actividades de difusión utilizando estrategias combinadas.

Capacitación en materia de GPC en el último año

Según lo reportado por los encargados de capacitación en las unidades visitadas, el 78% de las unidades recibieron capacitación sobre el tema de GPC en el último año. En el IMSS este porcentaje fue de 100%, en la SSA de 74% y en el ISSSTE sólo una de cada dos (54%) unidades tuvieron actividades de esta índole durante el último año (Tabla 25).

Tabla 25: Porcentaje de UAPU en donde el encargado de capacitación reportó haber realizado actividades de capacitación en el último año, por institución

Institución	IMSS n (%)	ISSSTE n (%)	SSA n (%)	Total general n (%)
Unidades en donde no se reportó haber recibido capacitación en el último año	0 (0)	17 (46)	14 (26)	31 (22)
Unidades en donde se reportó haber recibido capacitación en el último año	49 (100)	20 (54)	40 (74)	109 (78)
Total	49	37	54	140

En el panorama estatal (Tabla 26) es importante destacar, positivamente, los comportamientos de Campeche y Durango, entidades en donde todos los entrevistados declararon haber realizado actividades de capacitación en el último año. En sentido opuesto, se documentó que en Chiapas este porcentaje sólo alcanza 50%, representando una clara ventana de oportunidad de mejora.

Tabla 26: Porcentaje de UAPU en donde el encargado de capacitación reportó haber realizado actividades de capacitación en el último año, por entidad

Estado	Ags n (%)	Camp n (%)	Chis n (%)	DF n (%)	Dgo n (%)	Qro n (%)	Son n (%)	Total n (%)
Unidades en donde no se reportó haber recibido capacitación en el último año	4 (31)	0 (0)	11 (50)	9 (15)	0 (0)	3 (25)	4 (27)	31 (22)
Unidades en donde se reportó haber recibido capacitación en el último año	9 (69)	4 (100)	11 (50)	52 (85)	13 (100)	9 (75)	11 (73)	109 (78)
Total	13	4	22	61	13	12	15	140

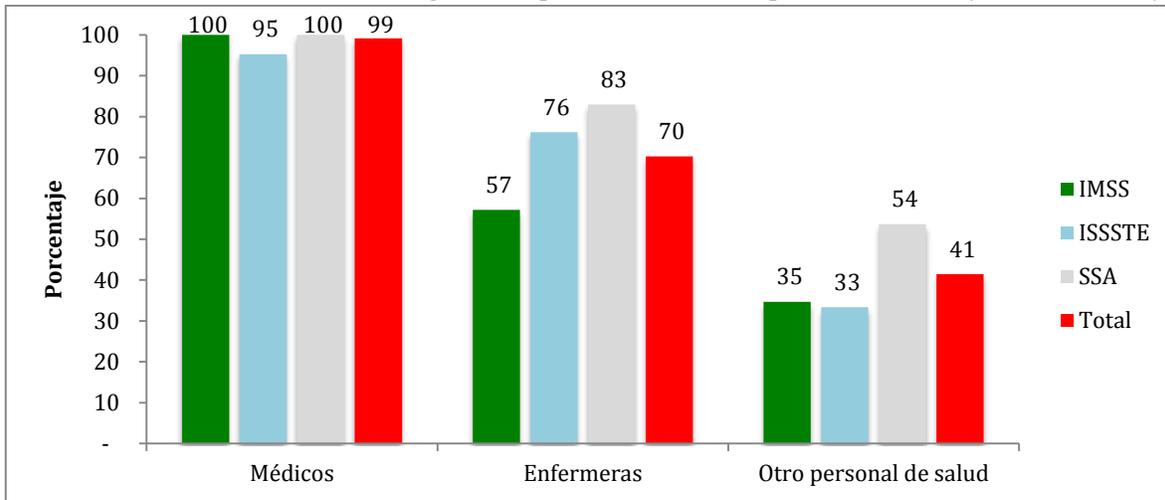
A los responsables de capacitación que reportaron no haber realizado alguna capacitación en materia de GPC en el último año se les preguntó si alguna vez se había realizado alguna capacitación en materia de GPC en su unidad, y sólo 2 de los 31 respondieron afirmativamente. Por lo tanto, el total de unidades que han recibido capacitación en materia de GPC asciende a 111, de las cuales 109 se realizaron en el último año y 2 en algún periodo anterior. En 29 unidades (16 pertenecientes al ISSSTE y 13 de la SSA), en voz de los entrevistados, nunca se había realizado alguna actividad de capacitación en materia de GPC.

Personal al cual está dirigida la capacitación de GPC

Como era de esperar, casi todas las capacitaciones sobre GPC están dirigidas a los médicos. Sólo 70% de los encargados declararon incluir a las enfermeras, a pesar de que ya existen GPC elaboradas *ad hoc* para este grupo de profesionales. En el IMSS, este porcentaje desciende a 57%.

Del 41% de los encargados que reportaron dirigir las capacitaciones a otro personal de salud, las menciones más importantes dentro de la categoría son: odontólogos (28%), trabajadores sociales (30%), personal administrativo (20%) y a todo el personal de la unidad (15%).

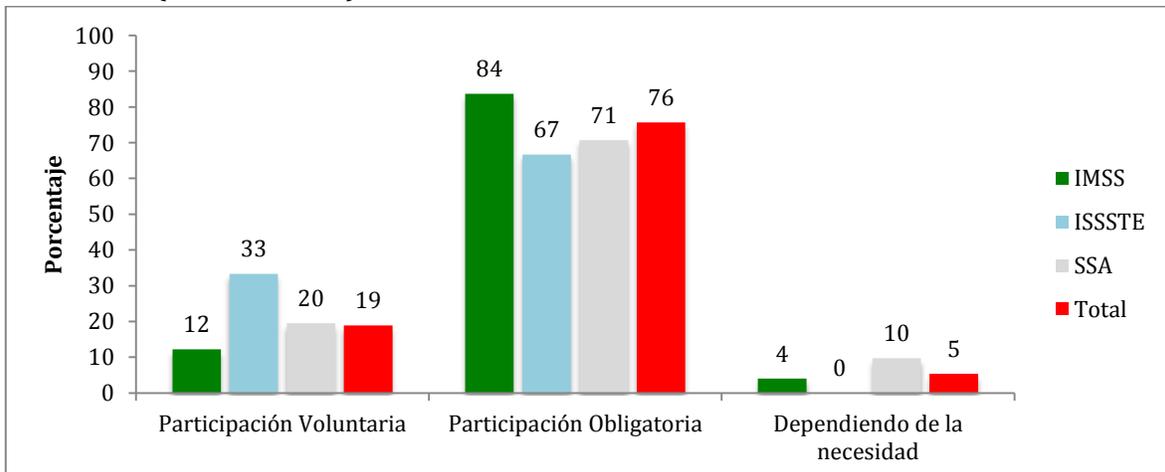
Gráfica 2: Personal al cual está dirigida la capacitación de GPC, por institución. (% de unidades)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU. Nota: Las categorías son mutuamente excluyentes

En la gráfica 3 se puede observar cómo la mayoría de los asistentes a las capacitaciones sobre GPC lo hacen dado que éstas tienen un carácter obligatorio, patrón que se replica en todas las instituciones y que alcanza su valor máximo en el IMSS (84%) y el mínimo en el ISSSTE (67%). Se documentó que la participación en las capacitaciones según la detección de necesidades no representa una práctica común. Estos datos pueden sugerir que hasta el momento, la herramienta más importante para la asistencia a las capacitaciones, es la obligatoriedad de las mismas.

Gráfica 3. Modo de selección del personal de salud para asistir a la capacitación de GPC por institución, (% de unidades)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU. Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes

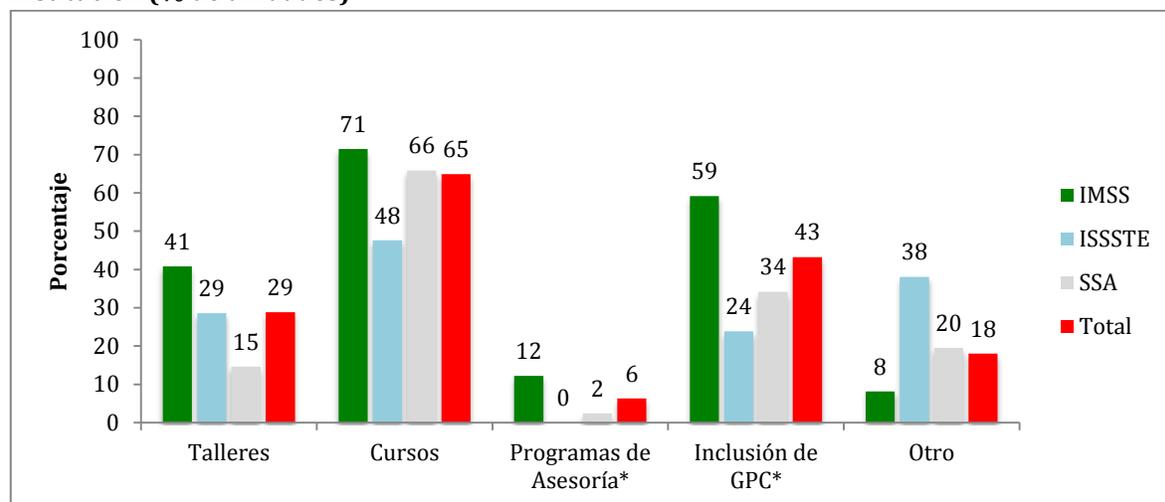
Actividades que se realizan para capacitar al personal

Según lo declarado por los entrevistados, las principales actividades que se utilizan para capacitar al personal de salud son los cursos y la inclusión de las GPC en los programas de educación continua. Es de destacar que la identificación de recomendaciones clave es la estrategia menos utilizada en todas las instituciones.

En el 51% de las unidades sólo se realiza una actividad de capacitación, en el 39% se realizan al menos dos actividades diferentes y en el 8% de las unidades al menos tres actividades diferentes.

De las 20 unidades que reportaron realizar alguna otra actividad, las menciones más importantes dentro de la categoría fueron: pláticas y lecturas comentadas con el 45% y sesiones clínicas con el 15%.

Gráfica 4: Actividades que se realizan para capacitar al personal en materia de GPC, por institución (% de unidades)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU

Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes

*Programas de Asesoría: Programas de Asesoría Clínicas en Servicio para identificar recomendaciones clave de las GPC de interés; Inclusión de GPC: Inclusión de GPC en programas de educación

Cuando se les preguntó a los responsables si podrían estimar el porcentaje del personal de salud de su unidad que había sido capacitado en materia de GPC, 50% de ellos contestó que alrededor de 90%. Sin embargo, el rango de la estimación varió de 20 a 100% (Tabla 27).

Tabla 27: Estadística descriptiva del porcentaje del personal de salud capacitado en el último año

Pregunta	N	Mínimo	Máximo	Mediana
En el último año, ¿qué porcentaje del personal de salud de esta unidad ha sido capacitado en materia de GPC?	111	20	100	90

En general del 72% del total de unidades que reportaron tener capacitación en el último año, los encargados mencionaron tener a más del 60% del personal capacitado. De éstos, el 32% de las unidades reportan contar con el 100% de su personal capacitado en materia de GPC, destacando que este porcentaje asciende al 47% en el caso del IMSS y representa en el ISSSTE y en la SSA 22% y 26% respectivamente.

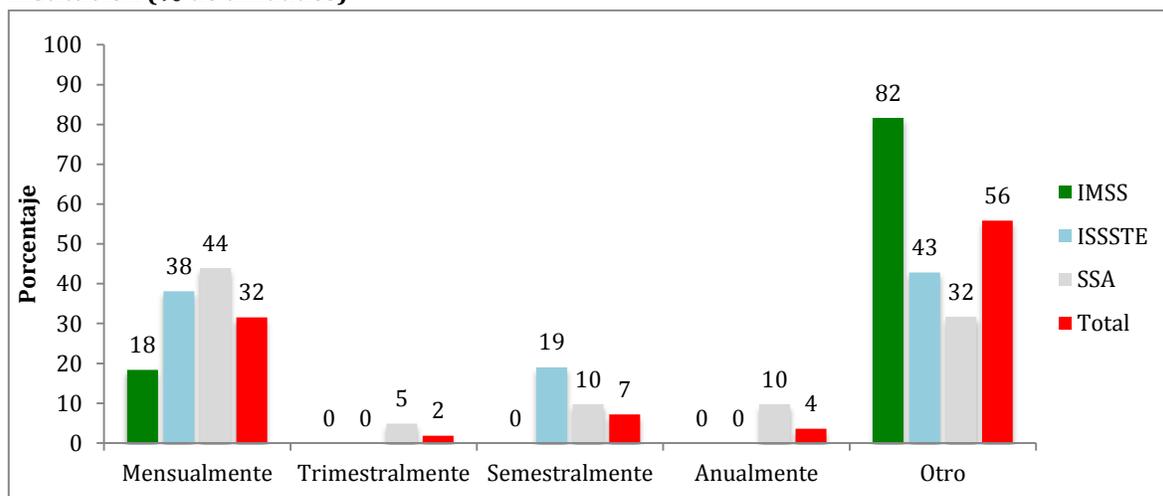
Frecuencia de actividades de capacitación de GPC

Inicialmente se les preguntó a los encargados de la estrategia de capacitación si las capacitaciones las realizaban de manera anual, semestral, trimestral, mensual o algún otro periodo. Se encontró que de las 111 unidades que han tenido capacitación, el 32% las realiza de manera anual y el 56% las realiza en otro periodo.

De las 62 unidades (56%) que reportaron realizarlas en **otra periodicidad** (categoría de otro en la gráfica 5), se halló que el 81% (50 unidades) realiza las capacitaciones de manera semanal, siendo este porcentaje del 90% en el IMSS, 56% en el ISSSTE y 69% en la SSA. Sólo 5 (8%) unidades mencionaron realizarlas de manera quincenal. Es importante mencionar que hubo una unidad del ISSSTE en la que se mencionó sólo haberla realizado una vez.

En los datos observamos que en el IMSS es donde se reportan haber impartido un mayor número de capacitaciones de manera anual, ya que el 73% de sus unidades reportan realizar al menos una capacitación una vez a la semana y el 18% de manera mensual. Estos porcentajes en el caso del ISSSTE disminuyen a 24% y 38%. En la SSA se encontró que el 22% de las unidades las realizan de manera semanal y el 44% de manera mensual.

Gráfica 5: Distribución de frecuencia de las actividades de capacitación en materia de GPC por institución (% de unidades)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU

Nota: Las categorías son mutuamente excluyentes

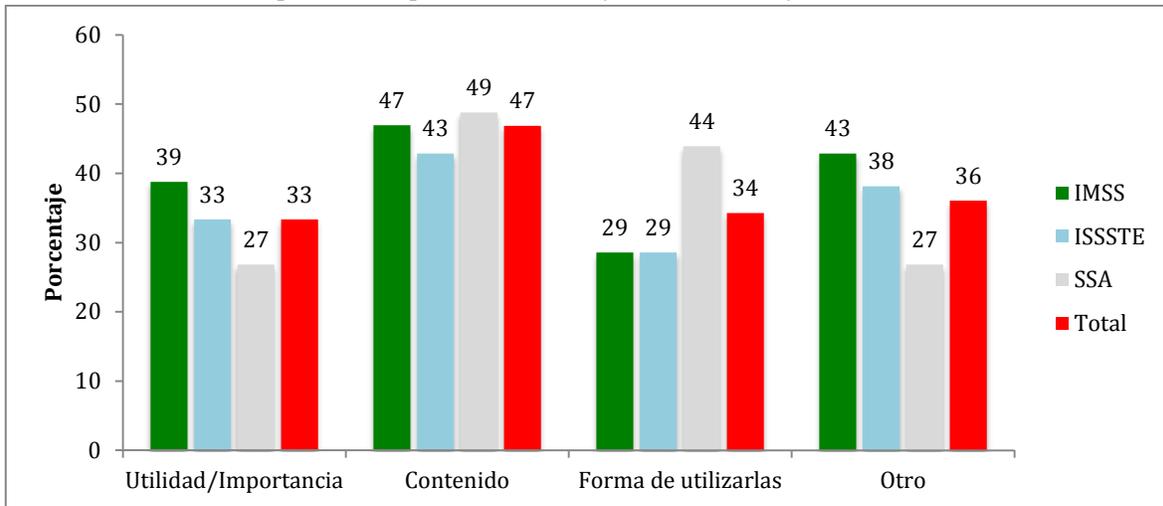
Temas de capacitación de GPC y personal que imparte esta actividad

La explicación del contenido de las GPC, la forma de utilizarlas y su importancia, son los principales temas que se abordan en las capacitaciones (Gráfica 6). Dentro del apartado de otro tema las respuestas fueron muy diversas, sin embargo, las que tuvieron alguna frecuencia dentro de la categoría fueron: actualización de GPC (17%), manejo de las GPC (12%), se trataron todos los temas (12%) y diagnóstico y tratamiento (12%).

Originalmente se les preguntó a los encargados de la capacitación si quien impartía la capacitación era el gestor de calidad, el jefe de enseñanza, el director de la unidad u otro personal de salud. Se encontró que en el 39% de las 111 unidades, las capacitaciones las imparte el jefe de enseñanza, en el 18% es el director de la unidad y el 36% reportó que es otro personal quien las imparte (Gráfica 7).

De las unidades que reportaron que era otro personal de salud quien impartía las capacitaciones se encontró que el 59% mencionó que son los propios médicos de la unidad los que imparten las capacitaciones, siendo al interior de la categoría la distribución de la siguiente manera: 41% IMSS, 20% ISSSTE y 39% SSA. El otro 41% está compuesto por los jefes de departamento, autoridades delegacionales, exponentes invitados, jefes de servicio, la jurisdicción sanitaria y el coordinador de la jurisdicción.

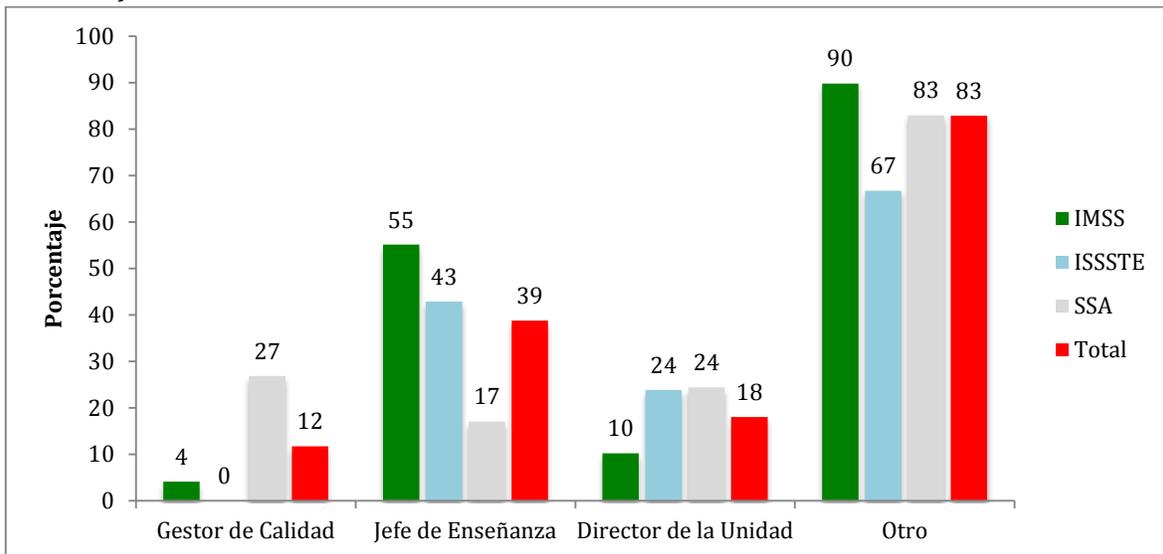
Gráfica 6: Temas de capacitación por institución (% de unidades)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU

Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes

Gráfica 7: Personal que imparte la capacitación en materia de GPC por institución (% de unidades)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU

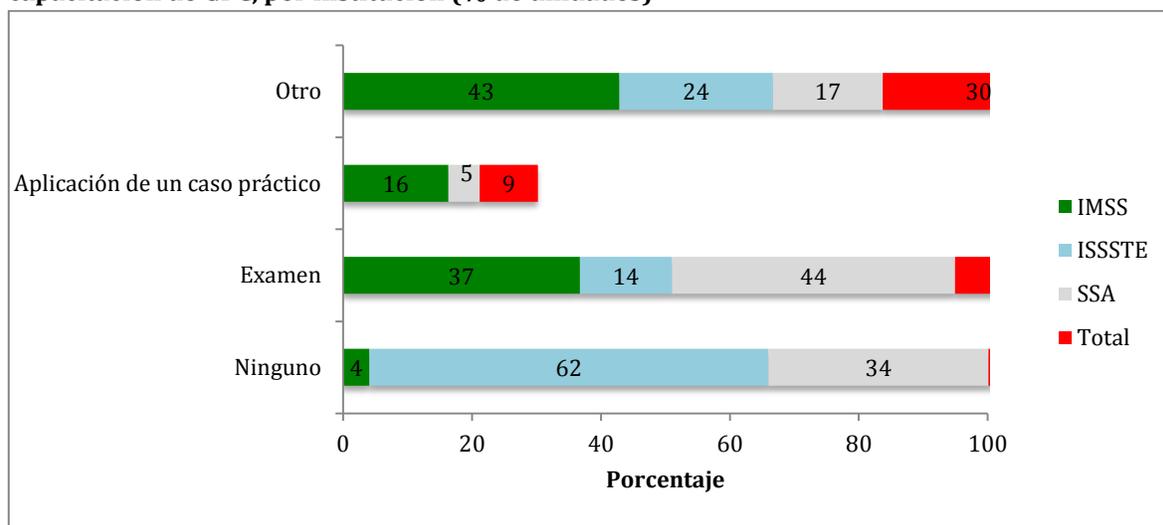
Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes

Método para comprobar el conocimiento obtenido en capacitación de GPC

Una de las preocupaciones latentes es lograr que las capacitaciones sean efectivas y que los recursos invertidos en éstas rindan los frutos esperados. En este sentido, se les preguntó a los encargados de realizar la capacitación de GPC en las unidades si aplicaban algún método para comprobar si el personal de salud había adquirido los conocimientos o competencias programadas durante la capacitación. Destaca el hecho de que uno de cada cuatro entrevistados declaró no aplicar ningún método de comprobación. Sin embargo, el panorama muestra marcadas diferencias según la institución. En el IMSS, el no aplicar un método de evaluación de las capacitaciones es una práctica casi erradicada (4%), en tanto que en el ISSSTE representa la cotidianidad (62%). El incentivar desde el nivel federal a la evaluación como parte de las diferentes actividades que se desarrollan en materia de GPC, representa una oportunidad de mejora de la estrategia (Gráfica 8).

Otro de los hallazgos importantes fue en el rubro de “otro tipo de método”, donde se encontró que de las 33 unidades que respondieron realizar otro método de evaluación, el 85% lo hace por medio de las cédulas de evaluación de expedientes; el otro 15% se encuentra dividido en proporciones iguales entre encuestas de valoración, preguntas verbales, retroalimentación, revisión de consultas y revisión de notas médicas.

Gráfica 8: Distribución del método para comprobar el conocimiento adquirido durante la capacitación de GPC, por institución (% de unidades)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU
Nota: Las categorías son mutuamente excluyentes

Registro documental de capacitación de GPC

Finalmente, se les preguntó a los encargados de capacitación si contaban con registro documental que sustente las actividades de capacitación mencionadas y 82% de los entrevistados pudieron mostrar algún tipo de evidencia. Por institución, en el IMSS se documentó 94%, en el ISSSTE 85% y en la SSA sólo 68%. La cultura de documentar las actividades realizadas representa otra ventana de oportunidad para la estrategia.

A nivel estatal, es importante señalar que en Querétaro y Sonora todos los entrevistados pudieron mostrar evidencia de las actividades desarrolladas, en tanto que en Chiapas este porcentaje sólo fue de 64%.

Tabla 28: UAPU que cuentan con registro documental de las actividades de capacitación realizadas por estado

Institución	Ags n(%)	Camp n(%)	Chis n(%)	DF n(%)	Dgo n(%)	Qro n(%)	Son n(%)	Total n(%)
Unidades que no cuentan con registro documental	2 (20)	1 (25)	4 (36)	6 (13)	2 (15)	0 (0)	0 (0)	15 (14%)
Unidades que cuentan con registro documental	8 (80)	3 (75)	7 (64)	47(87)	11 (85)	9 (100)	11 (100)	96 (86%)
Total	10	4	11	53	13	9	11	111

Disponibilidad de recursos para capacitación de GPC

Aproximadamente uno de cada tres entrevistados (36%) reportaron no contar con los recursos suficientes para realizar las actividades de capacitación en materia de GPC al interior de la UAPU. Por institución se pueden observar marcadas diferencias, siendo los entrevistados que laboran en la SSA los que declaran en mayor medida no contar con los insumos para sus actividades (Tablas 29). La Tabla 30 muestra los mismos datos por estado.

Tabla 29: Porcentaje de UAPU en donde el encargado de capacitación reportó contar con los recursos suficientes para realizar sus actividades, por institución

Institución	IMSS n (%)	ISSSTE n (%)	SSA n (%)	Total general n (%)
Unidades en donde se reportó no contar con los recursos suficientes	9 (18)	16 (22)	25 (46)	50 (36)
Unidades en donde se reportó contar con los recursos suficientes	40 (82)	21 (78)	29 (54)	90 (64)
Total	49	37	54	140

A nivel estatal, vuelven a existir marcadas diferencias. Destacan positivamente los casos de Campeche y Durango, en tanto que Aguascalientes y Chiapas son casos que ameritan una especial atención.

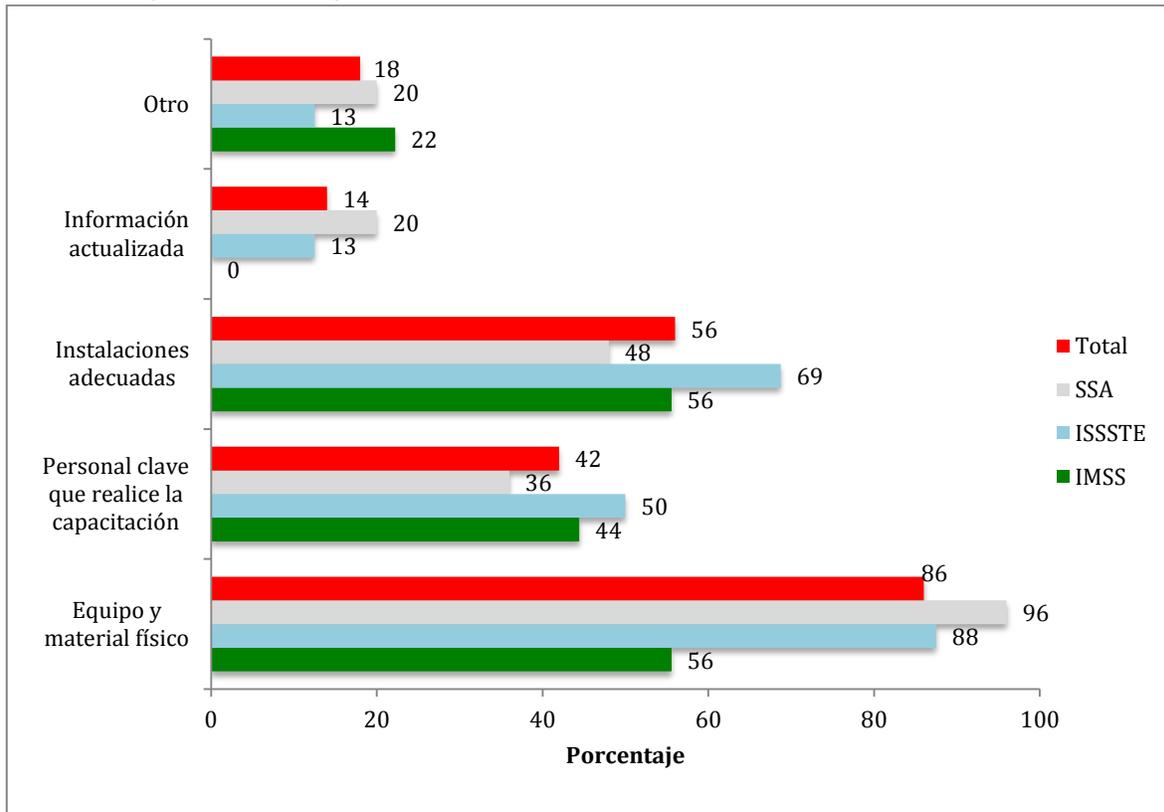
Tabla 30: Porcentaje de UAPU en donde el encargado de capacitación reportó contar con los recursos suficientes para realizar sus actividades, por estado

Institución	Ags n (%)	Camp n (%)	Chis n (%)	DF n (%)	Dgo n (%)	Qro n (%)	Son n (%)	Total n (%)
Unidades en donde se reportó no contar con los recursos suficientes	7 (54)	0 (0)	10 (45)	24 (39)	1 (8)	4 (33)	4 (27)	50 (36)
Unidades en donde se reportó contar con los recursos suficientes	6 (46)	4 (100)	12 (55)	37 (61)	12 (92)	8 (67)	11 (73)	90 (64)
Total	13	4	22	61	13	12	15	140

De los 50 encargados que mencionaron no contar con los recursos suficientes para realizar las actividades de capacitación, se les preguntó cuáles recursos le faltaban y la mayoría coincidió en la falta de equipo y material físico, así como no contar con instalaciones adecuadas. Sólo un pequeño porcentaje de los entrevistados mencionaron no contar con documentos de apoyo actualizado (Gráfica 9).

De los 8 encargados que reportaron la categoría de “otros recursos faltantes”, la respuesta más común con el 50% fue la falta de personal experto para impartir las capacitaciones y la falta de tiempo con un 25%.

Gráfica 9: Recursos faltantes reportados por los encargados de capacitación en las UAPU por institución (% de unidades)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU. Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes

3.2.4. Resultados de las encuestas al personal clave de las UAPU

En la Tabla 31 se muestran las características de edad y antigüedad del personal clave entrevistado en la unidad.

Tabla 31: Estadísticos descriptivos de edad y antigüedad del personal de salud encuestado

Pregunta	N	Mínimo	Máximo	Mediana
Edad (años)	425	20	71	44
Antigüedad en la Unidad (meses)	425	0	540	72

Capacitación en materia de GPC en el último año

En la Tabla 32 se muestra el porcentaje del personal clave que reportó conocer las GPC y haber recibido algún tipo de capacitación en el último año, por institución. Si bien a nivel general el indicador muestra un desempeño aceptable (69%), a nivel institucional es necesario que la SSA y el ISSSTE fortalezca esfuerzos en esta materia, ya que sus indicadores son de 62 y 36%, respectivamente.

Tabla 32: Distribución del personal clave que reportó haber recibido algún tipo de capacitación en el último año por institución (número de encuestados)

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general (n%)
Personal que no recibió capacitación	8 (5)	54 (64%)	58 (38)	120 (31)
Personal que recibió capacitación	141 (95)	30 (36)	94 (62)	265 (69)
Total	149	84	152	385

Nota: El número total de encuestados disminuye a 385 debido a que la pregunta se le realizó solamente al personal que dijo conocer las GPC

A nivel estatal se muestra un comportamiento similar entre los estados de Querétaro, Sonora y Distrito Federal, nuevamente es el estado de Chiapas en donde se percibe un rezago en las capacitaciones. Sería importante que en un futuro se plantearan estrategias para tratar de solventar las causas del desarrollo tan dispar en los estados.

Tabla 33: Distribución del personal clave que reportó haber recibido algún tipo de capacitación en el último año por estado (número de encuestados)

Institución	Ags n(%)	Camp n(%)	Chis n(%)	DF n(%)	Dgo n(%)	Qro n(%)	Son n(%)	Total
Personal que no recibió capacitación	17 (50)	0 (0)	22 (46)	47 (27)	6 (15)	11 (34)	17 (39)	120 (31)
Personal que recibió capacitación	17 (50)	12 (100)	26 (54)	127 (73)	35 (85)	21 (66)	27 (61)	265 (69)
Total	34	12	48	174	41	32	44	385

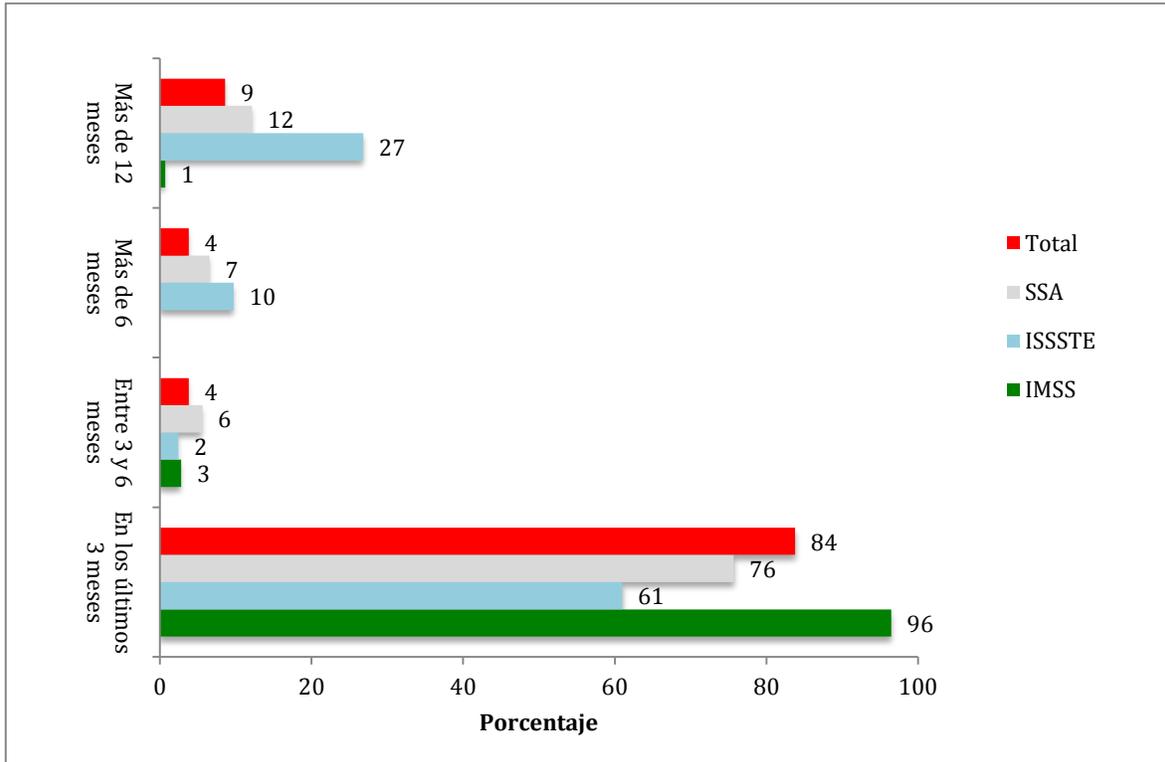
Nota: El número total de encuestados disminuye a 385 debido a que la pregunta se le realizó solamente al personal que dijo conocer las GPC. Al realizar la prueba X2 se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en esta variable por estado.

A los encuestados que respondieron no haber recibido capacitación en el último año se les preguntó si habían recibido capacitación en materia de GPC en algún momento. De éstos, sólo 20% respondieron afirmativamente. Por lo tanto, son 290 los encuestados que han recibido capacitación alguna vez, de los cuales 265 la recibieron en el último año y 25 la recibieron hace más de un año.

Última vez que se recibió capacitación de GPC

En la Gráfica 10 se muestra la distribución de la última vez que recibieron capacitación los encuestados (290). Se puede observar cómo un alto porcentaje (84%) declara haber recibido capacitación en los últimos tres meses y cómo en el ISSSTE la temporalidad de las capacitaciones es más espaciada. El IMSS es la institución en donde casi la totalidad del personal de salud encuestado declara haber recibido capacitación en los últimos tres meses.

Gráfica 10: Última vez que los médicos reportaron haber recibido capacitación (% de encuestados)



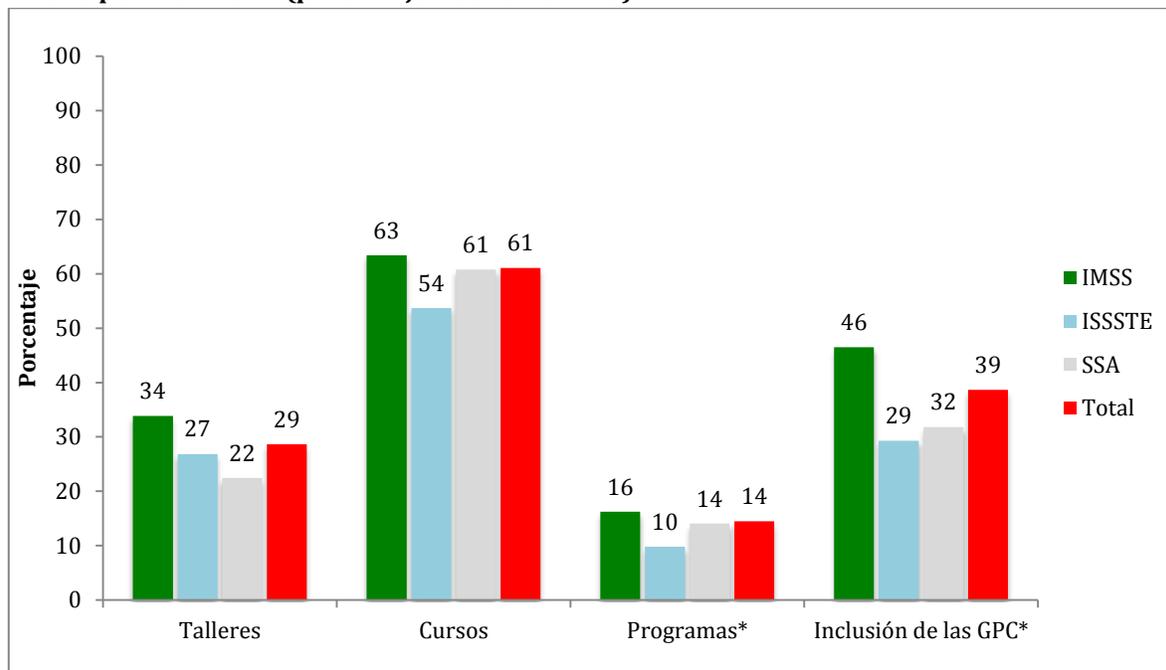
Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas al personal clave dentro de la unidad

Nota: Las categorías son mutuamente excluyentes

Actividades de capacitación GPC

Las actividades más reportadas por el personal de salud encuestado fueron los cursos con el 61%, seguido de la inclusión de las GPC en programas de educación continua (39%) y los talleres con un 29%. Esta información coincide con lo reportado por los encargados de capacitación en la unidad en el apartado anterior por lo que se puede deducir que las estrategias utilizadas para capacitar al personal están llegando a su destino.

Gráfica 11: Actividades que el personal clave reportó realizar para la capacitación en materia de GPC por institución (porcentaje de encuestados)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas al personal clave dentro de la unidad

Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes

*Programas de Asesoría: Programas de Asesoría Clínicas en Servicio para identificar recomendaciones clave de las GPC de interés; Inclusión de GPC: Inclusión de GPC en programas de educación

Duración de capacitación de GPC

El 50% del personal de salud entrevistado mencionó que la capacitación tuvo una duración de una hora, sin embargo se pudo documentar un amplio rango en esta variable, misma que alcanzó un valor de hasta 80 horas.

En la Tabla 34 se muestra la distribución de la duración de la capacitación en horas por institución.

Tabla 34: Duración de la capacitación por institución (porcentaje de encuestados)

Institución	1 hora n(%)	2 horas n(%)	De 3 a 6 horas n(%)	Más de 6 n(%)	Total
IMSS	131(92)	5 (4)	3 (2)	3 (2)	142
ISSSTE	27(66)	6 (15)	5 (12)	3 (7)	41
SSA	52(49)	26 (24)	17 (16)	12 (11)	107
Total	210 (72)	37 (13)	25 (9)	18 (6)	290

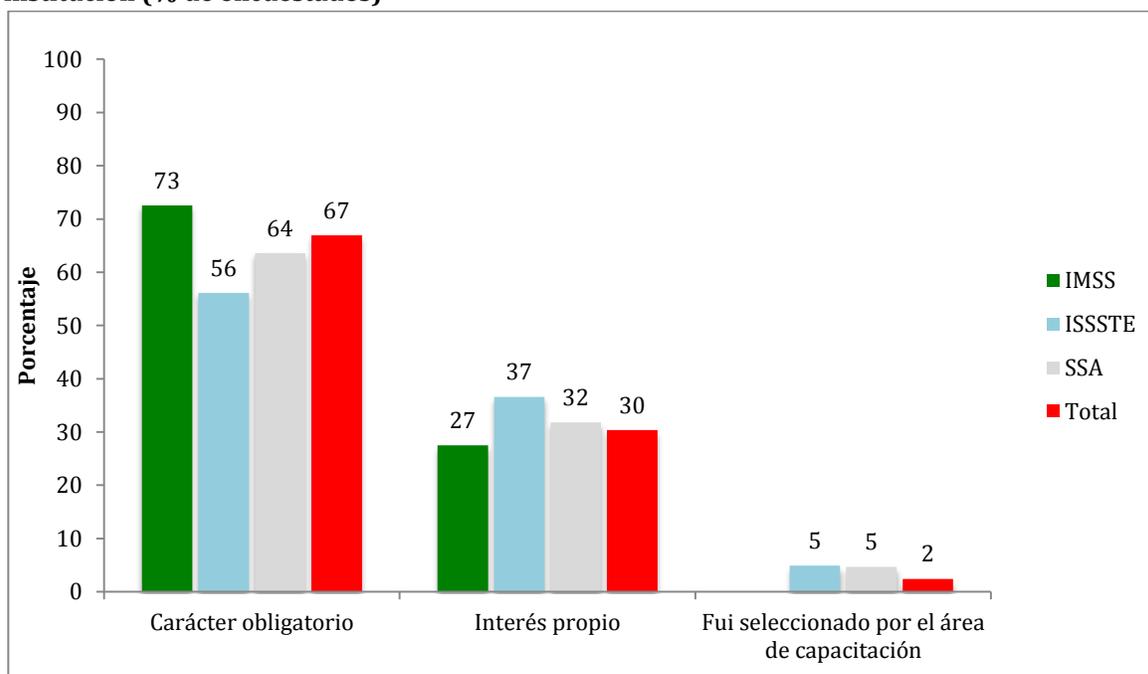
Modalidad de la capacitación

En casi todos los casos (98%), la modalidad de la capacitación reportada fue presencial. Solo en un número muy reducido de casos reportó una modalidad semi presencial o virtual²⁴.

Motivo de capacitación GPC

Al preguntarle al personal cuál fue el motivo por el que tomó la capacitación se encontró que el 67% asistieron porque éstas son de carácter obligatorio y sólo el 30% asistió por interés propio. Esta información es coincidente en cuanto a lo dicho por las autoridades estatales y federales a saber que la obligatoriedad es la mayor herramienta para lograr la asistencia de los médicos y, de este modo, poder despertar su interés durante las capacitaciones.

Gráfica 12: Distribución del motivo por el cual los médicos tomaron la capacitación por institución (% de encuestados)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas al personal clave dentro de la unidad

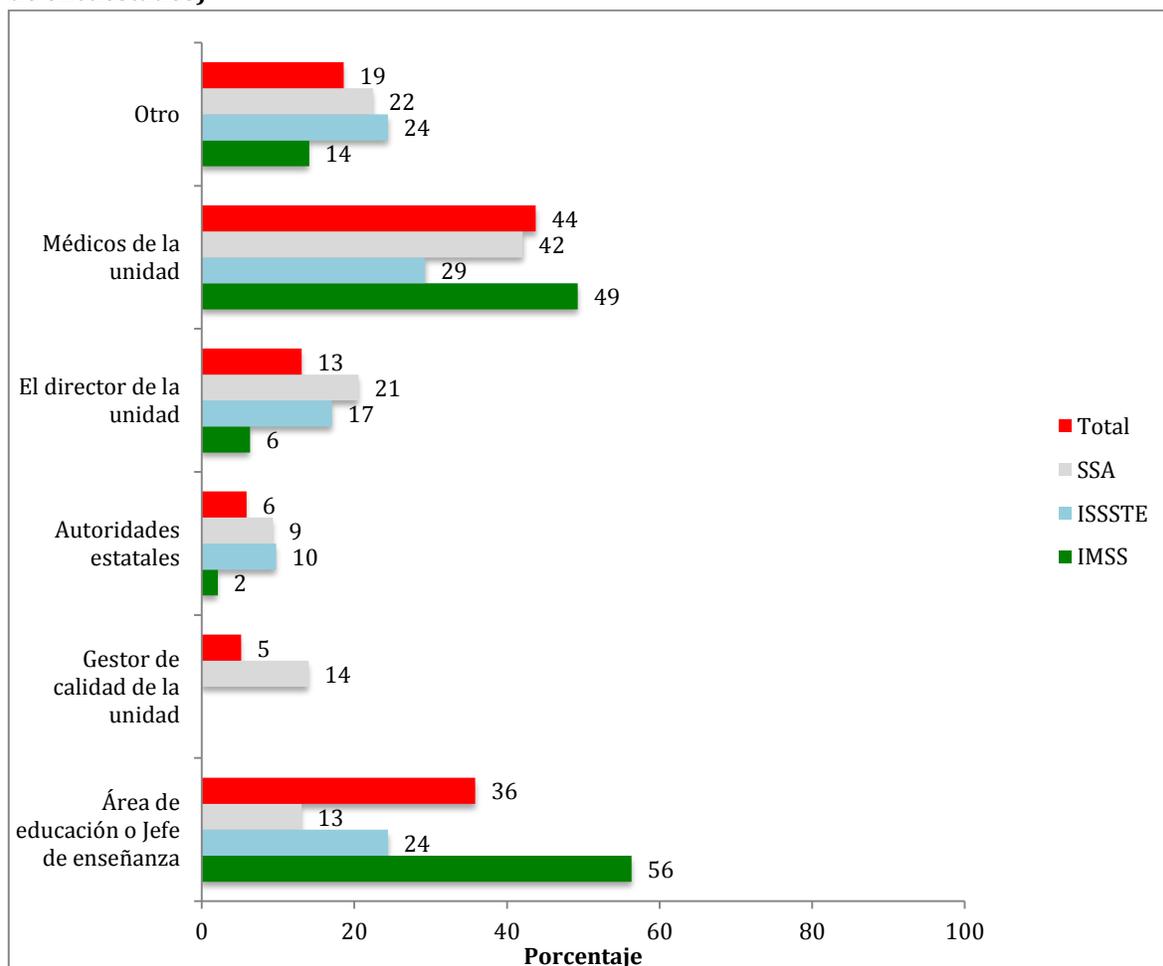
Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes

²⁴ Dado que las capacitaciones virtuales y semi presenciales tienen poca presencia en las respuestas de los médicos, no es relevante la estratificación por institución ni por estado.

Personal que impartió capacitación de GPC

En la Gráfica 13 se muestra el personal que imparte la capacitación en las unidades según lo reportado por los encuestados. Se puede observar cómo los médicos de la propia unidad son los principales encargados de esta actividad. En el IMSS, el jefe de enseñanza representa un papel clave para esta actividad.

Gráfica 13: Distribución del personal que imparte la capacitación de las GPC por institución (% de encuestados)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas al personal clave dentro de la unidad

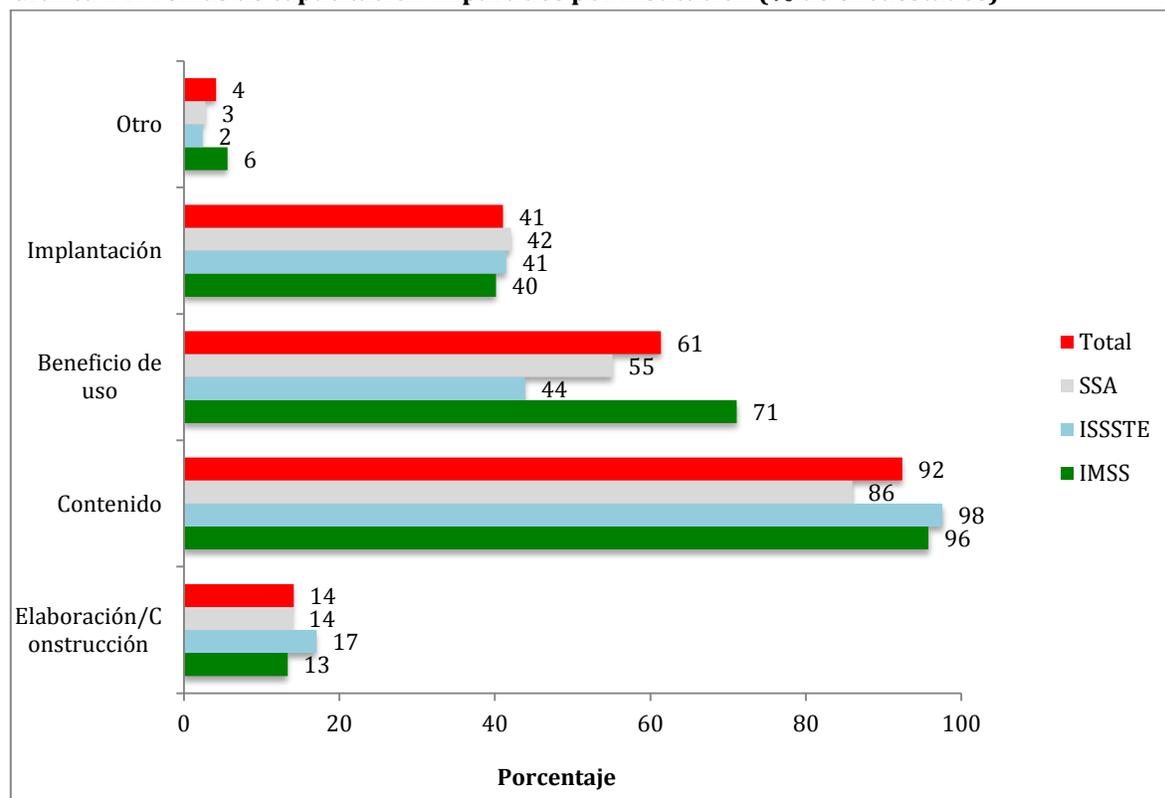
Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes.

Entre la categoría otros se encuentran médicos especialistas, residentes y pasantes entre los más relevantes.

En la Gráfica 14 se muestran los temas de capacitación impartidos en las unidades por institución. El principal tema abordado en las capacitaciones es el contenido de las GPC. La distribución de los temas en general son bastantes similares entre las

instituciones, es de destacar que en cuanto a lo reportado como “otros temas”, el tema diagnóstico y tratamiento tuvo el 50% de las menciones, el otro 50% se divide a partes iguales entre el manejo de algoritmos, estudiar morbilidades de acuerdo a las incidencias, objetivos de las GPC y todos los temas.

Gráfica 14: Temas de capacitación impartidos por institución (% de encuestados)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas al personal clave dentro de la unidad

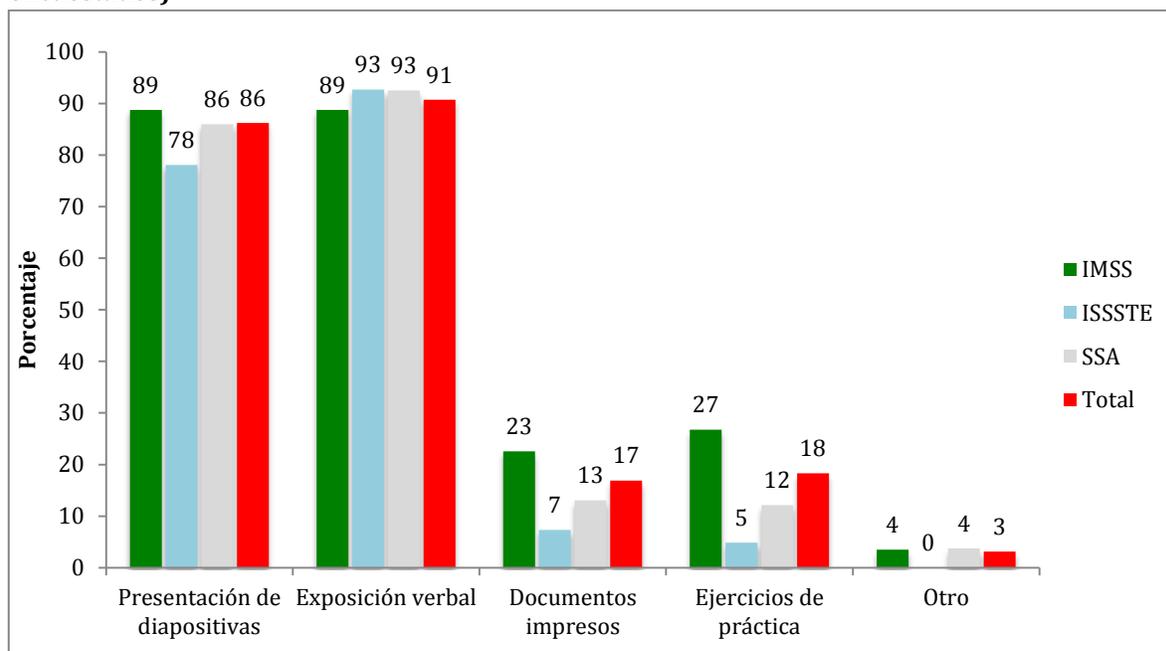
Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes

Métodos usados para capacitación GPC

Los entrevistados comentaron que las capacitaciones se llevan en su mayoría con el uso de presentaciones electrónicas y a través de exposición verbal. La utilización de documentos impresos y la realización de ejercicios de práctica son los métodos menos usados en general, aunque en el IMSS se puede observar que representan una práctica más frecuente que en las otras dos instituciones.

En la Gráfica 15 se muestran los métodos utilizados para impartir la capacitación en materia de GPC por institución.

Gráfica 15: Métodos utilizados para la capacitación de las GPC por institución (% de encuestados)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas al personal clave dentro de la unidad.

Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes. Entre los otros métodos utilizados se encuentran los cursos en línea, presentación de casos clínicos, pláticas y mesa redonda.

Evaluación para comprobar el conocimiento obtenido en capacitación de GPC

Se documentó que 65% de los entrevistados del IMSS que reportaron haber recibido capacitación en materia de GPC indicó que se realizó alguna evaluación para comprobar el conocimiento adquirido en la capacitación, mientras que este porcentaje fue de sólo 39% en el ISSSTE y de 57% en la Secretaría de Salud (Tabla 35).

Tabla 35: Personal clave que reportó realizar alguna evaluación para evaluar su conocimiento adquirido durante la capacitación por institución (número encuestados)²⁵

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Personal que no realizó evaluación	49 (35)	25 (61)	46 (43)	120 (41)
Personal que realizó alguna evaluación	93 (65)	16 (39)	61 (57)	170 (59)
Total	142	41	107	290

²⁵ Se encontró que sí existe asociación entre la institución a la que pertenecen las unidades de salud y que los médicos realicen o no evaluaciones para medir el conocimiento adquirido durante las capacitaciones.

La Tabla 36 muestra el porcentaje de encuestados que reportaron haber realizado alguna evaluación para comprobar el conocimiento adquirido durante la capacitación por estado. En Chiapas y Sonora, el porcentaje de personal que declaró no haber realizado ningún tipo de evaluación tras la capacitación es menor a 50%.

Tabla 36: Personal clave que reportó haber realizado alguna evaluación para calificar el conocimiento adquirido durante la capacitación por estado (número de encuestados)²⁶

Institución	Ags n(%)	Camp n(%)	Chis n(%)	DF n(%)	Dgo n(%)	Qro n(%)	Son n(%)	Total n(%)
Personal que no realizó evaluación	9 (38)	3 (25)	16 (62)	49 (37)	17 (47)	9 (36)	17 (52)	120 (41)
Personal que realizó alguna evaluación	15 (62)	9 (75)	10 (38)	85 (63)	19 (53)	16 (64)	16 (48)	170 (59)
Total	24	12	26	134	36	25	33	290

Método utilizado para calificar el conocimiento de GPC

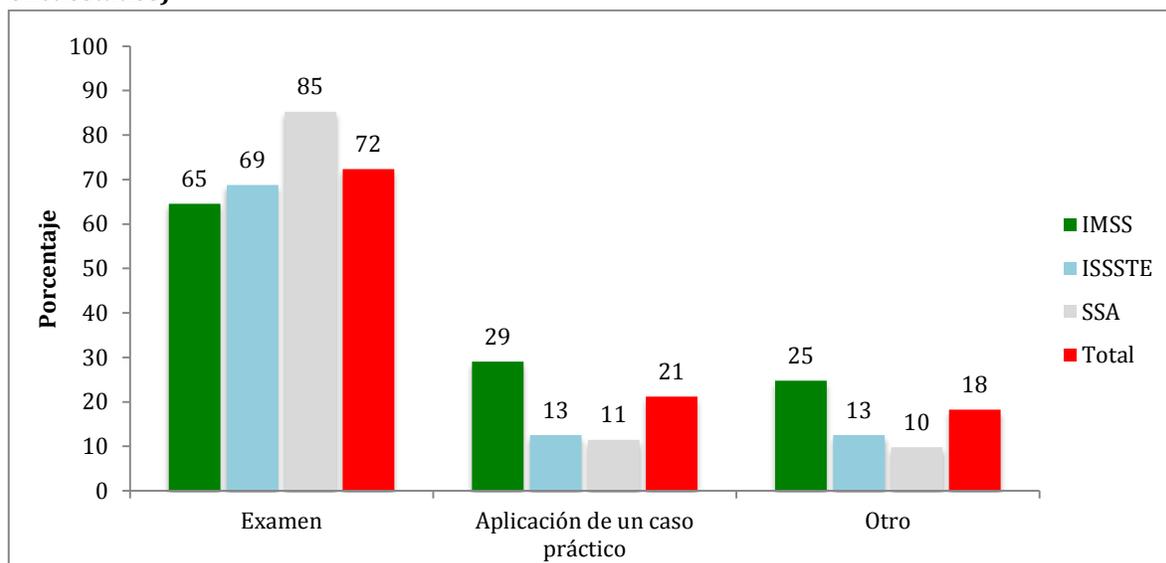
Como se muestra en la Gráfica 16, el 72% de los entrevistados que reportaron haber realizado alguna evaluación para calificar el conocimiento adquirido durante la capacitación de GPC, reportó que dicha evaluación consistió en un examen. Solo 21% reportó que el método para evaluar fue la aplicación de un caso práctico y 18% mencionó otros métodos²⁷.

El 45% de los entrevistados que realizaron algún otro método de evaluación mencionaron la revisión de expedientes, el 32% reportó las cédulas de evaluación y el 13% la revisión de notas médicas.

²⁶ Se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas por estado.

²⁷ Dado que las categorías no son mutuamente excluyentes la sumatoria de los porcentajes no da 100%.

Gráfica 16: Método utilizado en la evaluación al personal clave por institución (% de encuestados)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas al personal clave dentro de la unidad

Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes.

Percepción de capacitación de GPC

Un dato revelador, es que de los 290 médicos que recibieron capacitación sobre GPC, sólo 57% considera que ésta fue suficiente. En el ISSSTE este indicador desciende a 41% (Tabla 37).

Tabla 37: Personal que consideró suficiente la capacitación recibida por institución (número de encuestados)

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Personal que consideró que la capacitación no fue suficiente	58 (41)	24 (59)	44 (41)	126 (43)
Personal que consideró que la capacitación fue suficiente	84 (59)	17 (41)	63 (59)	164 (57)
Total	142	41	107	290

La distribución por estado se comporta de manera muy similar en todos los estados, a excepción de Campeche donde los resultados fueron los más bajos y Durango en donde los niveles reportados son los más altos.

Tabla 38: Personal que consideró suficiente la capacitación recibida por estado (número de encuestados)

Institución	Ags	Camp	Chis	DF	Dgo	Qro	Son	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Personal que consideró que la capacitación no fue suficiente	14 (58)	5 (71)	11 (42)	59 (44)	8 (22)	11 (44)	18 (55)	126 (43)
Personal que consideró que la capacitación fue suficiente	10 (42)	7 (29)	15 (58)	75 (56)	28 (78)	14 (56)	15 (45)	164 (57)
Total	24	12	26	134	36	25	33	290

La media de la calificación, en una del 1 al 7, tanto del contenido de la capacitación de GPC como de los recursos físicos de la capacitación de GPC fue de 6. La mediana también coincide en ambos casos en 6.

Tabla 39: Estadística descriptiva de la calificación otorgada por el personal clave tanto al contenido como recursos de la capacitación por institución

Pregunta	N	Mínimo	Máximo	Media	Mediana
En una escala del 1 al 7, ¿cómo calificaría en contenido la capacitación que recibió?	290	1	7	6	6
En una escala del 1 al 7, ¿cómo calificaría las condiciones (recursos físicos) bajo los cuales recibió la capacitación?	290	1	7	6	6

3.2.5 Indicadores clave capacitación

Con la información recolectada tanto en las encuestas a los responsables de capacitación en las UAPU como en las entrevistas a personal clave de las UAPU se construyeron una serie de indicadores por unidad de las 150 visitadas que se detallan a continuación.

Tabla 40: Descripción de indicadores por Institución²⁸

Número indicador	Nombre de indicador	Instrumento a partir del cual se genera	Criterio indicador
1	Capacitación último año encargado	Encuesta a encargado de capacitación de la UAPU	Porcentaje de unidades en las cuales el encargado de capacitación reporta haber realizado actividades de capacitación en materia de GPC en el último año
2	Capacitación dirigida a médicos o enfermeras	Encuesta a encargado de capacitación de la UAPU	Porcentaje de unidades en las cuales el encargado de capacitación reporta que la capacitación estuvo dirigida a médicos o enfermeras
3	Personal capacitado	Encuesta a encargado de capacitación de la UAPU	Porcentaje de unidades en las cuales el encargado de capacitación reporta haber capacitado a más del 80% del personal de la unidad
4	Registro documental capacitación	Encuesta a encargado de capacitación de la UAPU	Porcentaje de unidades en las cuales el encargado de capacitación mostró registro documental de las actividades de capacitación realizadas
5	Evaluación capacitación encargado	Encuesta a encargado de capacitación de la UAPU	Porcentaje de unidades en las cuales el encargado de capacitación reporta contar con algún método para evaluar los conocimientos obtenidos en la capacitación
6	Capacitación último año personal clave	Encuesta a personal clave de la UAPU	Porcentaje de unidades en las cuales al menos dos terceras partes del personal clave entrevistado reporta haber recibido capacitación en materia de GPC en el último año
7	Evaluación capacitación personal clave	Encuesta a personal clave de la UAPU	Porcentaje de unidades en las cuales al menos dos terceras partes del personal clave entrevistado reporta haber realizado alguna evaluación para calificar los conocimientos obtenidos en la capacitación
8	Calificación capacitación	Encuesta a personal clave de la UAPU	Porcentaje de unidades en las cuales al menos dos terceras partes del personal clave entrevistado califica la capacitación recibida con 5 o más en una escala del 1 al 7
9	Indicador global por institución	Encuesta a encargado de capacitación de la UAPU y encuesta a personal clave de la UAPU	Promedio de los indicadores 1 al 8 por institución

²⁸ En el Anexo 2, se muestra a más detalle el número de variables que se utilizaron para construir los indicadores y en el Anexo 4 se muestran los indicadores por unidad.

Tabla 41: Resultados indicadores clave por Institución

Número indicador	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nombre de indicador	Capacitación último año encargado	Capacitación dirigida a médicos o enfermeras	Personal capacitado	Registro documental capacitación	Evaluación capacitación encargado	Capacitación último año personal clave	Evaluación capacitación personal clave	Calificación capacitación	Indicador global por institución
IMSS	100%	100%	71%	94%	96%	96%	68%	96%	90%
ISSSTE	54%	57%	32%	49%	22%	23%	8%	36%	35%
SSA	74%	76%	54%	52%	50%	56%	37%	59%	57%
TOTAL	78%	79%	54%	66%	59%	61%	40%	66%	63%

Como se puede apreciar, en todos los casos es el IMSS la institución que cuenta con mejores indicadores de capacitación y sensibilización en materia de GPC y el ISSSTE representa la institución que requiere mayores oportunidades de mejora. En el caso del indicador que reporta la existencia de capacitación durante el último año, se puede observar cómo en todas los casos existe una sobre estimación de los encargados de capacitación de la unidad, con respecto a lo que efectivamente se encontró al preguntar al personal clave de la unidad. Sin embargo, este fenómeno no es tan notorio en el caso del IMSS, institución donde sólo existe una diferencia de 4 puntos porcentuales entre lo reportado por el encargado y por el personal clave. En el caso del ISSSTE el indicador del reporte del responsable arroja un 54% de capacitación en el último año mientras que el indicador del personal clave arroja sólo un 23%. En la Secretaría de Salud, el indicador del encargado indica un 74% mientras que el del personal clave indica un 56%.

En cuanto al indicador “Capacitación dirigida a médicos o enfermeras”, en el IMSS éste fue del 100%. En el ISSSTE y en la Secretaría de Salud el valor asciende a 57% y 76%, respectivamente. Esto se debe a que el indicador sólo toma en cuenta aquellas unidades en donde se realizaron capacitación en el último año y las que no realizaron capacitación se le da una ponderación de cero.

En cuanto al indicador “Personal capacitado”, en el IMSS, el 71% de las unidades cuentan con más del 80% del personal capacitado en materia de GPC, mientras que en la Secretaría de Salud sólo el 54% de las unidades cumplen esta característica y en el ISSSTE únicamente el 32%. El resultado global para este indicador en las tres instituciones fue del 54%.

En general, 66% de las unidades cuentan con registro documental de la capacitación impartida en materia de GPC. Se puede observar cómo en el IMSS existe una cultura de documentación bien establecida, en tanto que en las otras dos instituciones es un aspecto que requiere reforzarse.

En el caso del indicador “Evaluación capacitación encargado” también se puede apreciar un sobre reporte con respecto al indicador “Evaluación capacitación personal clave”. Mientras que en el primero los porcentajes son de 96%, 22% y 50% para el IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud, respectivamente; en el segundo estos porcentajes disminuyen a 68%, 8% y 37%, respectivamente.

Finalmente, en el indicador “Calificación capacitación” una vez más notamos resultados más favorecedores en el IMSS, institución en donde su personal otorga calificaciones satisfactorias a la capacitación recibida.

Considerando todos los indicadores antes mencionados, el indicador global de capacitación por institución es de 90% para el IMSS, 35% para el ISSSTE y 57% para la Secretaría de Salud. El indicador global de todas las unidades sin importar su institución es de 63%.

Grado de capacitación por Institución

A cada unidad se le asignó un grado de capacitación, el cual consiste en el promedio de los indicadores del 1 al 8 por unidad. Es decir, si tomamos como ejemplo la unidad de Sonora con CLUES SRIST000010, tenemos que sus indicadores individuales son los siguientes:

Tabla 42: Ejemplo de la construcción del grados de capacitación

ESTADO	CLUES	Institución	1	2	3	4	5	6	7	8
Sonora	SRIST000010	ISSSTE	1	1	1	1	1	0	0	1

Si tomamos un promedio de todos, es decir, 6 entre 8, obtenemos el grado de capacitación de esta unidad, el cual es 0.75, o bien, 75%.

Con base en esta asignación de grados de capacitación, obtenemos los siguientes resultados:

Tabla 43: Indicadores del grado de capacitación por institución de salud

Institución	Porcentaje de unidades con grado de capacitación menor o igual al 25%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 75%
IMSS	2%	0%	8%	90%
ISSSTE	48%	25%	18%	10%
SSA	27%	13%	30%	30%
TOTAL	24%	12%	19%	45%

El 90% de las unidades del IMSS cuentan con un grado de capacitación mayor al 75%. En el caso del ISSSTE, el 48% cuentan con un grado de capacitación menor o igual al 25%. En la Secretaría de Salud, el 30% de las unidades tienen un grado de capacitación entre el 50% y el 75%, y otro 30% cuenta con un grado de capacitación mayor al 75%.

Es el IMSS la institución que arroja mejores resultados, esto se debe al hecho que en más del 50% de las unidades visitadas de esta institución las capacitaciones se realizan de manera semanal, además aunque existe una sobre estimación por parte de los encargados de capacitación éstas no difieren mucho de lo reportado por el personal clave. Por otro lado, es importante que las autoridades del ISSSTE apliquen estrategias más agresivas para la capacitación en las unidades e incentivos dirigidos a los médicos para aumentar el interés de éstos.

Resultados de indicadores clave por estado

La construcción de los indicadores por estado sigue la misma lógica que previamente se construyó por institución, únicamente que aquí se le da la ponderación a cada estado (n por estado). La Tabla con la descripción de las variables utilizadas por estado se encuentran en el Anexo 2.

Tabla 44: Resultados indicadores clave por estado

Número indicador	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nombre de indicador / Estado	Capacitación último año encargado	Capacitación dirigida a médicos o enfermeras	Personal capacitado	Registro documental capacitación	Evaluación capacitación encargado	Capacitación último año personal clave	Evaluación capacitación personal clave	Calificación capacitación	Indicador global por estado
Aguascalientes	69%	77%	46%	62%	54%	38%	31%	54%	54%
Campeche	100%	100%	75%	75%	100%	100%	100%	100%	94%
Chiapas	50%	50%	27%	32%	23%	39%	13%	39%	34%
DF	85%	87%	56%	70%	57%	66%	43%	69%	67%
Durango	100%	100%	92%	85%	85%	93%	50%	86%	86%
Querétaro	75%	75%	42%	75%	75%	58%	50%	67%	65%
Sonora	73%	73%	67%	73%	73%	53%	40%	73%	66%
TOTAL	78%	79%	54%	66%	59%	61%	40%	66%	63%

El estado con mejores indicadores de capacitación es Campeche. Sin embargo, es relevante mencionar que solamente se visitaron 4 unidades en este estado. El estado más rezagado es Chiapas con un indicador global de capacitación de 34%. Es necesario recordar que la muestra seleccionada no tiene representatividad a nivel estatal por lo que no podemos ser concluyes respecto a las características de cada estado.

Grado de capacitación por estado

Siguiendo la misma asignación de grados de capacitación mencionada en la sección “Grado de capacitación por institución”, se obtienen los siguientes resultados por estado:

Tabla 45: Indicadores de grados de capacitación por estado

Estado	Porcentaje de unidades con grado de capacitación menor o igual al 25%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 75%
Aguascalientes	31%	23%	15%	31%
Campeche	0%	0%	0%	100%
Chiapas	52%	13%	17%	17%
DF	18%	16%	24%	43%
Durango	0%	7%	14%	79%
Querétaro	25%	0%	17%	58%
Sonora	31%	0%	19%	50%
TOTAL	24%	12%	19%	45%

Mientras que en el caso de Durango, 79% de las unidades visitadas cuentan con un grado de capacitación mayor al 75%, en Chiapas el 52% de las unidades cuentan con un grado de capacitación menor o igual al 25%. El caso de Campeche una vez más destaca al tener todas las unidades visitadas con un grado de capacitación mayor a 75%.

3.2.6. Patrón de la estrategia de capacitación del nivel federal al estatal

Como se notó en los hallazgos y conclusiones de las entrevistas a las autoridades federales y estatales encargadas de la estrategia de capacitación, el método que utilizan para transmitir sus conocimientos y optimizar recursos, en las 3 instituciones, es el de “cascada”; es decir, las autoridades federales capacitan a las autoridades estatales y éstas, a su vez, a las unidades de salud. A continuación se muestran 3 esquemas en donde se plasma este proceso por cada institución de Salud.

IMSS

La estrategia reportada por las autoridades federales encargadas de la estrategia de capacitación es impartir temas a las UMAES y Delegaciones. En este curso anual se alinean las capacitaciones con los objetivos del plan anual establecido por la institución. A su vez, las delegaciones tienen que transmitir estas herramientas y coordinarse con las subdelegaciones para impartir los cursos a las unidades y solicitarles que elaboren su programa anual de capacitación.

Las unidades son las encargadas de elaborar un programa anual de capacitación alineado con los objetivos del programa federal; este plan se realiza con base en un diagnóstico de necesidades de cada unidad. A su vez, la unidad tiene que informar a las subdelegaciones sobre dicho plan y enviar reportes mensuales sobre los avances del mismo. Igualmente, según lo reportado por la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, las unidades deben elaborar un reporte a las delegaciones con los resultados de la aplicación de la cédula de verificación de expedientes clínicos. En este sentido y según lo observado en las entrevistas estatales, los objetivos reportados se encuentran en concordancia con los reportados por las autoridades federales. De igual forma, las subdelegaciones demostraron conocer las actividades de capacitación que se llevan a cabo en las unidades a su cargo, mostrando evidencia de que éstas efectivamente se están realizando.

En los resultados encontrados con los encargados de la estrategia de capacitación en las unidades, se halló que las actividades que se reportan cuadran con las enviadas a las subdelegaciones (autoridades federales), lo que indica que la transmisión de información al interior de la institución se lleva a cabo de manera organizada y de acuerdo a lo planificado en el nivel federal.

Es importante resaltar que el IMSS es la única institución que cuenta con cursos en línea que tratan el tema de GPC. Las autoridades estatales dieron mucho énfasis en este tipo de cursos, aunque detallaron que al ser la convocatoria a nivel nacional, son

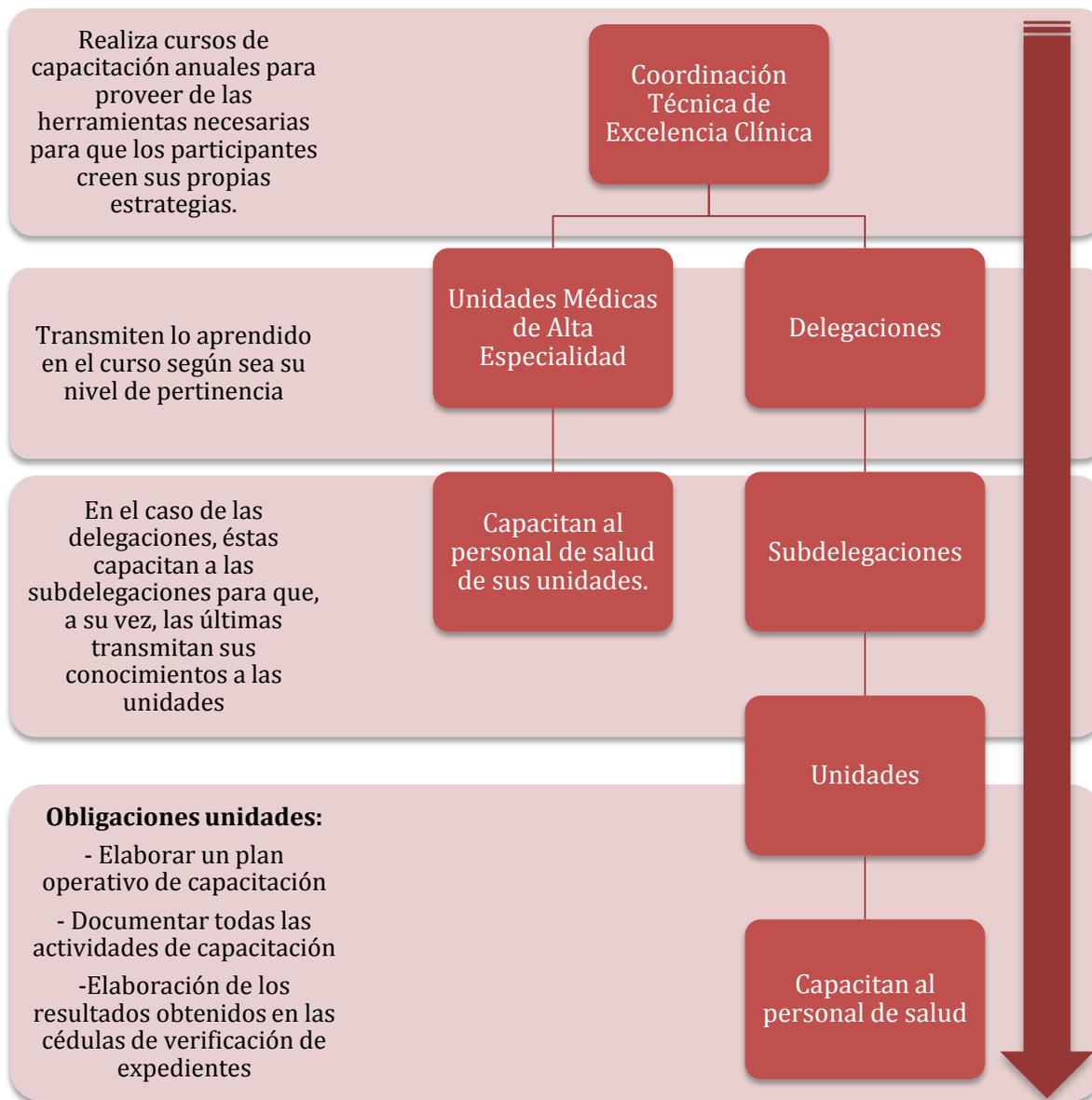
muy pocos los médicos por unidad quienes tienen la oportunidad de tomarlos pero, a pesar de esto, hubieron médicos que reportaron tomar este tipo de cursos.

Con relación a la congruencia entre lo dicho por los encargados de la estrategia en la unidad y lo reportado por los médicos, se encontró lo siguiente: El 100% de los encargados de las unidades mencionaron haber realizado alguna vez capacitación en materia de GPC y realizar dichas capacitaciones primordialmente a través de cursos y programas de educación; en este sentido 95% del personal de Salud entrevistado menciona haber recibido capacitación y, de éstos, 96% reportó recibirla en los últimos 3 meses.

Lo anterior es un indicativo de que los encargados de capacitación tienen una percepción bastante aproximada sobre el impacto de las actividades emprendidas. Un punto importante a destacar es el hecho de que 84% de las unidades que impartieron la capacitación, las realizan de manera obligatoria para su personal de salud, número muy similar al reportado por los médicos (73%).

Como se ha visto a lo largo de los resultados reportados por el IMSS en todos sus niveles se observa un nivel de coherencia entre lo reportado por las autoridades federales, estatales, encargados de unidad y lo reportado por los médicos. Si bien es cierto que existe variación en las mediciones, esto puede explicarse por la movilidad del personal (sobre todos los que se encuentran en programas de educación continua). Si acaso, la única discrepancia entre lo reportado por las autoridades federales y estatales y lo percibido por los encargados de capacitación y el personal de Salud es que en este último la necesidad de recursos materiales está muy por arriba de los recursos humanos.

Esquema 1: Patrón de la estrategia de capacitación del IMSS



Fuente: Elaboración propia con información recabada en las entrevistas a la autoridades federales y estatales encargadas de la estrategia de capacitación de GPC así como de las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU.

ISSSTE

De lo reportado por la Jefatura de Departamento de Programas Estatales del ISSSTE, la estrategia de capacitación consiste en proporcionar dos cursos/capacitaciones al año a nivel regional sobre GPC; cada región define el grupo de integrantes de cada delegación que deberán asistir al curso. Para los subdelegados médicos la asistencia es obligatoria, ya que son éstos quienes se encargan de impartir los cursos a las unidades a su cargo.

La jefatura reportó que las actividades de capacitación las definen las unidades de acuerdo a un diagnóstico de necesidades, el cual consiste en identificar las 10 principales comorbilidades de la unidad y, con base en esto, definir los temas a impartir.

Las unidades médicas están obligadas a realizar reportes con las actividades realizadas. Asimismo, existe un grupo de supervisión a nivel federal que se encarga de supervisar que el conocimiento se esté transmitiendo, sin embargo, la misma autoridad reporta que esto no sucede, que existen médicos en las unidades que desconocen el uso de las GPC y más aún que las capacitaciones no se están llevando a cabo²⁹.

Por otro lado, las autoridades estatales coinciden que en este año no se definió un programa de GPC, en otras palabras, que no se definieron lineamientos para impartir cursos exclusivos de este tema; por esta razón, las subdelegaciones reportan que las GPC se utilizan como referencia bibliográfica dentro de los cursos/talleres de temas de salud, también se utilizan en la discusión o aplicación de casos clínicos. En todos los casos, no existió reporte de que se impartiera un curso a nivel estatal para tratar el tema de GPC. Otro problema que se notó fue el hecho de que las subdelegaciones no contaran con reportes de las actividades que se realizan en las unidades ni del personal que se ha capacitado, en este sentido sólo 2 de las 7 delegaciones visitadas pudieron dar algún aproximado.

Es importante mencionar que existe un acuerdo entre las autoridades federales y estatales en cuanto a la necesidad de contar con una mayor cantidad de recursos humanos; en ambos casos, se declara que los existentes son insuficientes para llevar a cabo la supervisión de la estrategia de manera adecuada.

²⁹ Más detalle revisar la sección de hallazgos en las entrevistas a las autoridades federales encargadas del proceso de capacitación (3.2.1)

Todo lo anterior, tiene como consecuencia que ambas autoridades consensen en que, actualmente, el ISSSTE está comenzando la etapa de apego a las GPC y que para llevar a cabo esta etapa de manera exitosa es necesario que se le pueda “comprar” tiempo a los médicos para asistir a las capacitaciones. Dado lo anterior, las autoridades federales sugieren contratar a personal médico rotatorio que sustituya a los médicos de manera temporal en consulta.

En relación a lo dicho por los encargados en las unidades de la estrategia de capacitación y en congruencia con lo obtenido con el personal de salud, se halló lo siguiente: 56% de las unidades reportaron haber realizado alguna vez capacitación y éstas tienen carácter obligatorio en 67% de las unidades. Las capacitaciones se imparten a través de cursos, talleres y con la inclusión del tema de GPC en programas de educación continuos.

En contraste con lo reportado por el personal clave se descubrió que sólo 27% del personal encuestado ha recibido algún tipo de capacitación sobre GPC, esto se debe a que de acuerdo a lo reportado por las autoridades estatales no existe un programa específico sobre guías. Además, 56% del personal que asistió a las capacitaciones menciona que éstas fue de carácter obligatorio. Lo relevante de esta mención, es que aun cuando se reporte en las unidades que las capacitaciones son obligatorias, la convocatoria con el personal de salud no penetra de manera adecuada. Por último es importante mencionar que sólo 37% de los que tomaron la capacitación reportaron que les fue suficiente.

En general se observa, que aunque el nivel federal señala haber capacitado a un grupo de personas de cada delegación en las 8 regiones, éstas no se ven reflejadas a nivel estatal ni a nivel unidad. Se percibe que el dejar en manos de las delegaciones la elaboración de la estrategia y en las de las unidades la decisión de la modalidad de impartición de la capacitación no se está teniendo el éxito esperado.

Esquema 2: Patrón de la estrategia de capacitación del ISSSTE



Fuente: Elaboración propia con información recabada en las entrevistas a la autoridades federales y estatales encargadas de la estrategia de capacitación de GPC así como de las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU.

SSA

Según lo reportado por la Dirección de Área de Acreditación y Garantía de la Calidad y Sistemas de Reconocimiento, la estrategia de capacitación comienza con la definición de lineamientos anuales bajo los cuales los Servicios Estatales de Salud deben definir sus propias estrategias para alcanzar sus objetivos; la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad es quien distribuye la información a través de la realización de sesiones informativas, cursos o talleres en los SESA.

En teoría y de acuerdo a la autoridad federal, son los SESA de cada estado quienes elaboran sus propias estrategias para que en un segundo paso, éstas lo transmitan a las unidades de salud a su cargo y, finalmente, el encargado de la unidad de salud ejecute las actividades pertinentes para sensibilizar y capacitar al personal de salud.

En la práctica lo descrito en el párrafo anterior no sucede, ya que los encargados de la estrategia a nivel estatal reportaron no tener un programa específico para GPC sino que las incluyen en las capacitaciones de otros temas de salud. Es de destacar que dichos temas son elegidos de acuerdo a la morbilidad presente en cada estado. Lo que sí quedó patente, es el esfuerzo de las autoridades estatales por incluir a las GPC aunque sea como referencias en casos clínicos y en los cursos mencionados con anterioridad.

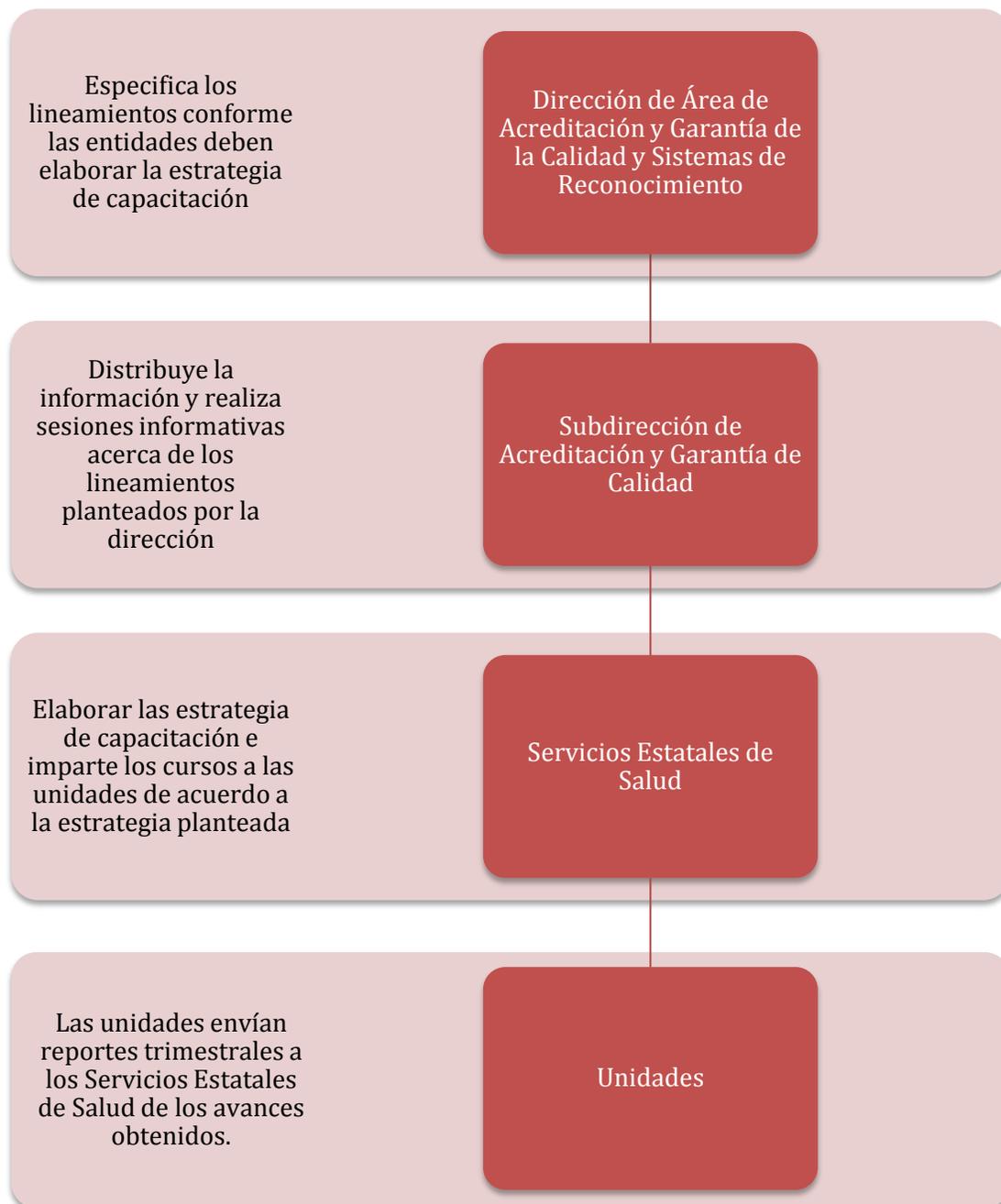
Otra de las acciones que no se llevan a cabo, de acuerdo a lo planteado por la autoridad federal, es el reporte que las unidades tendrían que realizar a las autoridades estatales acerca de los avances en la estrategia. Lo anterior a causa de las múltiples obligaciones que el gestor de calidad tiene que realizar en las unidades³⁰, por ello se plantea la necesidad de contratar a personal administrativo que lo ayude en sus funciones y, de este modo, solventar la falta de reportes por escasez de tiempo.

La falta de recursos disponibles en las entidades para concentrar al personal de las diferentes jurisdicciones en las entidades es una de las mayores barreras para capacitar a los gestores de calidad o jefes de enseñanza de las unidades, lo que dificulta la transmisión de conocimientos del nivel estatal al federal. Agregado a lo anterior, esta misma falta de recursos ocasiona que las entidades condicionen los cursos de temas relevantes de salud al uso de alguna GPC como referencia bibliográfica.

³⁰ Según lo reportado por las autoridades estatales encargadas de la estrategia.

En cuanto a la frecuencia de capacitación, se observa buena concordancia entre lo reportado por el encargado de la estrategia de capacitación y el personal de salud. En general, las unidades tienen una estrategia dominante para dar a conocer las GPC y es por medio de la impartición de cursos de temas de salud variados en los cuales se ocupan las guías como documentos de referencia. A pesar de que las unidades están realizando actividades de capacitación, éstas no se ven reflejadas a nivel estatal debido a la falta de reporte de las mismas, por lo tanto, es necesario la creación de estrategias más organizadas de supervisión y seguimiento así como la asignación de mayores recursos económicos y directrices más claras hacia las entidades.

Esquema 3: Patrón de la estrategia de capacitación de la SSA



Fuente: Elaboración propia con información recabada en las entrevistas a la autoridades federales y estatales encargadas de la estrategia de capacitación de GPC así como de las encuestas a los encargados de la estrategia de capacitación en las UAPU.

3.3. Objetivo específico 3: Documentar qué acciones se desarrollan en las unidades de salud para lograr que el personal de salud (médicos y enfermeras) adopten las GPC como herramientas de uso habitual.

Mediante entrevistas realizadas a las autoridades federales y estatales encargadas de la estrategia de implantación de las 3 principales instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y SSA) se busca identificar los procesos por los cuales se desarrolla la estrategia así como observar si existe una congruencia entre lo reportado por las autoridades federales y estatales.

3.3.1 Resultados de las entrevistas a autoridades federales encargadas del proceso de implantación

IMSS

En la entrevista realizada en el área de Coordinación Técnica de Excelencia Clínica dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, se establece como objetivo para la implantación de GPC el proporcionar a las unidades, a través de las delegaciones, las estrategias de cómo se difunden las guías y cómo se utilizan, asimismo el estandarizar la atención médica, mejorar la gestión de recursos y, desde luego, otorgar a las unidades las herramientas necesarias para llevar a cabo este proceso dentro de ellas.

Lo anterior, se realiza a través de la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica mediante un plan de implementación sectorial en el cual cada delegación, en función de su epidemiología, establece los 10 principales motivos de consulta, padecimientos y necesidades, con el fin de trabajar en ellos; es decir, cada una de las delegaciones elige las herramientas que les son útiles para efectuar la implementación de las GPC dentro de las unidades.

En este proceso de implantación, y con lo analizado en la entrevista, se encuentran distintos elementos que pueden contribuir a la mejora de la estrategia, siendo éstos el emplear mayores esfuerzos a trabajar en el apego del personal médico mediante cursos de sensibilización que modifiquen su forma de pensar; que se les pueda estimular, mediante el reconocimiento, a que quieran hacer algo para el uso de las GPC; que existan foros en los que todas las delegaciones participen con el fin de posiblemente trabajar en una guía relacionada con sus propias necesidades y que puedan exponer sus casos de éxito. Este último, es una de las metas a futuro de acuerdo a lo comentado.

...A futuro lo que tenemos pensado es hacer foros donde todas las delegaciones participen y estimularlos a que quieran hacer algo, o trabajar en una guía relacionada con sus propias necesidades, que expongan sus casos de éxito. Crear ese espacio que es para ellos, porque es el trabajo para ellos. En el último taller se mencionó que el instituto no les da estímulos, pero sí les pueden dar reconocimiento. Ellos dan de alta a las personas que toman los cursos y las constancias tienen valor curricular para utilizarlo para recertificación de la especialidad, etcétera. (FIMSI)

El trabajo hasta hoy realizado, ha implicado que en las unidades ya todos sepan qué son las GPC, por lo que se tiene pensado continuar con la labor referida. En este sentido, se menciona haber realizado un manual de consulta que detalla la manera de navegar en intranet con el fin de informar con qué tipo de herramientas se cuentan dentro del instituto. Al momento, se han realizado cédulas de verificación de enfermería (existen ya GPC de enfermería), mismas que se encuentran en proceso de que se difundan.

ISSSTE

En la entrevista realizada en el área de la Jefatura de Departamento de Programas Estatales dentro del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se establece como objetivo para la implantación de GPC principalmente que todo el personal las conozcan a través de la capacitación, sensibilización y difusión. Se hace énfasis en el apego a las GPC y se solicita que los directores en cada unidad platiquen con su personal, explicándoles y entregándoles copia de los discos con los cuales tengan acceso a la información de GPC. En todo ello, tienen participación los encargados de esta estrategia, conformados por la jefatura de servicios de enseñanza y capacitación, subdelegados médicos y jefes de atención médica en cada subdelegación.

En cuanto a especificar un mecanismo que evalúe el impacto de esta estrategia de implantación, se menciona hacerlo de forma directa, ya sea con comunicación o mediante supervisiones, mismas que implican revisiones aleatorias de expedientes, aunado a las revisiones de cédulas de supervisión con las que cuentan.

...No vamos a revisar, nosotros desde aquí, área central, no vamos a revisar la implementación. Vemos más hacia el apego cuando vamos a

las supervisiones. En las supervisiones hacemos revisiones aleatorias de cierto número de expedientes. Tenemos un tipo de cédula integral de evaluación, de supervisión perdón. Y entonces se va el grupo de supervisión a hacer aleatoriamente supervisiones de expedientes, de uso de medicamentos, de uso de los auxiliares diagnósticos que vayan cotejándose con el diagnóstico, etcétera. De manera, todo lo vamos haciendo de manera indirecta, no directa. (FISSI)

Finalmente y a decir del área entrevistada, se identifican elementos que pueden contribuir a mejorar la estrategia, por ejemplo el fortalecimiento de la capacitación y sensibilización; la creación de eventos académicos en donde se puedan compartir experiencias; contar con equipo de cómputo; generar obligatoriedad en las actividades; crear un mecanismo de incentivos al apego de las GPC; ofrecer reconocimiento a los participantes y enfocar esfuerzos en crear una estrategia generalizada al personal de salud y no sólo a personal médico que tiene facultad de prescripción.

SSA

En la entrevista realizada en el área de Acreditación y Garantía de la Calidad y Sistemas de Reconocimientos dentro del sistema de Servicios Estatales de Salud, se establece como objetivo en la implantación de GPC, la adopción de las guías en la práctica médica mediante su consulta cotidiana. En ello participa la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, quien pretende establecer una estrategia de convencimiento en el uso de GPC.

Dentro de esta estrategia, se han identificado aciertos como el hecho de que se haya tomado iniciativa en mejorar el proceso de implantación en cada unidad, coordinándose entre éstas y logrando experiencias exitosas en hospitales federales en los que evalúan el apego en la adopción de guías.

El impacto o resultado de lo anterior se ve reflejado a través de un reporte de avance en la difusión, capacitación e implantación de GPC que de forma trimestral cada institución envía a esta Dirección para dar a conocer cuáles son los avances obtenidos con estas acciones.

Finalmente, son de resaltar elementos de atención en la estrategia, como la necesidad de utilizar indicadores que evalúen tanto la aplicación de la guía como el apego del

personal a la misma y, por otro lado, el enfocar un presupuesto mayor que permita ampliar el campo de acción y el éxito derivado de ella.

...Si hacemos una comparativa entre lo que tiene por disponibilidad cada una de las instituciones pues es muy variable. Sí por supuesto requiere un ejercicio de reflexión en cuanto a qué es lo que tienes disponible y con lo que tienes disponible puedas lograr una experiencia exitosa. Si bien hay recursos que por ejemplo puede estar manejando, por ejemplo el IMSS, a lo mejor no es una ventaja competitiva que pueda tener otra institución. (FSSAI)

Resultados de las entrevistas a autoridades federales

En general, se observa que los objetivos de la estrategia de implantación de las instituciones a nivel federal están encaminados al conocimiento de las GPC y a su uso por parte del personal médico a través de las diferentes áreas asignadas a cada una de ellas. Bajo esta estrategia, en el caso del IMSS existe el “Programa estratégico para el desarrollo e implantación de GPC” en el que hasta el periodo enero – agosto 2012 se realizaron 3 Cursos Taller Nacionales para el Desarrollo de GPC, 2 Cursos Taller Locales para el Desarrollo de GPC y se habían capacitado a 380 profesionales de la salud en medicina basada en evidencia y desarrollo de GPC³¹. Y es precisamente en este punto en donde se inicia la estrategia en cascada de la institución, ya que se le proporcionan a las UMAES y a las delegaciones las directrices para aplicar la estrategia de implantación al interior.

En el ISSSTE se menciona estar enfocados más a la distribución de materiales como discos compactos, además de partir de la sensibilización y difusión entre el personal; en la SSA igualmente pretenden modificar las creencias de los médicos de tal suerte que no existan impedimentos para la toma de decisiones y para la propia consulta de GPC por parte del personal de salud.

En cuanto al impacto generado por esta estrategia, la perspectiva de los entrevistados en el IMSS y en la SSA es de haber obtenido buenos resultados y dar continuidad con los mismos; sin embargo, a decir del punto de vista emitido en el ISSSTE, los resultados han sido pobres tanto en el uso como en el apego de las GPC, derivado

³¹ Informe de Rendición de Cuentas 2006 – 2012, Tercera Etapa.
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/IRC3.pdf>

posiblemente de los elementos que identificaron como barreras para la estrategia, como son el que esté muy enfocada a médicos, en concreto los que prescriben medicamentos o el hecho de no contar con suficientes recursos materiales (equipo de cómputo) y humanos (falta de personal). A este respecto, tanto el IMSS como la SSA comparten la dificultad de no contar con suficientes recursos económicos y humanos (incluso como restricción el horario del personal sindicalizado en el IMSS).

En adición a lo anterior, la SSA acepta tener resultados modestos en comparación con el IMSS, pues consideran que no se cuenta con el mismo apoyo ni recursos para lograr más, además de que consideran que el IMSS es la institución más comprometida. En este sentido, es que se otorgan a sí mismos una calificación de 3 (en una escala del 1 al 7) en lo general para la estrategia de implantación.

Ahora bien, en cuanto a la manera de identificar el impacto de sus estrategias, la información recabada indica que cada institución se conduce de forma diferente. El IMSS realiza supervisiones a las unidades además de corroborar cédulas de verificación; en el ISSSTE se mantiene una comunicación directa con los responsables para recabar evidencias documentales (reportes) y, en el caso de la SSA, se reciben trimestralmente reportes con los avances obtenidos en la estrategia.

Finalmente, al indagar en los planteamientos que las instituciones puedan proponer para la mejora de esta estrategia, se refieren puntos como el otorgar un reconocimiento a los participantes, ya sea de forma económica o curricular a manera de incentivos; trabajar más en el apego a las GPC y en cursos de sensibilización; o enfocar esfuerzos en generar indicadores que evalúen la aplicación y el apego de la propia guía.

Tabla 46: Cuadro comparativo de resultados de las entrevistas por institución a nivel federal

Estrategia de Implantación	Institución		
	IMSS	ISSSTE	SSA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar a las unidades, a través de las delegaciones, las estrategias de cómo se difunden y utilizan las GPC Estandarizar la atención médica Mejorar gestión de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> Que todos conozcan las GPC 	<ul style="list-style-type: none"> Adaptar las guías a la práctica médica como instrumento de consulta cotidiana y apearse a las recomendaciones que vienen en ellas Priorizar y adoptar las GPC
Encargados de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación Técnica de Excelencia Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> Jefatura de Servicios de Enseñanza y Capacitación Subdelegados médicos 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección General de Calidad y Educación en Salud Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> Con base en plan de implementación sectorial 	<ul style="list-style-type: none"> Distribución de CD Capacitación, sensibilización y difusión 	<ul style="list-style-type: none"> Modificar valores, creencias
Seguimiento a la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> Cédulas de verificación Supervisiones a las unidades 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación directa 	<ul style="list-style-type: none"> Cada institución envía reporte trimestral donde señalan avances
Resultados³²	<ul style="list-style-type: none"> En las unidades todos saben qué son las GPC 	<ul style="list-style-type: none"> Se cuentan con pobres resultados en la utilización y apego 	<ul style="list-style-type: none"> Dar continuidad y contar con la información más reciente para la toma de decisiones
Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> Cédulas de verificación para evaluar el apego a las GPC 	<ul style="list-style-type: none"> Que las GPC estandarizan la prescripción médica 	<ul style="list-style-type: none"> La etapa de difusión se encuentra finalizada
Barreras a la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> Horarios laborales de los trabajadores sindicalizados 	<ul style="list-style-type: none"> Los cursos están dirigidos a los médicos que prescriben medicamentos de altos costos 	<ul style="list-style-type: none"> Se dio por largo tiempo mucho énfasis a la difusión
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos humanos (mucho cambio de personal) 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos humanos Falta de equipo de cómputo 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos económicos
Calificación de la estrategia	No calificó	<ul style="list-style-type: none"> 3.5 	<ul style="list-style-type: none"> 3
Mejorar estrategia	<ul style="list-style-type: none"> Apego a las recomendaciones Cursos de sensibilización Reconocimiento a participantes por su asistencia a los cursos 	<ul style="list-style-type: none"> Hacerlo obligatorio Reconocimiento a participantes por su asistencia a los cursos Incentivo al apego 	<ul style="list-style-type: none"> Focalizar hacia el área operativa las recomendaciones que operarían Utilizar indicadores que evalúen la aplicación y el apego de la guía Actualizar la estrategia de implantación

³² En este apartado, el instrumento empleado durante las entrevistas hace referencia al “impacto” de la estrategia.

3.3.2 Resultados de las entrevistas a autoridades estatales encargadas del proceso de implantación

Mediante entrevistas realizadas a las autoridades estatales encargadas de la estrategia de implantación de las tres principales instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y SSA) se buscan identificar los procesos por los cuales se desarrolla la estrategia de implantación así como observar si existe una congruencia entre lo reportado por las autoridades federales y estatales. A continuación se muestran los hallazgos encontrados durante las entrevistas por institución de salud.

IMSS

En materia de implantación de GPC a nivel estatal se identificaron como principales objetivos de la estrategia, la estandarización de procesos y tratamientos relacionados con la consulta médica, que permitan al médico otorgar una atención médica de mejor calidad.

...El médico familiar conozca y aplique (use, se apegue o adhiera) las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica. (AIMCI)

...El objetivo es establecer el manejo estandarizado de las patologías en las unidades médicas, y que no cada médico establezca su tratamiento de acuerdo a la escuela que tenga cada uno de ellos. (D1IMSI)

...Estandarizar procesos, estandarizar tratamientos y otorgar mejor calidad de atención. (QIMSI)

La coordinación de las estrategias de implantación corresponde a la Jefatura de Prestaciones Médicas o a la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud. En ciertos casos, donde se maneja independientemente en las unidades, esta coordinación corresponde al director de las unidades, jefes de educación o jefes de departamento.

...Directores y Jefes de Servicio de Medicina Familiar. (AIMCI)

...Coordinación de prevención y atención a la salud y jefatura de prestaciones médicas. (CIMSÍ)

...En un principio era la Coordinación de Planeación y Enlace, pero a nivel institucional no tenemos un jefe como tal. (C1IMSI)

...El jefe de educación... El principal responsable es el director con los coordinadores clínicos. (D1IMSI)

...Son los jefes de departamento, con la ayuda de los jefes de educación. El jefe de departamento clínico. (QIMSI)

Por otro lado, la ejecución a nivel operativo de las estrategias se lleva a cabo por directores de unidades, jefes de servicio, jefes de departamento y coordinadores clínicos de las unidades médicas. En algunos casos existe el puesto, aunque no exclusivo para esta función, de monitor de GPC.

...Monitores de GPC. Es personal nombrado como tal, pero que a la vez tiene otras funciones, no son exclusivos para evaluar GPC. (CIMSI)

...Las realizan directamente el director o jefe de departamento... Tenemos un equipo de supervisión bastante extenso. (C1IMSI)

...La coordinación de prevención y atención a la salud... Las aplican los jefes de consulta. (SIMSCI)

...Los jefes de servicio y los coordinadores clínicos en las unidades médicas. (D1IMSI)

La estrategia de implantación se lleva a cabo, en primer lugar, identificando epidemiológicamente los padecimientos con mayor demanda en la consulta de medicina familiar o los 10 principales motivos de consulta. Partiendo de ese punto se realizan primero las estrategias de difusión, que incluyen las 699 guías, pero haciendo énfasis en los padecimientos más frecuentes. Se difunden a través de internet, ya sea directamente colocando el link del Catálogo Maestro en las computadoras o a través del portal de Intranet de la institución. En pocos casos se distribuyeron CD a las unidades, los cuales contenían las guías, con el inconveniente de la necesidad de actualización.

...Capacitación, tutoría, evaluación, retroalimentación. (AIMCI)

...Se realiza de acuerdo a un plan de trabajo. Primero se identifican epidemiológicamente los padecimientos que más se atienden en la consulta de medicina familiar... Se implantan las guías en 3 etapas:

- Difusión: se enseña a los médicos cómo acceder a las guías, la utilidad que tienen y cuál es su aplicación*
- Implantación: se realiza a través de casos clínicos y se identifican áreas de oportunidad*
- Capacitación formal: se otorgan capacitaciones calendarizadas, con valor académico en las cuales se otorgan constancias. (CIMSI)"*

...Es la difusión de la liga para el acceso a las GPC, se distribuyó con todos los directores de las unidades para que ellos a su vez lo hicieran llegar a su personal operativo... De manera electrónica y se les envió en un principio un CD con las GPC... La totalidad de las GPC de todas las de la unidad son más de 400 y no entran en un CD, por esta razón se les dio la liga y las pueden bajar ya actualizadas. (C1IMSI)

...3 tiempos distintos. El primero es la difusión, para la difusión prácticamente hay muchos o algunos lugares donde pueden consultar las GPC... Instalamos un link de ingreso directo dentro de las computadoras que tienen aquí los médicos, sobretodo de primer nivel... En cuanto a la difusión, en cuanto a la implantación se han elaborado diferentes metodologías para trabajar, en sesiones clínicas departamentales, en sesiones generales de hospitales, y mecanismos como lluvia de ideas, lectura previa, ponencias con el experto, talleres de revisión de notas médicas y ver si se apegan o no se apegan, esos son los mecanismos que hemos trabajado... En cuanto a la implantación, en cuanto a la aplicación, ya está más apegado a otra coordinación que no está a mi cargo. (SIMSCI)

...La difusión de GPC, a todas las unidades médicas y consideramos los principales motivos de morbilidad en estas unidades médicas... Hace 4 años hubo una gran estrategia para la implementación... Sí, existe una estrategia. Nosotros trabajamos sobre los 10 principales motivos de consulta dentro de las unidades... Tenemos evaluaciones mes con mes de la funcionalidad y de los resultados de cada unidad médica. (D1IMSI)

Para asegurar el cumplimiento de la implantación de las guías, se desarrollaron ciertos métodos que permiten darle seguimiento a la estrategia. Específicamente en el caso del IMSS, se han diseñado cédulas de verificación que a través de la revisión de expedientes clínicos se revisan ítems específicos que evalúan el apego a las recomendaciones de las GPC. Dicha evaluación se hace a través de equipos específicos de supervisión que dependen de la coordinación de prevención y atención.

...Medición mensual de indicadores de difusión, implementación y apego a las Guías de Práctica Clínica; resultados de supervisión y de métodos trazadores. (AIMCI)

...Cédulas de evaluación de expedientes... Existen vínculos dentro de los expedientes electrónicos con las GPC, los cuales permiten que los médicos al utilizarlos en la consulta se apeguen a las GPC. (A través del SIMF [Sistema de Información de Medicina Familiar] y SICEH [Sistema de Información de Consulta Externa en Hospitales]). (CIMSÍ)

...Tengo forma de verificar o evidenciar que los directores las difundieron hacia ellos... Las cédulas de evaluación de las propias guías, entonces las bajamos y son las que se aplican directamente, están las que corresponde a primer nivel. (C1IMSÍ)

...Cédulas de verificación... La cual cuentan con un equipo de supervisión; este equipo de supervisión sale a todas las unidades médicas del estado prácticamente criticando muchos aspectos u otros procesos médicos, y dentro de ellos trabajan lo que es las GPC. (SIMSCI)

...Tenemos un equipo de supervisión que depende de la coordinación de prevención y atención. (D1IMSÍ)

...Nuestra vigilancia se define en los cuestionamientos que hacemos nosotros conforme a norma. (QIMSÍ)

Se comentó durante las entrevistas que el programa de capacitación sí ha tenido el impacto deseado en la mayoría de las entidades. A través de las estrategias de implantación se ha logrado mejorar el apego a las guías, esto se observa al evaluar los expedientes por medio de las cédulas de verificación y que existe apego a las recomendaciones.

...Sí, mejora el uso (apego) de la guía implementada: en las supervisiones se observa avance en el cumplimiento de recomendaciones en algunas patologías como IVU en embarazo e hipertensión arterial. (AIMCI)

...Impactar en 4 aspectos dentro del sistema: salud, financiero, calidad, desarrollo humano... La metodología que se ha utilizado para la implementación de las guías ha tenido el éxito deseado. Se implementaron de una manera organizada y coordinada apegada a las características epidemiológicas propias del área de aplicación. (CIMSÍ)

...Sí, sí ha tenido el impacto deseado pero la actitud por parte del personal... ¿A qué actitud se refiere o qué problemas han tenido? Médicos, los médicos un poquito más grandes son renuentes a la enseñanza. (C1IMSÍ)

...El 100% de los médicos de primer nivel tienen su computadora de trabajo con el sistema de información SIMF (Sistema de Información de Medicina Familiar) donde tenemos el expediente electrónico, y en donde tenemos el expediente electrónico en los hospitales también tienen implantado ahí lo que es el link para el ingreso... Un porcentaje de 71% de apego a las GPC... Nos falta mucho todavía, nos falta mucho. Estos porcentajes que estoy viendo en mi control son porcentajes que tal vez sean ciertos, o sean reales o sean falsos. (CIMSÍ)

Como ventajas específicas con las que cuenta el IMSS para la realización exitosa de esta estrategia se comentó que la suma de esfuerzos del personal responsable de la implementación ha permitido un avance importante en la aceptación del médico a la supervisión de la implementación. Los expedientes electrónicos están diseñados de tal manera que van apegados a las GPC, y cuentan con candados que no permiten al médico avanzar en la evaluación de pacientes si no se siguen lineamientos específicos. También se ha logrado sensibilizar a los médicos para que las utilicen como un elemento de protección ante cualquier problema jurídico o legal.

...Suma de esfuerzos del personal responsable de la implementación y avance en la aceptación del médico a la supervisión. (AIMCI)

...Los expedientes van apegados a las GPC y cuentan con “candados” que no permiten al médico avanzar en la evaluación de pacientes si no se cumplen ciertos rubros que van de acuerdo a las GPC. (CIMSÍ)

...Cada unidad tiene su matriz de responsabilidad con puestos específicos como el “monitor de GPC.” (CIMSÍ)

...Ya tenemos incluso establecidas cuáles son las estrategias para verificar que se están aplicando. (D1IMSÍ)

...Son la unificación de criterios. Criterios del conocimiento del padecimiento, el abordaje médico y el tratamiento. (QIMSÍ)

Como desventajas de la estrategia se mencionó que aunque las cédulas de verificación se utilizan exitosamente para evaluar los expedientes, existen guías que aún no cuentan con cédula de verificación por lo que no se pueden evaluar. Otro problema que surgió con las cédulas de verificación, mencionado durante las entrevistas, es que los ítems utilizados para evaluar recomendaciones no están estandarizados y existen discrepancias en la interpretación de un médico evaluador a otro. Otra desventaja mencionada fue el hecho de no contar con todos los medicamentos o infraestructura que se requiere para apegarse a las recomendaciones, es decir, que algunas guías no son aplicables a sus unidades de salud. En cuanto a las desventajas relacionadas con el personal operativo, se mencionó que existe rotación de personal por lo que las estrategias de implantación deben ser continuas, y en el caso de médicos que laboran en otras instituciones, no reconocen la obligatoriedad del uso de GPC ya que no se aplican los mismos métodos de implantación.

...Rotación de personal y compromiso de los involucrados en la implementación para que las dimensiones del modelo sean continuas y replantearse de acuerdo a resultados. (AIMCI)

...En las cédulas de identificación para evaluar los expedientes no están estandarizados los ítems, se ha encontrado que existen diferencias de criterios entre médicos para interpretar las preguntas lo cual causa sesgos a la hora de evaluar los expedientes. (CIMSÍ)

...No se cuenta con el total de las cédulas para evaluar los expedientes, sólo de los padecimientos más comunes... El material de consulta rápida no se encuentra en un formato práctico para revisarlo durante la consulta... Los médicos que tienen 2 plazas y trabajan en alguna

otra institución (ISSSTE o SSA), no reconocen la obligatoriedad del uso de GPC, ya que en otras instituciones no aplican las mismas exigencias de utilización. (CIMSI)

...La infraestructura con la que contamos. Muchas veces las guías refieren por ejemplo evaluación oftalmológica, y no tenemos suficientes oftalmólogos en el país. (QIMSI)

Como barrera se mencionó que existe mayor dificultad para implantar las guías a médicos de mayor antigüedad debido a la resistencia que existe en algunas ocasiones, ya sea por desconfianza al contenido de la guía o desconocimiento de su metodología de integración, o en otros casos porque las guías están desactualizadas y existe renuencia a su utilización.

Al cuestionar a los funcionarios sobre la percepción que tienen sobre el éxito de sus programas, en promedio se autocalificaron con 5.2 puntos es una escala del uno al siete.

Para mejorar la estrategia de implantación se sugirió que exista coordinación en el monitoreo entre las jefaturas clínicas y coordinadores de educación realizando informes y supervisiones en conjunto. Se sugirió que se realicen campañas de concientización a nivel nacional, la creación de manuales de bolsillo con material para la consulta de las guías de forma rápida, o simplificar las guías de consulta rápida para un acceso más práctico.

...Coordinación de monitoreo por parte de las Jefaturas Clínicas y Coordinadores de educación realizando informes conjuntos. (AIMCI)

...La creación de manuales de bolsillo con material para la consulta de las guías de forma rápida o simplificar las guías de consulta rápida (CIMSI)

...Una estrategia justamente de involucrar las diferentes coordinaciones que tenemos dentro de la Jefatura de Prestaciones Médicas y auxiliándonos porque contamos con un equipo de supervisión, en este caso sería el responsable de verificar el apego a las GPC en las unidades... Podría ser la implementación conjunta con el médico especialista, éste con asesoramiento directo hacia el paciente. (C1IMSI)

*...A nivel operativo sensibilizar aún más a la población en el apego.
(SIMSCI)*

*...Hacer una campaña de concientización sobre todo a nivel nacional...
Algún mecanismo de estímulo para el personal médico... Tiene que
haber un mecanismo que estimule al médico a capacitarse. (D1IMSI)*

*...Yo sugeriría que hubiera tiempo específico para la capacitación.
(QIMSI)*

En cuanto a recursos se discutió que principalmente se requiere de más personal que ejecute las acciones de implantación y supervisión de GPC. Además en algunos estados con unidades periféricas muy dispersas se requieren recursos económicos para realizar las supervisiones.

*...Sí, se cuenta con lo mínimo indispensable que marcan las
recomendaciones de las GPC; y los recursos humanos se tienen
identificados en todas las unidades. (AIMCI)*

*...Todos los consultorios de medicina familiar tienen acceso al sistema
de información de medicina familiar que es un expediente electrónico,
por tal motivo, todos están conectados en intranet... Humanos sí,
materiales no porque serían vehículos, económicos. (C1IMSI)*

*...No en todas las unidades que consideramos que es importante
tenemos jefe de educación... Yo creo que no. Básicamente es el recurso
humano más que material. (D1IMSI)*

*...Los recursos que en la actualidad se tienen sólo que el compromiso
sea cada vez mayor... (AIMCI)*

*...No tenemos viáticos, no hay vehículos para que pues supervisión
salga a visitar a las unidades... Presupuestario y la geografía del
estado. (C1IMSI)*

Al solicitar evidencia documental acerca de lo antes mencionado, se presentaron copias de cartas de adhesión, así como documentos que avalaban la existencia de un plan general de instrumentación de Guías de Práctica Clínica, una estrategia para la difusión e implantación de las guías en el sistema nacional de salud, informes

trimestrales de implementación de GPC, y el plan general para la implementación y control de las Guías de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISSSTE

A nivel estatal se observó que los encargados de la estrategia de implantación en el ISSSTE son el Departamento de Enseñanza, la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud y los directores de cada unidad. La estrategia busca unificar los criterios de la atención médica basada en evidencia clínica (uso de las GPC) y que esto a su vez permita homogeneizar el tratamiento a nivel institución.

Las líneas de acción para implantar las GPC en las unidades son: la difusión de CD en las unidades con las GPC, la instalación de accesos directos o links con la dirección del Catálogo Maestro del CENETEC, instalación en las computadoras de una carpeta con las GPC. Estas líneas de acción se refuerzan con sesiones académicas y clínicas en donde se les da conocer el contenido y uso de las GPC así como también oficios en donde se sugiere al personal de salud conocer las GPC que tengan relación con las 10 principales causas de comorbilidad en su unidad o estado.

...Tiene un departamento de enseñanza y a través de ese departamento en coordinación justamente por la cabeza que es el director del hospital, se ha pedido que ellos difundan y que hagan un programa para difundir las diferentes GPC, correspondientes a cada especialidad... Las 10 causas, los 10 diagnósticos más frecuentes en el hospital, son los que deben revisar los médicos, son los que deben de saber, para unificar el criterio de cómo se deben manejar, y qué se debe prescribir... Toda nuestra gente, y se les ha difundido también la liga en la que ellos tienen posibilidad de tener acceso a las guías... Se les ha distribuido los discos, se les ha quemado los discos, se les han entregado en propia mano para que ellos los puedan utilizar. (AISSSCI)

...Primero se lleva a cabo la difusión a través de CD con las guías o de forma impresa. Se realizan sesiones académicas con casos clínicos y talleres... Se hace un cronograma de las sesiones que incluyen las GPC de acuerdo a programas prioritarios basados en la morbilidad de cada unidad. (CISSI)

...En las reuniones de trabajo que tenemos con los directores, mensualmente tenemos una reunión con todos los directores, y ahí les damos a conocer todos los lineamientos que nos están llegando...

Reuniones de directores, nosotros les hacemos notar, y les entregamos el material para que ellos a su vez en las reuniones que hacen mensualmente con su personal los den a conocer... Se han instalado en las computadoras de los consultorios (C1ISSSCI)

...Se ha estado trabajando e insistiendo en cada una de las unidades en dar a conocer e implantar en cada unidad las GPC... Mandado los discos... Se les han enviado copias de los discos con las GPC... Sesiones de comparecencia... Tenemos la distribución de las GPC, se les ha mandado por oficio. (SISSI)

...Estrategia sería la de difusión para cada uno de los médicos que en cascada las GPC llegan aquí en un DVD... Se graban en las computadoras en cada consultorio que utiliza cada médico cuando hay capacidad del equipo... Es para todo y eso incluye las GPC porque tenemos muchos programas, entonces, no es específica para guías. (DSSSI)

...Los CD, para poder verificar, e inclusive a algunas unidades fuimos a poner directamente en cada una de las computadoras el CD. ...Se les entregó a cada uno de los médicos de las clínicas (D1ISSI)

A nivel estatal los departamentos de enseñanza o calidad imparten la capacitación y distribuyen el material a los directores de la unidad para que ellos a su vez impartan los cursos y distribuyan el material al personal médico de cada unidad.

En referencia al impacto de la estrategia existen opiniones muy polarizadas en cuanto a la presencia de las GPC en las unidades, por ejemplo, en el estado de Sonora se reporta que 100% de los médicos tienen acceso a las GPC a través del equipo de cómputo, mientras que en el estado de Durango existen unidades en donde la carencia de computadoras dificulta el acceso a las GPC. Por lo que respecta a las entidades Aguascalientes, Chiapas, Campeche, Querétaro y Distrito Federal mencionan que la estrategia no ha tenido el impacto deseado debido a la resistencia del personal médico a utilizarlas y en algunos casos a leerlas por falta de tiempo.

...No, falta mucho por hacer, pero sí considero que debiéramos utilizar más medios, que debiéramos incentivar de alguna manera el hecho de que nuestros médicos estén leyendo y estén actualizándose en las GPC... Yo creo que el objetivo es bueno, lo hemos, no lo hemos logrado en el

100, pero el porcentaje que llevamos nos hace pensar que ese es el camino. (AISSSCI)

...Cuesta trabajo lograr la implantación de las GPC porque la mayoría de los médicos son de edad avanzada y la población de pacientes atendidos la mayoría son adulto mayor. (CISSI)

...No, considero que debemos trabajar mucho más sobre esto... Las unidades tienen el 100% porque nosotros se las hemos enviado, el 100%. (SISSI)

...No creo, volvemos a lo mismo, hay unidades que no cuentan con el equipo, entonces no pueden abrir las guías... Que en un 75%. (D1ISSI)

...En el segundo nivel hay mucha inasistencia de los médicos a las sesiones clínicas. (QISSI)

Los encargados de la estrategia perciben que las GPC son un instrumento que pueden ayudar al médico en algún problema médico legal, ya que son documentos de referencia que pueden homologar la calidad de la atención médica si se utilizaran. En general, en el ISSSTE se percibe que actualmente se encuentran en la fase de implantar las GPC, es decir, de aumentar el uso y apego de las guías por parte del personal médico, ya que la etapa de difusión ya la han completado en todas las unidades de las entidades visitadas.

Para medir el apego a las GPC por parte del personal médico, se envía a las unidades un equipo de supervisión que está ligado al Comité de Manejo de Expediente Clínico para supervisar los expedientes clínicos y otras actividades médicas. Estas supervisiones no son exclusivas de GPC sino que se incorporan como un punto más a revisar. Por otro lado, cada delegación solicita a las unidades informes mensuales o trimestrales sobre los avances en diferentes estrategias que se estén llevando a cabo en las unidades.

...Nos están rindiendo un informe los primeros 5 días de cada mes, y les hemos dejado a su imaginación, y les hemos sugerido incluso de qué manera podríamos evaluar que realmente las leyeron... Otros nos hacen un resumen electrónico y nos lo envían. Otros crean un cuestionario de una guía y nos lo envían... Nosotros lo que hacemos es recoger la información de las 11 unidades, hacer una sola información y enviarla a donde nos están pidiendo, o tenemos instruido enviar la

información... Los informes que envían, las áreas, las unidades médicas del estado, del instituto como un mecanismo de medición del impacto, y de la penetración que es el tema de la implantación. (A1SSSCI)

...Se evalúa a través de las referencias médicas... Cuentan con cédulas para revisar expedientes, pero no son específicas para evaluar GPC. (C1SSI)

...No hemos hecho ninguna evaluación nosotros. Bueno, aunque indirectamente sí nos llega un reporte de los comités de manejo del expediente clínico, que de alguna manera se refleja también... ¿No hay ex profeso una estrategia de monitoreo en la implantación de las GPC?, No, no lo tenemos. (C1SSSCI)

...Tenemos una supervisión programada cada mes... Se revisan 20 expedientes. (DSSSI)

...Cada trimestre tenemos el recorrido de todas las unidades, o mínimo dos veces al año... Se revisan los sistemas de información, se revisa que cuenten con el expediente, tanto electrónico como si pueden, donde existen los sistemas para el expediente electrónico, donde existen computadoras, si no a ver cómo están con el expediente. (D1ISSI)

Durante las entrevistas se les preguntó a los encargados qué calificación le pondrían a la estrategia de implantación en su estado, se encontró que en promedio califican la estrategia con un 4.8 (en una escala del 1 al 7). Esto podría deberse a que los encargados encuentran que los médicos por falta de tiempo entre consultas no asisten a los cursos de capacitación o no leen las GPC; también se reporta que existen unidades médicas que son de un sólo médico y que éste cumple con diversas funciones aparte de dar consulta y, por tanto, carece de tiempo para consultar alguna GPC. En algunos casos, se menciona que el hecho de que cada día se elaboren nuevas GPC hace más difícil el proceso de capacitar nuevamente a los médicos en las unidades y de actualizar el material previamente distribuido.

...Las otras ocho, pues prácticamente son clínicas muy pequeñas, unidades médicas muy pequeñas elementales, se podría decir, porque tienen nada más un médico, tienen una enfermera que habitualmente que son los dos de base, y un administrativo que la hace de mil usos y habitualmente eventual... El médico de repente cuestiona "o te doy consulta, o leo guías". (A1SSSCI)

...Pues que desafortunadamente nuestras unidades periféricas están muy menguadas en cuanto a la cantidad de médicos porque nada más hay uno y entonces de repente nuestro médico no nada más tiene que darnos informes de GPC, nos tienen que dar informes de los edificios libres del humo del tabaco, de la higiene del trabajo, de la protección civil, de observaciones que nos hace el instituto de salud, cuando llegan y se hace una revisión de RPBI... De tal manera que entonces esa sí es una debilidad, tremenda porque se sobresaturan de trabajo y bueno de repente aunque quisiera cumplir con mucho no se puede. Sin embargo, aún así, el objetivo de nosotros es no hostigarlos, sino tratar de ayudarles. . (AISSSCI)

...Serían los procesos que nos van llegando las nuevas guías porque sí hacemos una diferencia, han llegado 34 guías más de las que nos llegaron inicialmente que fueron por ahí de Junio. (DSSSI)

...Falta un buen sistema de capacitación para estas Guías de Práctica Clínica... Es la sensibilización y capacitación que no estamos teniendo adecuadamente... Muchas veces el problema de estar cambiando gente. (D1ISSI)

En el ISSSTE se encontró que los recursos faltantes para tener un mayor éxito en la estrategia actual son los recursos humanos, más que los recursos físicos, ya que en general se percibe que el personal médico es insuficiente para dar consultas y, por lo mismo, no pueden asistir a los cursos de capacitación, además de que falta personal disponible y preparado para dar los cursos de sensibilización sobre GPC. En cuanto a recursos físicos como se mencionó con anterioridad sólo una unidad mencionó la falta de éstos, la percepción general es que se cuenta con los recursos físicos suficientes para llevar a cabo la estrategia.

...¿Tienen computadoras todos los médicos en unidades? Todas nuestras unidades... Tenemos 11 unidades, todas comunicadas, todas con caminos de primer orden a donde vayamos, todas con capacidad de tener medios inalámbricos, internet, todas con voz y audio, con coordinación a través de red, a través de computadora, todos con escáner, ese fue uno de los logros que hemos tenido. (AISSSCI)

...Cuentan con recursos humanos suficientes. (CISSI)

...Sí porque la implantación de las guías, no es más que, es un beneficio para el médico que está en la vida cotidiana con los pacientes. (C1ISSSCI)

...Nos faltan recursos. (SISSI)

...Nosotros lo que nos falta es el tiempo... Es la ausencia de personal, la enfermera fulana de tal se jubiló porque la trabajadora social se jubiló, la carencia de personal básicamente... Los humanos son insuficientes y que los físicos a veces también son insuficientes. (DSSSI)

...Las 40 unidades, sólo 22 cuentan con equipo de cómputo... No hay recursos. . (D1ISSI)

Por lo que respecta a las mejoras en torno a la estrategia de capacitación, existe un consenso en cuanto a que hace falta algún estímulo en forma de reconocimiento a los médicos que asistan a capacitarse en materia de GPC y que dentro de esas capacitaciones se refuerce la parte de sensibilización del uso de las guías. Además solicitan de manera general la creación de un programa de seguimiento exclusivo para las GPC y de esta forma poder monitorear el apego a éstas de manera exitosa.

...Que de alguna manera les vendamos la idea como hace un rato lo dije, de que es para bien de ellos. Y es para bien de los pacientes, y es para unificar criterios, y para ponernos de acuerdo también en la cadena de abastecimiento que es lo que el que nos va a comprar lo que vamos a dar, este, sepa, porque sí le vamos a mandar... Hacer una campaña de motivación... Más supervisión. (A1SSSCI)

...Hacer un programa de supervisión. (C1ISSSCI)

...Darle seguimiento y ese seguimiento tiene que darle una categoría por escrito para ver cómo está mejorando. (SISSI)

...Tuviéramos equipos de cómputo de buena calidad en el sentido de que el DVD que les ponemos se puedan leer correctamente... Que se automatice toda la consulta. (DSSSI)

...Nos ha faltado un poco la capacitación más consistente... Pediría principalmente un curso de capacitación para el nivel directivo y de supervisión. (D1ISSI)

...Darle un peso académico para la acreditación o certificación de los médicos en todos los niveles. (QISSI)

En cuanto a evidencia documental sobre la implantación de GPC, en general los encargados mostraron oficios de entrega del material, listas de asistencia de algunas sesiones clínicas (no exclusivo de GPC) y actas de supervisión generales.

SSA

En las entrevistas con el área de calidad o sus homólogas en las entidades visitadas se identificó que el objetivo principal de la estrategia de implantación es que los profesionales de salud ocupen las GPC y tengan un acceso fácil y rápido a éstas.

La implantación de las GPC se realiza a través de la dotación de CD con el Catálogo Maestro, la instalación del acceso directo en las computadoras de los médicos al Catálogo Maestro (página del CENETEC), la instalación de una carpeta con las 10 GPC más relevantes dependiendo de la unidad de atención y la dotación de USB con las GPC. El reforzamiento de la estrategia se realiza en las capacitaciones impartidas para lograr que el médico no sólo las conozca sino que sepa en dónde las puede encontrar y cómo utilizarlas.

...Entonces en todas las computadoras de los médicos existe una carpeta con las GPC que más utilización pudieran requerirse, o tener por el tipo de atención que brindan y la capacidad resolutive que tiene la unidad, pero a su vez tienen una liga con el catálogo de GPC como para que puedan consultar cualquier otra guía". (ASSAI)

...Una estrategia como tal no está definida, nosotros lo hacemos a través del proceso de acreditación en el cual se nos pide que los protocolos de atención se apeguen a las GPC... Es dotarles de CD con las guías y con lo extenso que son las GPC hemos decidido que se trabaje las 10 primeras causas de morbilidad o mortalidad con el fin de que poco a poco se vayan incorporando... La acreditación de la difusión y las campañas de difusión que hicimos y los CD que se grabaron... USB para que el médico lo trajera colgando con él. (CSSAI)

...Una estrategia como tal de las guías, este, no la hemos tenido del todo... Solamente la hemos difundido, darlas a conocer. Hemos trabajado sobre la difusión y la capacitación específicamente de las unidades que van a ser acreditada. (C1SSACI)

...La estrategia de nosotros es de tomar en cuenta pues la red que tenemos de gestores de calidad en todas las unidades del sector... La otra estrategia de difusión es a través del comité... Se les proporciona el material en digital. (SSSAI)

...Sí, por parte de los servicios de salud, desde nivel operativo, las cuestiones de los cronogramas de capacitación, la identificación de patologías de mayor frecuencia para darle mayor enfoque a las GPC, eso es en nivel operativo... Tenemos desde la supervisión de la aplicación de las GPC, verificar que existan los programas o los cronogramas de capacitación en las unidades, y tenemos algún modelo por ahí, que este, se implantó y que la última actualización la tuvo en el 2012... En todas las unidades y en las clínicas de especialidades se les pasó en archivo electrónico... Cuando se implantó, ya tiene años, se les reparte, y obviamente se fue haciendo en cascada a las unidades, y de las unidades es el mismo esquema. (DSSAI)

...Se dio la difusión y la capacitación, nosotros estamos manejando ahorita la entrega de CD con las guías actualizadas. (D1SSAI)

...Como tal no se ha llevado a cabo a lo largo del estado. (QSSAI)

Los departamentos encargados de llevar a cabo la estrategia varían dependiendo del estado, en algunos casos es el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, en otros es la Coordinación de Gestión de Calidad a nivel estatal y jurisdiccional. En general, la estrategia se realiza en cascada, es decir, a nivel estatal se le proporciona el material a las jurisdicciones y éstas a su vez se lo proporcionan al director de la unidad para que ellos lo proporcionen al personal médico de planta.

En cuanto al impacto que tiene la estrategia en las unidades sólo 2 de 7 estados pudieron aproximar un porcentaje del acceso a las GPC; el estado de Campeche menciona que entre un 70% u 80% del personal tiene el acceso a las guías mientras que en el estado de Durango se reporta que entre un 60% a 70% de las unidades ya

las tienen implantadas (limitan el proceso de implintación como la pura instalación de la GPC en las computadoras).

...Yo creo que sí, pero considero que existen ciertas dificultades operativas. Estuve platicándolo directamente con los médicos, ellos dicen, "Bueno, primero tenemos una dificultad de consultar la guía en presencia del paciente" siempre el hecho de que vean que el médico está consultando algo para tomar una decisión en torno a ellos, pues lo pudieran, pudiera prestarse a cierta suspicacia, cierta desconfianza, cierto temor, entonces más bien la consulta lo hacen, generalmente después de que atendieron al paciente. (ASSAI)

...En teoría todo el personal tiene acceso... 70% u 80% tienen el acceso. (CSSAI)

...Entonces yo creo que sí ha sido bien recibida toda la sensibilización. Lo que tal vez nos ha faltado es monitorear y darle el seguimiento como tal, yo pienso, pero también nos falta mucho personal... Mientras sigamos reflejando acá sólo unidades, y no personas, no nos va a cuadrar los números. (C1SSACI)

...Yo creo que porque tenemos listas de capacitación, a las 5 jurisdicciones en diferentes años donde se les ha dado pues presentaciones, se les ha informado cómo son, para qué sirven, todo lo que es la línea de acción. Pero en los otros estamos, como le decía al principio, un poco detenidos en la implantación. (SSSAI)

...Sí, ha habido mejora. La cuestión de la, en lo que sí nos cuesta un poquito de trabajo es la cuestión del apego a las GPC, porque muchas no están actualizadas. (DSSAI)

...Hasta ahorita, como en un 50%... 60-70% de las unidades ya las tienen implantadas. (D1SSAI)

...La verdad no hay tanto apego porque falta hacer mayor implantación de ellas por parte de nivel jurisdiccional. (QSSAI)

Además existe un consenso en la opinión generalizada de los encargados de la estrategia que existe un problema de apego a las GPC, es decir, que aún cuando el médico tiene acceso a ellas, éstas no son utilizadas. Existen dos razones principales

del fenómeno, la primera es que los médicos perciben que al consultar una GPC se puede interpretar por parte del paciente como falta de conocimiento del médico y, la segunda es que en algunas ocasiones las GPC recomiendan ciertas intervenciones médicas, medicamentos o estudios de laboratorios que no se tienen en la unidad de salud por lo que son sustituidos. Es importante mencionar que algunos comentarios han sido muy puntuales en cuanto a que existen algunas GPC que no están en concordancia con las normas y que muchas veces al médico se le evalúa de acuerdo a estas últimas y éste es otro de los motivos por el que los médicos no se apegan a las GPC.

...Bueno, primero tenemos una dificultad de consultar la guía en presencia del paciente. Siempre el hecho de que vean que el médico está consultando algo para tomar una decisión en torno a ellos, pues lo pudieran, pudiera prestarse a cierta suspicacia, cierta desconfianza, cierto temor... Pero considero que existen ciertas dificultades operativas... La otra es que la guía recomienda ciertas intervenciones, sobretodo de auxiliares de diagnóstico, a los cuales a veces no se tiene acceso, no es fácil acceder a ellos, algún tipo de estudio de laboratorio, de gabinete, o incluso de medicamentos. (ASSAI)

...Aquí la situación financiera nos limitó. (CSSAI)

...Las personas con las que nosotros nos vinculamos en las unidades es con los gestores de calidad. Pero nuestra principal área de oportunidad, para no ponerle barrera, es que nos los cambian constantemente, entonces cuando ya logramos sensibilizar a uno, resulta que lo cambiaron, y entonces como ya lo cambiaron, pues ya no le interesa y hay que empezar a sensibilizar al otro... Luego Dirección General de Evaluación del Desempeño quiere ya la evaluación de esas actividades, entonces que una sola persona trate de vincular las tres cosas es desgastante porque dejas de hacer unas cosas por otras... Las distancias mismas por sí solas, nos indican de que todo trabajo de evaluación o de supervisión se hace más difícil. (C1SSACI)

...Llevan muchas actividades. Son trabajadores sociales, algunos enfermeros, médicos, que aparte de ser gestores tienen otro nombramiento, y llevan otras actividades... El movimiento de los gestores....No todas están actualizadas (SSSAI)

Durante las entrevistas se solicitó a los encargados que le asignaran una calificación a la estrategia de implantación de las GPC en su estado, se encontró que la calificación mínima auto asignada fue de 3.5 en un escala del 1 al 7 y la máxima de 5, con una calificación promedio de 4.5 Esto se debe a que los encargados de la estrategia perciben que existen barreras que faltan por superar como son: la rotación de los gestores en las unidades, ya que mencionan que cuando logran sensibilizar a uno éste es cambiado de unidad y tienen que volver a iniciar el trabajo de sensibilización desde cero; la renuencia del personal de salud a utilizarlas por la percepción de que las GPC se encuentran en discordancia con las normas; y finalmente, que los médicos por falta de tiempo no dejan evidencia en el expediente clínico de la utilización de las GPC, por lo que no se puede realizar una evaluación confiable del apego a éstas.

No obstante, los encargados reconocen que las GPC son documentos valiosos, útiles y fáciles de usar y, que el hecho de que exista una gran variedad de guías (699) las hace compatibles con los diferentes perfiles epidemiológicos de las unidades. Estas ventajas hacen que una vez superada la resistencia inicial, los médicos las utilicen de forma continua después de utilizarlas por primera vez.

...Es que el personal de salud reconozca todavía más el valor que tiene una herramienta de esta naturaleza... Es un documento valioso, actual, útil, y fácil de consultar. Yo creo que esa es una fortaleza que tiene. La otra es que, es compatible con el perfil epidemiológico de nuestra población. (ASSAI)

...Sí, sobre todo porque no necesitan internet... La facilidad, sobretodo porque al momento de la atención, al guiarnos con este instrumento, nos va guiando de la mano sobre las acciones que tenemos que hacer con el paciente. (DSSAI)

Otra de las dificultades para implantar y difundir las guías en las unidades es la falta de recursos económicos para actualizar los CD o las computadoras con las nuevas guías que van saliendo o que se van actualizando. Asimismo se detectó la necesidad de proveer de equipo de cómputo nuevo en aquellas unidades en donde se carece del mismo así como sustituir equipo obsoleto por equipo nuevo, ya que los encargados mencionaron que al ser la computadora obsoleta los médicos no pueden acceder al contenido implantado de manera rápida, ágil y amigable. De igual forma, en el estado de Durango se mencionó que al no existir equipo de cómputo en las unidades más remotas, los médicos solicitan las GPC impresas, sin embargo, por falta de presupuesto este tipo de demandas no se pueden cumplir.

...No tenemos un presupuesto o una manera de decir “tenemos las guías y las vamos a ir actualizando” porque muchos nos dicen que las quieren tener en físico... No tenemos el personal que se dedique a crearlo porque se lleva su tiempo, para hacer un buen instrumento de medición. (CSSAI)

...Un área de oportunidad impresionante, ya no podemos rehacer lo que se hizo en éste, en torno del BID, y que dio el dinero para que se hiciera ese gasto tan fuerte para hacer las impresiones de las guías, hacer esos paquetes. Siento que podemos hacer en alguna otra oportunidad un gasto no tan grande como sería dotar de tablets a todas las unidades de salud. (C1SSACI)

...No tenemos presupuesto para salir a todas las unidades. (SSSAI)

...En las que no tenemos luz es donde en ocasiones tenemos un poquito de problema... La falta de recurso. La falta de personal, la falta de recurso económico para comprar equipo de cómputo donde sí haya luz, y la falta de recurso para la impresión de todas las guías. (D1SSAI)

...Nos hace falta más cobertura en red y sobretodo de insumos para poderlas tener en físico. (QSSAI)

...Sí, yo creo que sí. Primero porque en todos los hospitales tenemos un jefe de enseñanza y un coordinador de calidad. (ASSAI)

...Indudablemente el internet. (C1SSACI)

...Necesitamos presupuesto para monitorear, implantar, difundir, llevar bien lo que es el, la línea de acción cualquiera, en GPC, o cualquiera, MESIC, cualquier otra línea de acción... Necesitamos computadoras para los médicos. (SSSAI)

La vigilancia de las estrategias de implantación se realiza a través de las cédulas de autoevaluación en las unidades y de la revisión de expedientes clínicos para evaluar la integración de expedientes y recomendaciones clave. Es importante aclarar que estas estrategias de evaluación no son exclusivas de GPC sino que el objetivo es

revisar la calidad de la atención médica y otros temas de salud pública y, de los resultados se seleccionan aquellos que tengan relación con las GPC.

...La parte de vigilancia sobre el uso de las GPC lo tiene el nivel jurisdiccional o el nivel hospitalario a través de las supervisiones que se hacen con los equipos de supervisión y yo en el área de calidad... La cédula de autoevaluación para la acreditación de la unidad... En las cédulas de autoevaluación, porque hacen referencia explícita, y la forma en que nosotros vemos si efectivamente se están consultando es que quede evidencia en el expediente clínico. (ASSAI)

...Es la medición de la evaluación de los expedientes clínicos a través del MECIC... ¿MECIC? Es el Modelo de Evaluación del Estudiante Clínico Integrado y de Calidad... La manera en que nosotros vigilamos si se hizo uso de la guía o no es a través del expediente clínico. (CSSAI)

...Se les pide a ellos que nos reporten trimestralmente, y simplemente no lo hacen... Nos ha faltado monitorear y darle el seguimiento como tal, yo pienso, pero también nos falta mucho personal... Nosotros tenemos una red de gestores, ellos nos informan. Esto es de manera trimestral... El gestor de calidad tiene reuniones de manera mensual con los equipos, con el, los servicios de salud, y éste a su vez con los de supervisión para, este, dar a conocer lo que tenga que conocer, no exclusivamente de, estamos hablando de difusión, capacitación e implementación de las guías, todo lo que tenga que dar a conocer de calidad, de manera mensual. (C1SSACI)

...Tiene un programa de supervisión anual. Tenemos una meta propuesta para supervisar durante todo el año, y en esas supervisiones... Revisar la normatividad y obviamente el apego a las GPC en cuestión de odontología... Tenemos la cuestión de la evaluación del expediente, y el catálogo de salud. Dice "se solicitan 20 expedientes para valoración de procesos." Y vemos aquí todas las áreas de oportunidad que vamos identificando, desde por ejemplo, la historia clínica deficiente, en el interrogatorio, el padecimiento actual, la exploración física, por ejemplo se utilizan machotes... Es una revisión general, un instrumento como tal, no tenemos. (DSSAI)

...Supervisiones periódicamente, del área de calidad, un ejemplo, tanto de acreditación, y dentro de acreditación, pues vemos lo que son las

GPC. Entonces se hacen supervisiones para ver si cuentan con las guías específicas de acuerdo al padecimiento, entonces revisamos que estén las guías en el área operativa, que son realmente los que están, y que las consulten... Entonces nosotros dentro de las supervisiones que hacemos revisamos que en el expediente clínico diga o plasme que el diagnóstico y tratamiento fue con base a la GPC. (D1SSAI)

...Nos enfocamos al apego al expediente clínico, y que se vea ahí pasmado que realmente se hace el apego a la GPC. (QSSAI)

Resultados entrevistas estatales

En general, se observa que los objetivos de las instituciones a nivel estatal están encaminados a estandarizar y unificar los procesos y tratamientos ligados a la consulta médica, además de promover el uso de GPC mediante un acceso fácil y rápido a las mismas. Las líneas de acción bajo las cuales actúan las 3 instituciones están conformadas por la distribución de CD con el Catálogo Maestro de GPC y, en el caso del ISSSTE y la SSA, la instalación de un acceso directo al mismo en los equipos de cómputo de las unidades. Cabe añadir que el ISSSTE además, solicita al personal por medio de oficios la lectura de las 10 GPC de las 10 principales morbilidades en sus unidades.

Hasta aquí se habla de un primer proceso que es el de difusión (según lo establecido en la Estrategia para la Difusión e Implantación de las GPC), a partir de aquí tendría que iniciarse el proceso de implantación el cual consiste en realizar acciones dirigidas a fomentar la utilización y aplicación de las recomendaciones de las GPC. En este sentido, el hecho de que el IMSS cuente con el expediente electrónico que permite que el médico no pueda avanzar en la consulta si no se llenan una serie de pre requisitos permite que los médicos puedan apeгarse mucho más fácil a las recomendaciones de las GPC o que quede constancia de éstas. Es de destacar que en el caso del ISSSTE existe una confusión entre la estrategia de difusión e implantación de las GPC, ya que según lo reportado por los encargados de la estrategia, ésta consiste en facilitar herramientas para el acceso a las GPC. Esto puede ser una causa por la cual las acciones realizadas por las autoridades del ISSSTE no permeen de manera correcta con el personal de salud.

Se reportan como facilitadores el poder concientizar a los médicos del uso e importancia de las GPC no solo por la validez y utilidad médica del documento, sino por ser un instrumento legal que puede ayudar en algún conflicto propio de la

actividad en la que se desenvuelven. En este sentido y para dar seguimiento a la estrategia, tanto en el IMSS como en SSA se utilizan cédulas de verificación con las cuales se revisan expedientes clínicos para constatar el apego a las recomendaciones clave cifradas en las GPC. En el caso del ISSSTE, se menciona realizar visitas de supervisión que, entre otras cosas, revisan temas de GPC.

Por otro lado, como dificultades mencionadas por las instituciones son de resaltar las que hacen alusión a las percepciones y actitudes de los médicos, como el hecho de que los de mayor edad pongan resistencia a hacer uso de las GPC; que tengan la percepción de que las guías se encuentran desactualizadas; que no tengan tiempo para consultar las guías tanto por la carga de trabajo como por las funciones diversas que llevan a cabo en las unidades o que tengan la percepción de que consultar una GPC pone en duda su conocimiento clínico. En este mismo sentido, se señalan como otras dificultades el hecho de que las GPC cuenten con recomendaciones ligadas a intervenciones médicas, medicamentos o análisis de laboratorio a los cuales no se tiene acceso en la unidad, lo que dificulta el apego a las recomendaciones propias de las GPC.

En cuanto a las carencias que se identifican a decir de las áreas entrevistadas tanto en el ISSSTE como en la SSA para llevar a cabo esta estrategia, se mencionan la falta de recursos económicos, falta de recursos humanos y la falta de equipo de cómputo (o sustitución de equipo obsoleto).

A manera de propuestas para mejorar la estrategia, las instituciones han planteado (y con mayor participación el IMSS) medidas como una mayor coordinación en el monitoreo entre las jefaturas clínicas y los coordinadores de educación; campañas de concientización a nivel nacional sobre las GPC; un programa de seguimiento específico a las GPC; presupuesto único para la estrategia de implantación; reconocimiento a los médicos por su participación en los cursos de sensibilización así como crear algún tipo de consulta rápida de GPC para un acceso más práctico.

Tabla 47: Cuadro comparativo de resultados de las entrevistas por institución a nivel estatal

Estrategia de Implantación	Institución		
	IMSS	ISSSTE	SSA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estandarizar los procesos y tratamientos relacionados con la consulta médica, que permiten al médico otorgar una atención médica de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unificar los criterios de la atención médica basada en evidencia clínica para homogeneizar el tratamiento a nivel institucional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr que los profesionales de salud ocupen las GPC y que tengan un acceso fácil y rápido de las mismas
Encargados de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Jefatura de Prestaciones Médicas ▪ La Coordinación de Prevención y Atención a la Salud ▪ Jefes de departamento ▪ Directores de la unidad ▪ Coordinadores clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Departamento de Enseñanza ▪ Subdirección de Prevención y Protección a la Salud ▪ Directores de cada unidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité de Calidad y Seguridad del Paciente ▪ Coordinación de Gestión de Calidad a nivel estatal y jurisdiccional
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difusión de las GPC a través de materiales físicos ▪ Instalación de vínculos acceso directo a las GPC en la web 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difusión de las GPC a través de materiales físicos ▪ Instalación de acceso directo a las GPC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difusión de las GPC a través de materiales físicos ▪ Instalación de acceso directo a las GPC
Seguimiento a la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cédulas de verificación a través de la revisión de expedientes clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realiza a través de un equipo de supervisión que está ligado al Comité de Manejo de Expediente Clínico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cédulas de autoevaluación en las unidades (no exclusivas de GPC)
Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación del personal de salud ▪ Expediente electrónico ▪ GPC como instrumento jurídico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GPC como instrumento jurídico ▪ GPC como instrumento para homologar la atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GPC como instrumento para homologar la atención médica
Barreras a la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Homologación de las cédulas de verificación ▪ Falta de medicamentos ▪ Resistencia del personal a su uso ▪ Percepción del personal de que las GPC están desactualizadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resistencia del personal a su uso ▪ Falta de insumos médicos ▪ Percepción no favorable del personal sobre el uso de las GPC
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escasez de recursos físicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escasez de recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de recursos económicos ▪ Falta recursos físicos
Calificación de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5.2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.5
Mejorar estrategia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación en el monitoreo ▪ Campañas de concientización ▪ Creación de manuales de bolsillo con material para la consulta de las GPC de forma rápida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estímulo económico o académico ▪ Creación de un programa de seguimiento exclusivo a las GPC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proveer de presupuesto a las unidades de salud

3.3.3. Resultados de las entrevistas a los encargados de la estrategia de implantación en las UAPU

Los encargados de la estrategia de implantación en las unidades visitadas son médicos (94.2%), el promedio de edad es de 47 años. Los encargados de la estrategia de implantación mencionaron tener una antigüedad de 8.2 años en la unidad, sin embargo, se documentó una gran dispersión de este dato (110 meses).

Unidades que cuentan con plan operativo

En la Tabla 48, se muestra el porcentaje de unidades que cuentan con un plan operativo de implantación, por institución, según lo reportado por los encargados de esta actividad en las unidades. En el panorama general, aproximadamente siete de cada diez entrevistados (67%) mencionó contar con este documento; sin embargo, a nivel institucional se observan marcadas diferencias. A nivel estatal, las diferencias se maximizan llegando a ser hasta de 59 puntos porcentuales (Campeche o Durango vs Chiapas) (Tabla 49).

Tabla 48: UAPU que cuentan con plan operativo de implantación por institución³³

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Unidades que no cuentan con plan operativo (número)	2 (4)	20 (54)	24 (44)	46 (33)
Unidades que cuentan con plan operativo (número)	47 (96)	17 (46)	30 (56)	94 (67)
Total Unidades	49	37	54	140

Tabla 49: UAPU que cuentan con plan operativo de implantación por estado

Institución	Ags n(%)	Camp n(%)	Chis n(%)	DF n(%)	Dgo n(%)	Qro n(%)	Son n(%)	Total n(%)
Unidades que no cuentan con plan operativo	7 (54)	0 (0)	13 (59)	16 (26)	0 (0)	5 (42)	5 (33)	46 (33)
Unidades que cuentan con plan operativo	6 (46)	4 (100)	9 (41)	45 (74)	13 (100)	7 (58)	10 (67)	94 (67)
Total Unidades	13	4	22	61	13	12	15	140

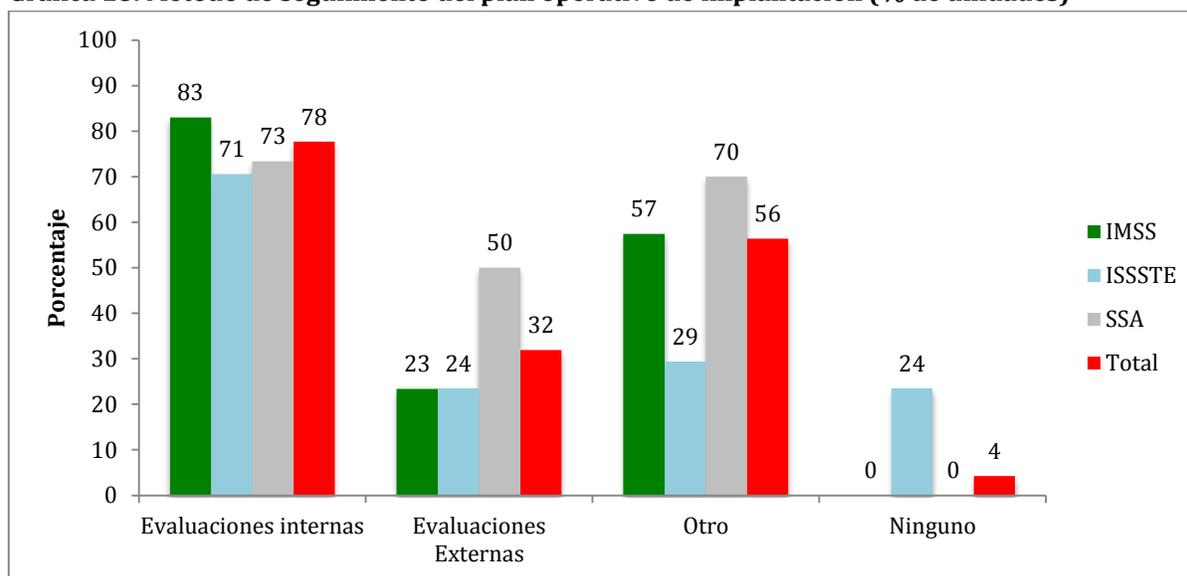
³³ Al realizar la prueba X² se observa que existe evidencia suficiente que indica que la institución sí influye sobre la existencia de un plan operativo en la unidad

Método de seguimiento del Plan Operativo

La mayoría de los encargados de implantación que reportan contar con un plan operativo indican que el método de seguimiento para éste es a través de evaluaciones internas. En el IMSS este método se usa en 83% de los casos, en el ISSSTE en 71% y en la Secretaría de Salud en 73% de los casos. En cuanto a las evaluaciones externas, solo 32% de los encargados las reportan como método de seguimiento. Sin embargo, cabe destacar que en el caso de la Secretaría de Salud este método se usa en 50% de los casos.

El 56% de los encargados reportaron realizar otro método para darle seguimiento al plan operativo, se encontró que el 23% de éstos reportaron utilizar las cédulas de evaluación (77% IMSS y 23% SSA³⁴) y que el 20% reportó la revisión de expedientes como método. El resto se divide entre la revisión de notas médicas, reuniones para comentar dificultades sobre las GPC, retroalimentación médica, minutas y asesorías personalizadas.

Gráfica 18: Método de seguimiento del plan operativo de implantación (% de unidades)³⁵



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas levantadas a los responsables de la estrategia de implantación en las UAPU. Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes

³⁴ Porcentaje calculado al interior de la categoría cédulas de evaluación

³⁵ Se encontró que existe asociación entre la institución y que el método utilizado sean las evaluaciones externas y otros métodos.

Registro documental de Plan Operativo para implantación de GPC

De las 94 unidades que cuentan con un Plan Operativo para la implantación de GPC, 85 (90%) reportan contar con algún registro documental de dicho plan. Nuevamente, destaca positivamente el desempeño del IMSS. Por otro lado, este indicador mostró su valor más bajo en la los SESA (Tabla 50). En la Tabla 51 se muestra la misma información, pero estratificada por entidad.

Tabla 50: UAPU que cuentan con registro documental del plan operativo por institución ³⁶

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Unidades que no cuentan con registro	0 (0)	1 (6)	8 (27)	9 (10)
Unidades que cuentan con registro	47 (100)	16 (94)	22 (73)	85 (90)
Total	47	17	30	94

Tabla 51: UAPU que cuentan con registro documental del plan operativo por estado ³⁷

Institución	Ags	Camp	Chis	DF	Dgo	Qro	Son	Total
Unidades que no cuentan con registro	0 (0)	1 (25)	2 (22)	3 (7)	3 (23)	0 (0)	0 (0)	9 (10)
Unidades que cuentan con registro	6 (100)	3 (75)	7 (78)	42 (93)	10 (77)	7 (100)	10 (100)	85 (90)
Total	6	4	9	45	13	7	10	94

Al preguntarle a los 85 encargados que reportaron tener registro documental si podían mostrar dicho documento, solo 80 de 85 accedieron a mostrarlo. La Secretaría de Salud fue la institución en donde un menor porcentaje de los entrevistados accedió a mostrar dicha información (Tabla 52).

³⁶ Existe evidencia suficiente para decir que las variables sí están asociadas.

³⁷ El estado en donde se encuentra la unidad y el que cuentan o no con registro documental no son dependientes.

Tabla 52: UAPU en donde el encargado mostró registro documental del plan operativo por institución

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Unidades que no mostraron el registro	2 (4)	0 (0)	3 (14)	5 (6)
Unidades que mostraron el registro	45 (96)	16 (100)	19 (86)	80
Total	47	16	22	85

A nivel de entidad, destacan positivamente Aguascalientes, Campeche, Durango y Querétaro (Tabla 53). En general en todos los estados casi todos los encargados mostraron la disposición de mostrar la evidencia documental.

Tabla 53: UAPU en donde el encargado mostró registro documental del plan operativo por estado

Institución	Ags n(%)	Camp n(%)	Chis n(%)	DF n(%)	Dgo n(%)	Qro n(%)	Son n(%)	Total n(%)
Unidades que no mostraron el registro	0 (0)	0 (0)	1 (14)	3 (7)	0 (0)	0 (0)	1 (10)	5 (20)
Unidades que mostraron el registro	6 (100)	3 (100)	6 (86)	39 (93)	10 (100)	7 (100)	9 (90)	80 (80)
Total	6	3	7	42	10	7	10	85

Hasta este punto no se ha mencionado en qué consiste el “Plan Estratégico Sectorial para la Difusión, Capacitación, Implantación y Seguimiento de las Guías de Práctica Clínica”³⁸ y a la que hacen mención los instrumentos. Se entiende por estrategia de implantación todas aquellas acciones dirigidas a fomentar la utilización y aplicación de las recomendaciones de las GPC, dirigidas a mejorar la prestación de los servicios de salud con calidad técnica y seguridad del paciente. Existen 4 tipos de actividades contempladas en este rubro:

³⁸ http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/manuales2012/Estrategia_Difusixn.pdf

1. Promover la aplicación de las guías para resolver problemas de salud de acuerdo a las prioridades de cada unidad de salud (costo, morbilidad, sobrevida y prevalencia).
2. Incentivar el conocimiento y utilización de las guías en los programas institucionales de reconocimientos y estímulos.
3. Fomentar el uso de las guías como documentos de consulta en la solución de los problemas analizados por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o Comité similar según la designación de la institución y otros subcomités médicos.
4. Identificar los elementos facilitadores y las barreras que limitan la adhesión a esta estrategia de salud, mediante el análisis de un diagnóstico situacional, en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo la estrategia también señala que estas acciones pueden ser adaptadas al contexto social de cada participante en el Sistema Nacional de Salud. Es importante mencionar que hasta este momento, la evidencia señala que todavía siguen existiendo confusiones entre la etapa de difusión y la de implantación de las GPC por parte de algunos actores, perfilándose este problema como la barrera principal por la que la estrategia no esté permeando de manera correcta.

Disponibilidad de recursos para implantación de GPC

En la Tabla 54 se muestra lo reportado por los 140 encargados de capacitación en relación a los recursos faltantes para llevar a cabo la estrategia de capacitación. En el panorama nacional, siete de cada diez entrevistados consideran que cuentan con los recursos necesarios para aterrizar la estrategia de implantación en sus unidades. En el IMSS este valor asciende a 88% y en la Secretaría de Salud a 56%.

Tabla 54: UAPUS que cuentan o no con los recursos necesarios para realizar la estrategia de implantación por institución³⁹

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Unidades que no cuentan con los recursos necesarios	6 (12)	14 (38)	24 (44)	44 (31)
Unidades que cuentan con los recursos necesarios	43 (88)	23 (62)	30 (56)	96 (69)
Total	49	37	54	140

³⁹ Se observa una asociación entre la institución a la que pertenece la unidad y los recursos con que se cuentan para la implantación de GPC

Al observar la distribución por estado, se aprecia que el nivel de aceptación de los recursos está por arriba del 50%, aunque es nuevamente en el estado de Chiapas en donde se reporta una mayor carencia de recursos.

Tabla 55: UAPUS que cuentan o no con los recursos necesarios para realizar la estrategia de implantación por estado⁴⁰

Institución	Ags n(%)	Camp n(%)	Chis n(%)	DF n(%)	Dgo n(%)	Qro n(%)	Son n(%)	Total n(%)
Unidades que no cuentan con los recursos necesarios	2 (15)	1 (25)	10 (46)	21 (34)	3 (23)	5 (42)	2 (13)	44 (31)
Unidades que cuentan con los recursos necesarios	11 (85)	3 (75)	12 (54)	40 (66)	10 (77)	7 (58)	13 (87)	96 (69)
Total	13	4	22	61	13	12	15	140

Barreras para la implantación de GPC

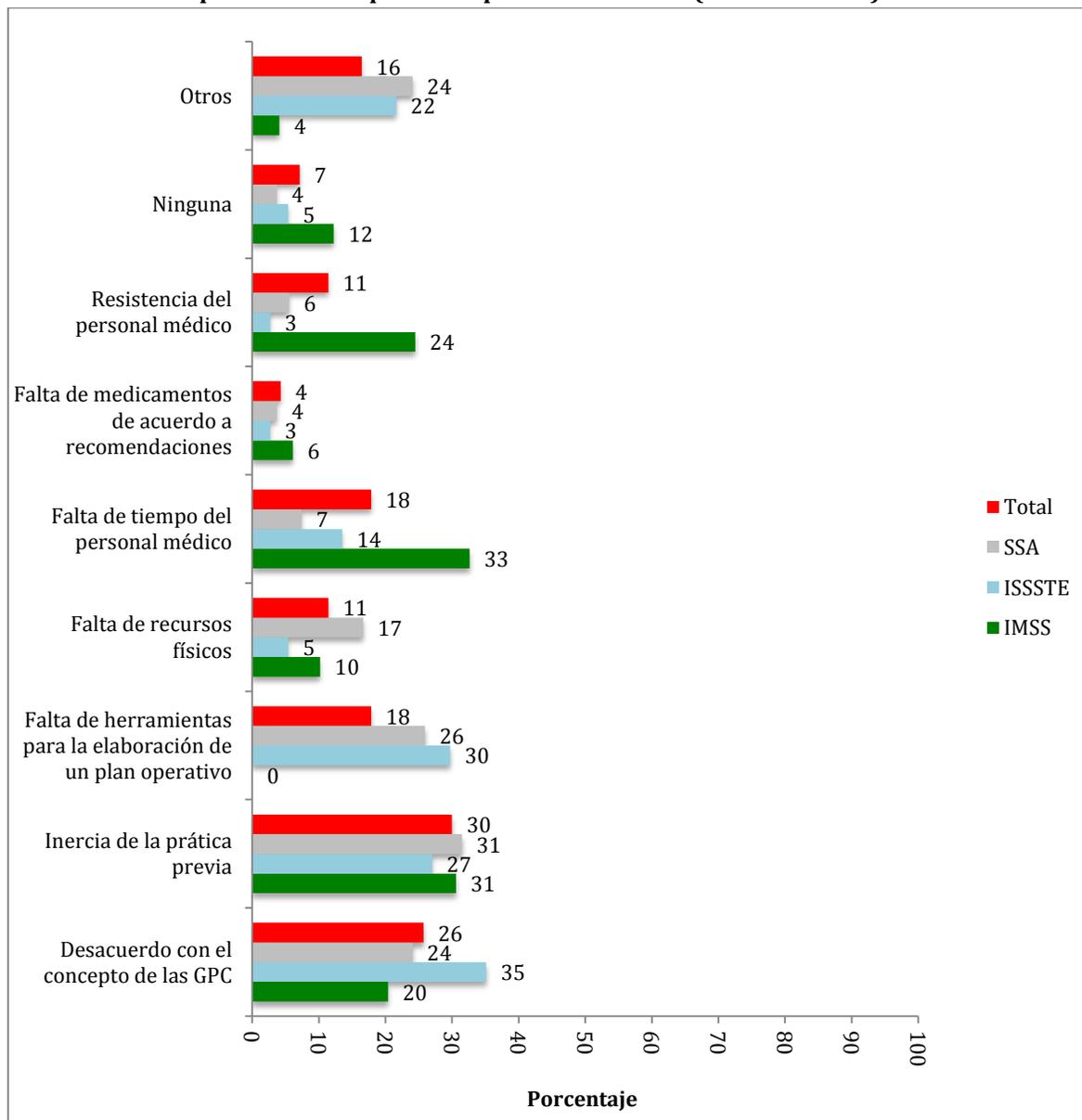
En la Gráfica 19 se presentan las principales barreras para la implantación reportadas por los encargados de la estrategia en la unidad, por institución. Las principales barreras reportadas por cada institución varían; en el IMSS en primer lugar se encuentra la falta de tiempo del personal médico, seguido de la inercia de la práctica médica y la resistencia del personal médico a adoptar las GPC.

En el ISSSTE la barrera con mayor reporte fue el desacuerdo de los médicos con el concepto de las GPC, seguido de la inercia de la práctica previa, entre otras barreras⁴¹.

En el caso de la SSA la principal barrera reportada fue la inercia de la práctica previa y la falta de herramientas para la elaboración de un plan operativo.

⁴¹ Se encontró una variedad de reportes con un sólo mención como son: unidades de 1 sólo médico, unidad en mantenimiento, falta de personal, dificultad en el manejo de las GPC, falta de capacitación, no se ha realizado la implantación, entre otros.

Gráfico 19: Principales barreras para la implantación de GPC (% de unidades)⁴²



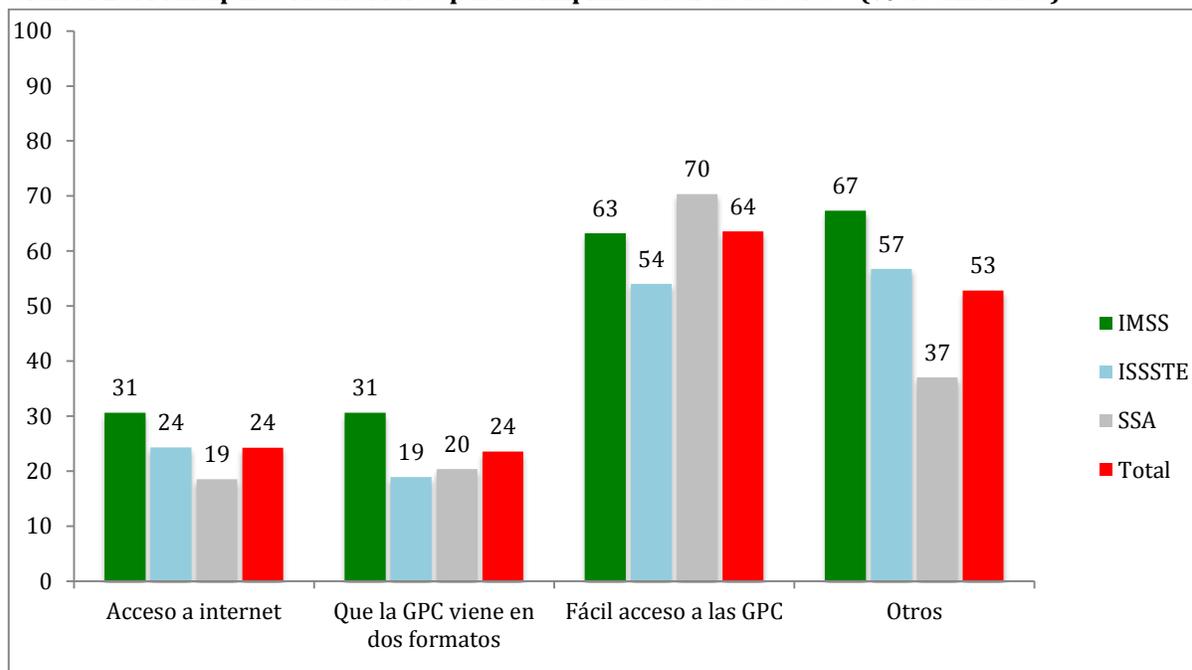
Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas levantadas a los responsables de la estrategia de implantación en las UAPU. Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes

⁴² Al realizar la prueba estadística de independencia se encontró que únicamente existe independencia entre la institución y el desacuerdo con la GPC y la inercia de la práctica previa.

Facilitadores para implantación de GPC

En la Gráfica 20 se observan los principales facilitadores para la estrategia de implantación de GPC en la unidad, por institución, en donde el fácil acceso a las GPC tiene un alto porcentaje de mención; este resultado indica que la estrategia de difusión está llegando de manera adecuada a las unidades. El 53% de los encargados mencionó otros facilitadores diferentes, debido a este alto porcentaje las menciones más importante de esta categoría se desglosan en la Gráfica 21.

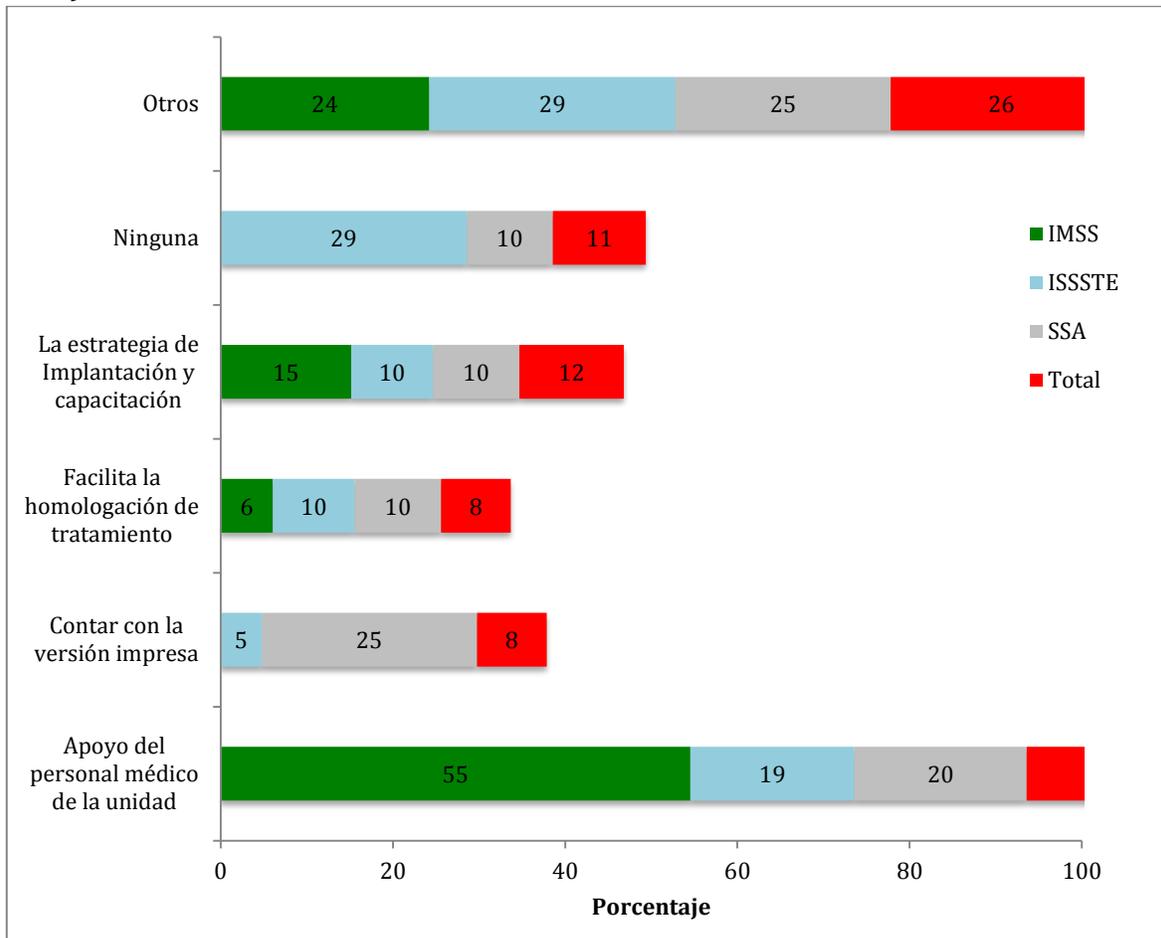
Gráfica 20: Principales facilitadores para la implantación de las GPC⁴³ (% de unidades)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas levantadas a los responsables de la estrategia de implantación en las UAPU. Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes

⁴³ Existe evidencia estadísticamente significativa de independencia entre la institución y que los facilitadores sean el acceso a internet, el formato de la GPC y el fácil acceso a las Guías.

Gráfica 21: Principales facilitadores mencionados en la categoría de Otros (% de la categoría de otros)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas levantadas a los responsables de la estrategia de implantación en las UAPU. Nota: Las categorías son mutuamente excluyentes

3.3.4 Indicadores clave implantación

Con la información recolectada en las entrevistas a los responsables de la estrategia de implantación en las 150 UAPU visitadas se construyeron una serie de indicadores compuestos que se detallan a continuación.

Tabla 56: Descripción de indicadores por institución⁴⁴

Número indicador	Nombre de indicador	Instrumento a partir del cual se genera	Criterio indicador
1	Reporte de Plan Operativo	Encuesta a encargado de implantación de la UAPU	Porcentaje de unidades en las cuales el encargado de implantación reporta contar con un plan operativo para la implantación de GPC
2	Registro documental implantación	Encuesta a encargado de implantación de la UAPU	Porcentaje de unidades en las cuales el encargado de implantación mostró registro documental del plan operativo
3	Seguimiento plan operativo	Encuesta a encargado de implantación de la UAPU	Porcentaje de unidades en las cuales el encargado de implantación reporta contar con algún método para dar seguimiento al plan operativo
4	Indicador Global por Institución	Encuesta a encargado de implantación de la UAPU	Promedio de los indicadores 1 al 3 por institución

Resultados indicadores clave por Institución

Tabla 57: Indicadores clave por institución

Número indicador	1	2	3	4
Nombre de indicador	Reporte de Plan Operativo	Registro documental implantación	Seguimiento Plan Operativo	Indicador Global por Institución
IMSS	96%	92%	96%	95%
ISSSTE	46%	43%	35%	41%
SSA	56%	35%	56%	49%
TOTAL	67%	57%	64%	63%

⁴⁴ Se muestran más detalles de la construcción del indicador en el Anexo 2. En el Anexo 4 se muestran los indicadores por unidad.

En el indicador “Reporte de Plan Operativo” se puede apreciar que 96% de las unidades del IMSS cuentan con un plan operativo para la implantación de GPC, mientras que solo el 46% del ISSSTE cuentan con uno y únicamente el 56% de las unidades de la Secretaría de Salud reportan lo mismo. En el global, el 67% de las unidades reportan contar con este plan operativo.

El 92% de las unidades del IMSS mostraron algún registro documental acerca del plan operativo de implantación. En el ISSSTE, sólo el 43% de las unidades mostró este registro documental y en el caso de la Secretaría de Salud este indicador fue aún menor alcanzando solamente el 35%. En el global, el 57% de las unidades mostraron algún registro documental acerca del plan operativo de implantación.

En cuanto al indicador “Seguimiento Plan Operativo”, el 64% de las unidades dijeron contar con algún método de seguimiento para el plan operativo de implantación de GPC. En el caso del IMSS esto mismo lo reportó el 96% de unidades, mientras que en el ISSSTE y en la Secretaría de Salud este monto ascendió a 35% y 56%, respectivamente.

Ponderando de igual manera cada uno de estos indicadores, se obtiene que el 95% de las unidades del IMSS cuentan con un plan operativo para la implantación de GPC, mientras que solo el 41% en el caso del ISSSTE y el 49% en el caso de la Secretaría de Salud pueden afirmar lo mismo. En el global, el 63% de las unidades visitadas cuentan con este plan operativo.

A pesar que a nivel nacional existe la “Estrategia para Difusión e Implantación de las Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud”⁴⁵ en donde se describen las líneas de acción a seguir para lograr una apego a las GPC, es notorio que los esfuerzos al interior de las instituciones para darle continuidad a la estrategia es muy dispar, por un lado en el IMSS se tiene un conocimiento más claro de hacia dónde encaminarla, mientras que en el ISSSTE todavía no está muy claro si los esfuerzos están encaminados a la difusión o implantación de las GPC o incluso si existe una confusión entre los terminos. Por otro lado, la SSA se encuentra a mitad de camino entre el IMSS e ISSSTE, por lo que necesita aumentar sus esfuerzos para lograr la implantación en las unidades.

⁴⁵ http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/manuales2012/Estrategia_Difusixn.pdf

Condición de ejecución del Plan Operativo por Institución

Al igual que en el caso de grado de capacitación, a cada unidad se le asignó una condición de ejecución del plan operativo la cual consiste en el promedio de los indicadores del 1 al 3 por cada unidad. Es decir, si tomamos como ejemplo la unidad de Distrito Federal con CLUES DFSSA001226, tenemos que sus indicadores individuales son los siguientes:

Tabla 58: Ejemplo de construcción de indicador

ESTADO	CLUES	Institución	1	2	3
DF	DFSSA001226	SSA	1	0	1

Si tomamos un promedio de esos 3 valores, es decir, 2 entre 3, obtenemos el grado de capacitación de esta unidad el cual es 0.67, o bien, 67%.

Con base en esta asignación de grados de capacitación, obtenemos los siguientes resultados:

Tabla 59: Resultados de indicadores de plan operativo por institución

Institución	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo menor o igual al 25%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 75%
IMSS	4%	0%	4%	92%
ISSSTE	54%	3%	8%	35%
SSA	44%	0%	20%	35%
TOTAL	33%	1%	11%	55%

Los resultados anteriores son una muestra de que, en la generalidad y con la muestra seleccionada de 7 estados de la república, predominan las unidades con una ejecución de plan operativo dada la implantación efectuada en ellas, pues alrededor de 55% de las unidades analizadas en esta muestra, superan 75% de ejecuciones de dicho plan.

Descripción de los indicadores por estado

Con la información recolectada en las entrevistas a los responsables de la estrategia de implantación en las 150 UAPU visitadas se construyeron los mismos indicadores descritos en la Tabla 56, sólo que ahora el marco muestral son los estados. En el Anexo 2 se muestra la tabla de la descripción estos indicadores.

Resultados indicadores clave por estado

Tabla 60: Indicadores clave por estado

Número indicador	1	2	3	4
Nombre de indicador	Reporte de Plan Operativo	Registro documental implantación	Seguimiento Plan Operativo	Indicador global por estado
Aguascalientes	46%	46%	46%	46%
Campeche	100%	75%	100%	92%
Chiapas	41%	27%	32%	33%
DF	74%	64%	72%	70%
Durango	100%	77%	92%	90%
Querétaro	58%	58%	58%	58%
Sonora	67%	60%	67%	64%
TOTAL	67%	57%	64%	63%

Condición de ejecución del Plan Operativo por estado

Siguiendo la misma asignación de condición de ejecución del plan operativo mencionada anteriormente, ésta se distribuye de la siguiente forma por estado:

Tabla 61: Resultados de indicadores de la ejecución del plan operativo

Estado	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo menor o igual al 25%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 75%
Aguascalientes	54%	0%	0%	46%
Campeche	0%	0%	25%	75%
Chiapas	59%	5%	14%	23%
DF	26%	0%	11%	62%
Durango	0%	0%	31%	69%
Querétaro	42%	0%	0%	58%
Sonora	33%	0%	7%	60%
TOTAL	33%	1%	11%	55%

3.3.5 Patrón de la estrategia de implantación del nivel federal al estatal

Como se notó en los hallazgos y conclusiones de las entrevistas a las autoridades federales y estatales encargadas de la estrategia de implantación, el método que utilizan para transmitir sus conocimientos y optimizar recursos, en las 3 instituciones, es el de “cascada”; es decir, las autoridades federales capacitan a las autoridades estatales y éstas, a su vez, a las unidades de salud. A continuación se muestran 3 esquemas en donde se plasma este proceso por cada institución de salud.

IMSS

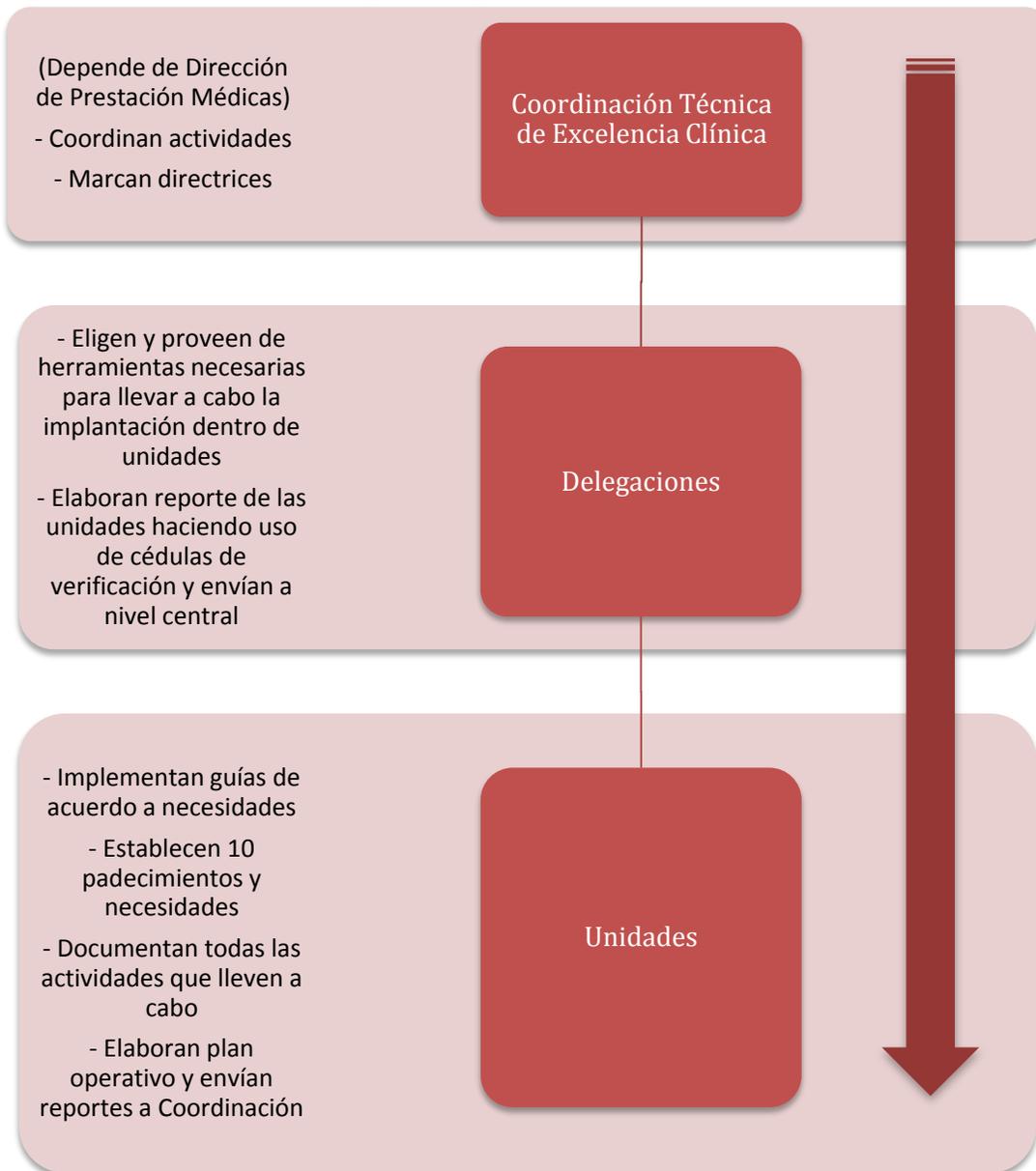
La acciones reportadas por las autoridades federales encargadas de la estrategia de implantación a través de la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica son el ser coordinador de las actividades mas no ejecutor, marcando las directrices de cómo se llevarán a cabo las actividades ligadas al proceso de implantación de GPC.

Las delegaciones son, a su vez, las encargadas de elegir y brindar las herramientas necesarias a las unidades para llevar a cabo la implantación dentro de éstas. Asimismo, cada una de las delegaciones está encargada de elaborar un reporte de las unidades con la revisión de cédulas de verificación, que enviarán posteriormente a nivel central.

En el caso de las unidades, éstas deciden el tipo de implementación a efectuar dependiendo de sus propias necesidades (para definir éstas se establecen 10 padecimientos), siendo que ellas mismas definen la estrategia para difundir y hacer uso de las guías. De igual forma, como parte de sus actividades está el documentar todas las actividades que lleven a cabo, elaborar un plan operativo y enviar reportes directamente a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica.

De acuerdo a lo identificado en las entrevistas estatales con respecto a esta estrategia, concuerda con el hecho de proveer todas las herramientas necesarias para llevar a cabo la implantación en las unidades. Por otro lado, efectivamente hacen uso también de revisiones en materia de cédulas de verificación; sin embargo, la estructura de seguimiento a esta estrategia es más compleja y detallada que lo que se ha plasmado a decir de las autoridades federales, pues se incluyen además la medición y registro de diferentes indicadores (difusión, implementación, apego) así como el tener definido a un equipo de supervisión que realiza visitas a las unidades, lo que refuerza la labor de seguimiento a la estrategia.

Esquema 4: Patrón de la estrategia de implantación del IMSS



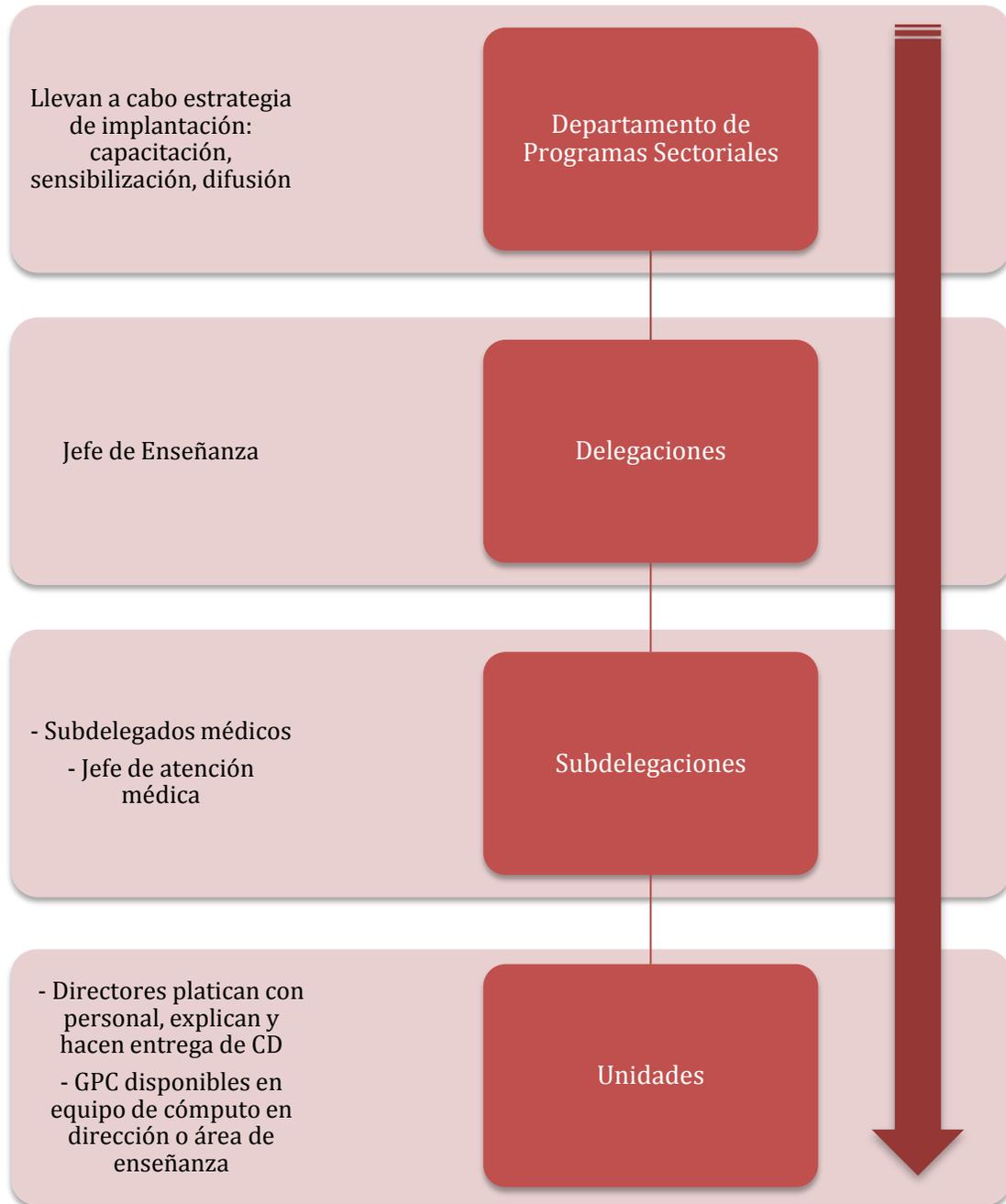
Fuente: Elaboración propia con información recabada en las entrevistas a la autoridades federales y estatales encargadas de la estrategia de implantación de GPC así como de las encuestas a los encargados de la estrategia de implantación en las UAPU.

ISSSTE

De lo reportado por el Departamento de Programas Sectoriales del ISSSTE, la estrategia de implantación consiste en llevar a cabo capacitación, sensibilización y difusión respecto a las GPC. Cuando existe un jefe de enseñanza perteneciente a la delegación, éste se encuentra a cargo junto con el jefe de atención médica y subdelegados médicos de la estrategia de implantación. Lo que plantean es el hecho de proporcionar un CD con el Catálogo Maestro de guías a los directores de las unidades para que éstos expliquen a su personal el uso e importancia de las GPC contenidas en los CD. De no contar con equipo de cómputo para poder consultar los discos, éstos son instalados en algún equipo las direcciones o de las áreas de enseñanza.

Por lo que respecta a lo revelado por las autoridades estatales referente a esta estrategia, se muestran coincidentes las respuestas en cuanto a la importante difusión de las GPC a través de CD, instalación en equipos de cómputo de las unidades y en ocasiones mencionan también hacer repartos en formatos impresos.

Esquema 5: Patrón de la estrategia de implantación del ISSSTE



Fuente: Elaboración propia con información recabada en las entrevistas a la autoridades federales y estatales encargadas de la estrategia de implantación de GPC así como de las encuestas a los encargados de la estrategia de implantación en las UAPU.

SSA

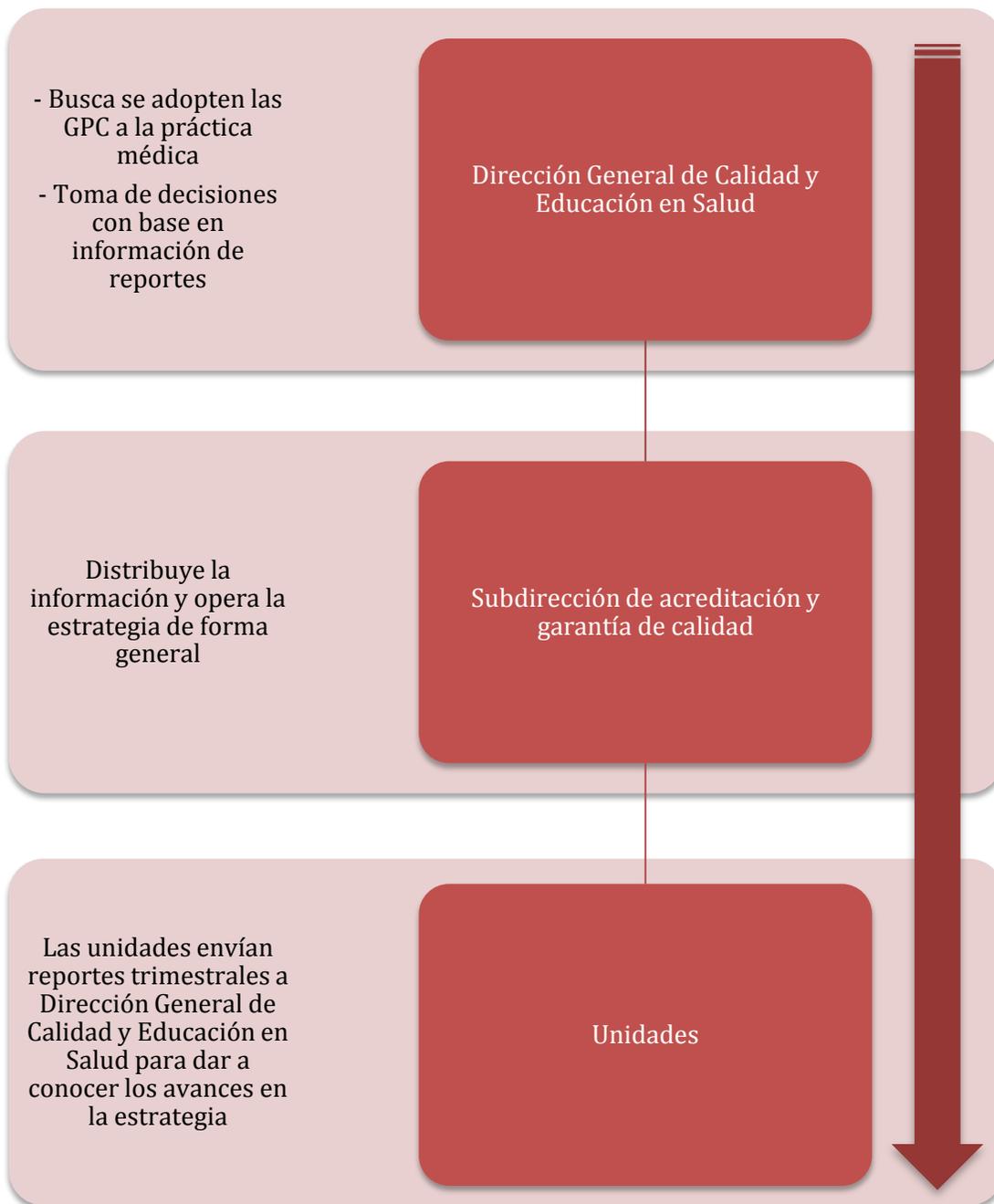
De lo reportado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la estrategia de implantación consiste en buscar adoptar las GPC a la práctica médica, es decir, fomentar la utilización y aplicación de las recomendaciones de las GPC en la práctica diaria. Esto, a través de la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad, quien distribuye todo tipo de información a las unidades y opera la estrategia en términos generales.

Se menciona además, que las unidades dan a conocer los avances en su estrategia enviando reportes trimestrales a la Dirección señalada, misma que toma decisiones con base en dichos reportes.

En cuanto a la información obtenida a través de las entrevistas estatales, ésta es coincidente en señalar a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud como agente principal y coordinador de la estrategia de implantación; sin embargo, en estas mismas respuestas estatales se hace referencia a un grupo supervisor que recaba información de los avances.

En el mismo sentido y con respecto a las entrevistas realizadas a los encargados de esta estrategia en las UAPU, se obtiene que el 56% de los entrevistados en SSA dijo contar con un plan operativo de la estrategia, siendo que de éste, 35% mostró un registro documental que avalara tal información.

Esquema 6: Patrón de la estrategia de implantación del SSA



Fuente: Elaboración propia con información recabada en las entrevistas a la autoridades federales y estatales encargadas de la estrategia de implantación de GPC así como de las encuestas a los encargados de la estrategia de implantación en las UAPU.

3.4. Objetivo 4. Cuantificar y caracterizar la utilización de GPC en las Unidades de Salud

3.4.1 Resultados de encuestas a personal clave de las UAPU

A continuación se muestran los resultados de aquellas variables que nos posibilitan medir el grado de utilización de las GPC por parte del personal clave. Los resultados permiten medir el impacto que están teniendo las estrategias de difusión, capacitación e implantación reportadas por las autoridades federales, estatales y los encargados en las unidades de las estrategias.

Conocimiento de las GPC

La mayoría del personal de salud entrevistado (91%) conoce las GPC elaboradas por el Sistema Nacional de Salud, situación que puede obedecer a la amplia difusión que éstas han tenido. El ISSSTE, es la institución que requiere fortalecer esfuerzos en el proceso de difusión de estas herramientas.

Tabla 62: Conocimiento de la existencia de las GPC entre el personal de salud entrevistado⁴⁶

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Personal clave que no conoce las GPC	1 (1)	26 (24)	13 (8)	40 (9)
Personal clave que conoce las GPC	149 (99)	84 (76)	152 (92)	385 (91)
Total	150	110	165	425

Por entidad federativa, Chiapas es la única entidad en la que se documentó un valor en este indicador por debajo de 80%.

⁴⁶ Se halló que sí existe diferencia estadísticamente significativa por institución.

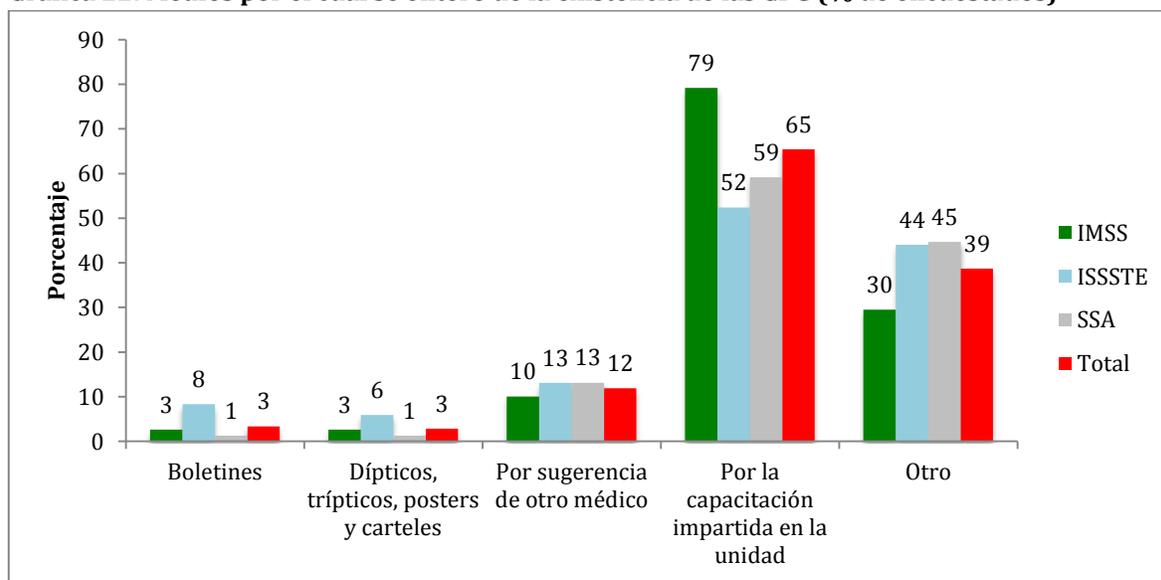
Tabla 63: Personal clave que conoce o no las GPC por estado⁴⁷

Institución	Ags n(%)	Camp n(%)	Chis n(%)	DF n(%)	Dgo n(%)	Qro n(%)	Son n(%)	Total n(%)
Personal clave que no conoce las GPC	3 (8)	0 (0)	19 (28)	14 (7)	0 (0)	4 (11)	0 (0)	40 (9)
Personal clave que conoce las GPC	34 (92)	12 (100)	48 (72)	174 (92)	41 (100)	32 (89)	44 (100)	385 (91)
Total	37	12	67	188	41	36	44	425

Medios por los cuales se conocen las GPC

En la Gráfica 22 se puede observar cómo el principal medio para enterarse de la existencia de las GPC es la capacitación que se imparte al interior de la unidad. Los medios impresos no representan en ninguna de las instituciones un medio significativo para dar a conocer estas herramientas.

Gráfica 22: Medios por el cual se enteró de la existencia de las GPC (% de encuestados)



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas realizadas al personal clave.

Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes. En la categoría de “otro” los medios más relevantes fueron los talleres, cursos, pláticas y sesiones clínicas.

⁴⁷ Existe evidencia suficiente para afirmar la asociación entre las variables. Los boletines, la capacitación impartida y otros como medio por el cual el personal clave conoció las GPC son dependientes de la institución a la que pertenece la unidad.

Consulta de GPC en el último mes

De los 385 médicos que conocen las GPC, 83% reporta haber consultado alguna GPC en el último mes. Por institución, el personal que labora en el IMSS es el que reporta un mayor uso de las GPC (97%), en tanto que el personal del ISSSTE es el que se muestra más renuente a consultarlas (67%) (Tabla 64).

Tabla 64: Personal clave que en el último mes ha consultado o no alguna GPC por institución⁴⁸

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Personal clave que en el último mes no ha consultado alguna GPC	4 (3)	28 (33)	33 (22)	65 (17)
Personal clave que en el último mes ha consultado alguna GPC	145 (97)	56 (67)	119 (78)	320 (83)
Total	149	84	152	385

En la Tabla 65 se muestra la distribución del personal que ha consultado las GPC en el último mes, por entidad.

Tabla 65: Personal clave que ha consultado o no alguna GPC en el último mes por estado

Institución	Ags n(%)	Camp n(%)	Chis n(%)	DF n(%)	Dgo n(%)	Qro n(%)	Son n(%)	Total n(%)
Personal clave que en el último mes no ha consultado alguna GPC	2 (6)	0 (0)	9 (19)	36 (21)	4 (10)	7 (22)	7 (16)	65 (17)
Personal clave que en el último mes ha consultado alguna GPC	32 (94)	12 (100)	39 (81)	138 (79)	37 (90)	25 (78)	37 (84)	320 (83)
Total	34	12	48	174	41	32	44	385

Cuando se les pidió al personal de salud que mencionaran las GPC que habían sido consultadas, los temas más recurrentes fueron diabetes, hipertensión y embarazo.

Como se puede ver en la Tabla 66, los temas mencionados son acordes al perfil epidemiológico imperante en las unidades de atención primaria.

⁴⁸ Se halló que las variables sí están relacionadas.

Tabla 66: GPC más consultadas por el personal clave de la unidad
Diabetes (18%)
Hipertensión (16%)
Embarazo (12%)
Control de niño sano (2%)
Esguince (3%)
Cáncer (3%)

Utilidad de GPC

La mayoría (98%) del personal médico que consultó una GPC consideró que ésta le fue de utilidad. En todas las instituciones, este indicador se encuentra por arriba de 95% (Tabla 67).

Tabla 67: Personal clave que le fue de utilidad o no la GPC consultada por institución

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Personal clave que no le fue de utilidad la GPC consultada	1 (1)	1 (2)	5 (4)	7 (2)
Personal clave que le fue de utilidad la GPC consultada	144 (99)	55 (98)	114 (96)	313 (98)
Total	145	56	119	320

A pesar del resultado anterior, se les preguntó al personal de salud que no consideró útil la GPC cuáles eran las razones para calificarlas de esta manera. En general se halló que los médicos no las encuentran actualizadas, ya que algunas veces contienen medicamentos y/o tratamientos antiguos. Otro de los comentarios recurrentes es que existen medicamentos recomendados en las guías que no se encuentran en existencia o que existen guías internacionales más útiles.

Actualización de GPC

En la Tabla 68 se muestran las respuestas del personal de salud encuestado acerca de si consideran que las GPC estan actualizadas, por institución. Como puede verse en los resultados, si bien la percepción de actualización está alrededor de 70%, ésta representa una oportunidad de mejora en todas las instituciones.

Tabla 68: Personal clave que considera que las GPC están o no actualizadas por institución

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Personal clave que considera que las GPC no están actualizadas	36 (24)	22 (26)	50 (33)	108 (28)
Personal clave que considera que las GPC están actualizadas	113 (76)	62 (74)	102 (67)	277 (72)
Total	149	84	152	385

El Distrito Federal fue el estado en donde se obtuvo un menor porcentaje de aceptación de la actualización de las GPC y aunque Campeche obtuvo 100% (superior al Distrito Federal) es importante mencionar que en este estado sólo se visitaron 4 unidades por lo cual sus indicadores pueden estar sobre valuados.

Tabla 69: Personal clave que considera que las GPC están o no actualizadas por estado⁴⁹

Institución	Ags n(%)	Camp n(%)	Chis n(%)	DF n(%)	Dgo n(%)	Qro n(%)	Son n(%)	Total n(%)
Personal clave que considera que las GPC no están actualizadas	5 (15)	0 (0)	9 (19)	68 (39)	9 (22)	8 (25)	9 (21)	108 (28)
Personal clave que considera que las GPC están actualizadas	29 (85)	12 (100)	39 (81)	106 (61)	32 (78)	24 (75)	35 (79)	277 (72)
Total	34	12	48	174	41	32	44	385

Disponibilidad de GPC

La mayoría del personal de salud considera que las GPC se encuentran disponibles (96%), situación que puede obedecer a la amplia difusión que se les ha dado a estas herramientas. El buen desempeño se puede observar tanto a nivel institucional como por estado, dado que el indicador se encuentra en ambos casos por arriba de 90% (Tabla 70 y Tabla 71).

⁴⁹ El estado en el que se encuentra la unidad influye en la percepción del personal sobre la actualización de las GPC.

Tabla 70: Personal clave que reportó tener o no disponible en su unidad las GPC por institución

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Personal clave que reportó no tener disponible en su unidad las GPC	0 (0)	5 (6)	12 (8)	17 (4)
Personal clave que reportó tener disponible en su unidad las GPC	149 (100)	79 (94)	140 (92)	368 (96)
Total	149	84	152	385

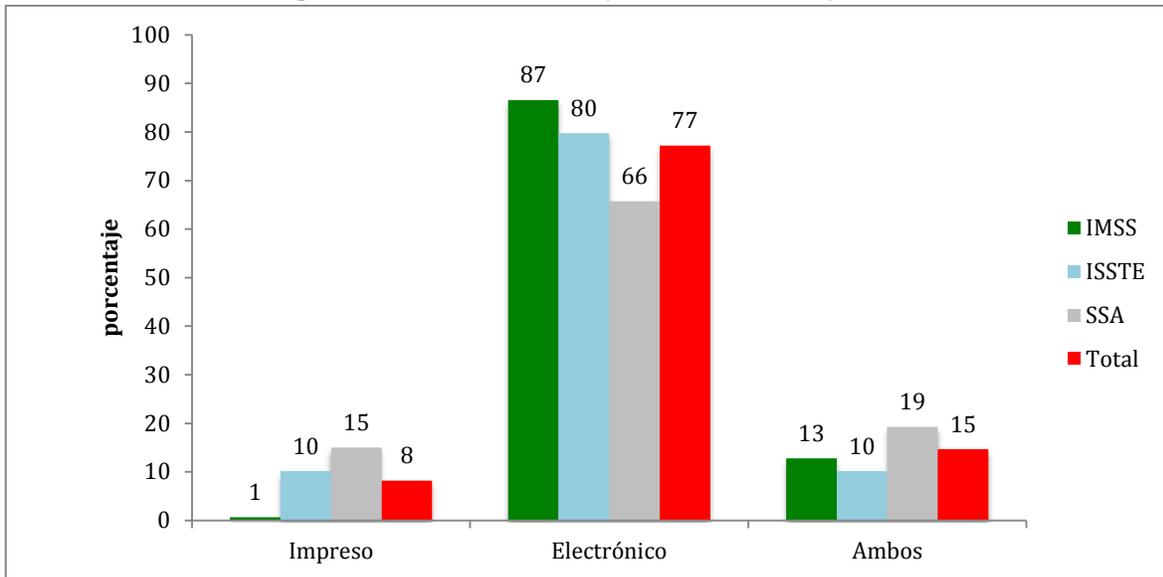
Tabla 71: Personal clave que reportó tener o no disponible en su unidad las GPC por estado⁵⁰

Institución	Ags n(%)	Camp n(%)	Chis n(%)	DF n(%)	Dgo n(%)	Qro n(%)	Son n(%)	Total n(%)
Personal clave que reportó no tener disponible en su unidad las GPC	0 (0)	0 (0)	5 (10)	11 (6)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	17 (4)
Personal clave que reportó tener disponible en su unidad las GPC	34 (100)	12 (100)	43 (90)	163 (94)	41 (100)	31 (97)	44 (100)	368 (96)
Total	34	12	48	174	41	32	44	385

Como era de esperar, la mayoría de los médicos reportó contar con las GPC en formato electrónico. Por institución, se puede observar que en el IMSS la utilización única de un formato impreso es prácticamente nula (Gráfica 23).

⁵⁰ No existe evidencia de asociación entre el estado al que pertenece el personal de salud y la disponibilidad de las GPC en la unidad.

Gráfica 23: Formato en que se encuentra las GPC (% de encuestados)



Acceso al Catálogo Maestro

En la Tabla 72 se muestran las respuestas de los encuestados acerca de si cuentan o no con acceso al Catálogo Maestro de GPC. En el IMSS un mayor porcentaje de los entrevistados contestaron afirmativamente (97%). En el ISSSTE y la SSA este porcentaje oscila entre 69% y 65%, respectivamente. El mencionar que no cuentan con acceso al Catálogo Maestro de GPC puede obedecer a la falta de herramientas informáticas en las unidades de salud, como computadoras o internet.

Este mismo indicador estratificado por estado se muestra en la Tabla 73. Es de destacar que en el estado de Chiapas sólo 48% de los entrevistados mencionó contar con acceso al Catálogo Maestro, esto puede deberse a lo mencionado en las entrevistas estatales acerca de la geografía del estado, ya que por la ubicación de algunas unidades no es posible contar con acceso a internet o llevar el material de capacitación a tiempo.

Tabla 72: Personal clave que reportó tener o no acceso al Catálogo Maestro de las GPC por institución⁵¹

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Personal clave que reportó no tener acceso al Catálogo Maestro de las GPC	4 (3)	26 (31)	54 (35)	84 (22)
Personal clave que reportó tener acceso al Catálogo Maestro de las GPC	145 (97)	58 (69)	98 (65)	301 (78)
Total	149	84	152	385

Tabla 73: Personal clave que reportó tener o no acceso al Catálogo Maestro de las GPC por estado⁵²

Institución	Ags n(%)	Camp n(%)	Chis n(%)	DF n(%)	Dgo n(%)	Qro n(%)	Son n(%)	Total n(%)
Personal clave que reportó no tener acceso al Catálogo Maestro de las GPC	0 (0)	0 (0)	25 (52)	51 (29)	0 (0)	1 (3)	7 (16)	84 (22)
Personal clave que reportó tener acceso al Catálogo Maestro de las GPC	34 (100)	12 (100)	23 (48)	123 (71)	41 (100)	31 (97)	37 (84)	301 (78)
Total	34	12	48	174	41	32	44	385

De los 301 encuestados que reportaron contar con acceso al Catálogo Maestro, solamente 30% pudieron mencionar correctamente la dirección electrónica mediante la cual se accede a éste. Dicho resultado puede obedecer a que el personal de salud puede acceder a este Catálogo a través de vínculos de accesos directos para los que no resulta necesario memorizar la dirección electrónica.

⁵¹ No existe evidencia de asociación entre las instituciones y el hecho de que el médico cuente o no con acceso al Catálogo Maestro.

⁵² Se encontró evidencias estadística que el estado en donde se encuentra la unidad sí influye en el acceso al Catálogo Maestro.

Tabla 74: Personal clave que dijo conocer o no la dirección electrónica mediante la cual se puede acceder al Catálogo Maestro por institución⁵³

Institución	IMSS n(%)	ISSSTE n(%)	SSA n(%)	Total general n(%)
Personal clave que dijo no conocer la dirección electrónica mediante la cual se puede acceder al Catálogo Maestro	92 (62)	67 (80)	112 (74)	271 (70)
Personal clave que dijo conocer la dirección electrónica mediante la cual se puede acceder al Catálogo Maestro	57 (38)	17 (20)	40 (26)	114 (30)
Total	149	84	152	385

⁵³ Existe dependencia entre la institución a la que pertenece el médico y el hecho de que el médico conozca o no la dirección del Catálogo Maestro.

3.5. Objetivo 5: Explorar el grado en que las recomendaciones presentadas en un conjunto de GPC seleccionadas se registran en los expedientes clínicos

El objetivo de esta sección es desarrollar indicadores que midan el grado de apego a algunas recomendaciones clave seleccionadas de tres padecimientos específicos: Atención Prenatal, Diabetes Mellitus e Infecciones de las Vías Respiratorias⁵⁴.

3.5.1 Lista de cotejo para la revisión de expedientes de atención prenatal

Descripción de indicadores por institución

A continuación se describen los indicadores que se construyeron para evaluar el apego a la GPC de atención prenatal por institución.

Tabla 75: Descripción de indicadores atención prenatal por institución⁵⁵

Número indicador	Nombre de indicador	Criterio indicador
1	Toxoide tetánico	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe registro de la aplicación de toxoide tetánico
2	Toxoide tetánico primer trimestre	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe registro de la aplicación de toxoide tetánico durante el primer trimestre de embarazo
3	Cuatro consultas	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe registro de por lo menos cuatro consultas de atención prenatal
4	Primera consulta antes semana 12	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe registro de que su primera consulta de atención prenatal fue antes o durante la semana 12
5	Promedio consultas	Promedio de consultas de atención prenatal por mujer embarazada
6	Grupo y RH primera cita	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en los que existe registro de solicitud durante la primera cita de Grupo y RH
7	Biometría hemática primera cita	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en los que existe registro de solicitud durante la primera cita de biometría hemática
8	Examen general de orina primera cita	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en los que existe registro de solicitud durante la primera cita de examen general de orina

⁵⁴ La información sobre pertinencia de los indicadores para medir el apego a las recomendaciones se encuentran en el Anexo metodológico

⁵⁵ En el anexo 2 se muestra más detalle de la construcción de los indicadores. Los indicadores se generan a partir de la Lista de Cotejo para la revisión de expedientes de atención prenatal.

Número indicador	Nombre de indicador	Criterio indicador
9	Glucosa en ayuno primera cita	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en los que existe registro de solicitud durante la primera cita de glucosa en ayuno
10	VDRL primera cita	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en los que existe registro de solicitud durante la primera cita de VDRL
11	Descarta diagnóstico de incompatibilidad a RH	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en los que existe registro de que se descartó el diagnóstico de incompatibilidad al RH
12	Suplem. de hierro por hemoglobina menor a 11mg/dl	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en los que existe registro de indicación de suplementación de hierro por hemoglobina menor a 11mg/dl
13	Suplem. de hierro sin hemoglobina menor a 11mg/dl	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en los que existe registro de indicación de suplementación de hierro con hemoglobina mayor a 11mg/dl o sin medición de hemoglobina
14	Ultrasonido semana 18-20	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe registro de solicitud de ultrasonido durante la semana 18-20 para detección de anomalías estructurales
15	Glucemia semana 24-28	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe registro de solicitud de glucemia entre la semana 24 y 28 de gestación
16	Ultrasonido semana 36	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe registro de solicitud de ultrasonido durante la semana 36 para confirmar presentación y descartar placenta previa
17	Promedio ultrasonidos	Promedio de reportes o solicitudes de ultrasonido por paciente durante el embarazo
18	Prueba de tira reactiva	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe registro de haber realizado alguna prueba de tira reactiva para detectar proteinuria
19	Promedio tira reactiva	Promedio de pruebas con tira reactiva realizadas por paciente
20	Tensión arterial	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en la que existe registro de tensión arterial en todas sus citas
21	Cefalea, pérdida de agudeza visual o fosfenos	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe evidencia de búsqueda intencionada durante cada consulta de cefalea, pérdida de agudeza visual o fosfenos
22	Dolor severo en hipocondrio derecho o epigastrio	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe evidencia de búsqueda intencionada durante cada consulta de dolor severo en hipocondrio derecho/epi-gastrio asociado a vómito o hipersensibilidad abdominal
23	Productos pequeños para la edad gestacional	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe evidencia de búsqueda intencionada durante cada consulta de productos pequeños para la edad gestacional
24	Ácido fólico	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe evidencia de suplementación con ácido fólico durante el embarazo
25	Ácido fólico solamente de la semana 0 a la 13	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe evidencia de suplementación con ácido fólico solamente de la semana 0 hasta la semana 13 de gestación
26	Ácido fólico solamente de la semana 13 en adelante	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe evidencia de suplementación con ácido fólico solamente de la semana 13 de gestación en adelante
27	Ácido fólico durante todo el embarazo	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe evidencia de suplementación con ácido fólico durante todo el embarazo

Número indicador	Nombre de indicador	Criterio indicador	
28	Enfermedad hipertensiva	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe un diagnóstico de enfermedad hipertensiva	
29.1	Clasificación enfermedad hipertensiva	Preeclampsia	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva clasificada como preeclampsia
29.2		Preeclampsia agregada a hipertensión crónica	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva clasificada como preeclampsia agregada a hipertensión crónica
29.3		Hipertensión crónica	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva clasificada como hipertensión crónica
29.4		Hipertensión gestacional	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva clasificada como hipertensión gestacional
29.5		Hipertensión transitoria del embarazo	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva clasificada como hipertensión transitoria del embarazo
30	Enfermedad hipertensiva segundo nivel	Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas en las que existe evidencia de referencia a segundo nivel por diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo	
31	Grado de apego a recomendaciones por institución	Promedio de los indicadores 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 25 y 30 por institución	

Cumplimiento de indicadores mediante la revisión de expedientes clínicos por institución

En la Tabla 76 se indica el cumplimiento de cada indicador por institución.

Tabla 76: Cumplimiento de indicadores mediante la revisión de expedientes clínicos de atención prenatal por institución

Número indicador	Indicador/ Institución	IMSS	ISSSTE	SSA	TOTAL	
1	Toxoide tetánico	54%	31%	56%	49%	
2	Toxoide tetánico primer trimestre	3%	1%	13%	7%	
3	Cuatro consultas	90%	78%	84%	85%	
4	Primera consulta antes semana 12	50%	55%	44%	49%	
5	Promedio consultas	8	5	5	6	
6	Grupo y RH primera cita	75%	67%	87%	78%	
7	Biometría hemática primera cita	93%	90%	93%	92%	
8	Examen general de orina primera cita	94%	85%	92%	91%	
9	Glucosa en ayuno primera cita	92%	82%	90%	89%	
10	VDRL primera cita	86%	64%	87%	81%	
11	Descarta diagnóstico de incompatibilidad a RH	61%	45%	60%	56%	
12	Suplem. de hierro por hemoglobina menor a 11mg/dl	98%	95%	97%	97%	
13	Suplem. de hierro sin hemoglobina menor a 11mg/dl	87%	79%	89%	86%	
14	Ultrasonido semana 18-20	36%	35%	37%	36%	
15	Glucemia semana 24-28	52%	27%	36%	39%	
16	Ultrasonido semana 36	39%	46%	38%	40%	
17	Promedio ultrasonidos	1.79	1.97	1.79	1.83	
18	Prueba de tira reactiva	18%	5%	12%	13%	
19	Promedio tira reactiva	2.15	1.44	2.05	2.04	
20	Tensión arterial	96%	96%	100%	98%	
21	Cefalea, pérdida de agudeza visual o fosfenos	97%	83%	94%	92%	
22	Dolor severo en Hipocon. derecho / epigastrio	92%	75%	83%	84%	
23	Productos pequeños	76%	41%	61%	61%	
24	Ácido fólico	94%	92%	94%	93%	
25	Ácido fólico solamente de la semana 0 a la 13	18%	5%	8%	11%	
26	Ácido fólico solamente de la semana 13 en adelante	53%	36%	33%	41%	
27	Ácido fólico durante toda la duración del embarazo	29%	59%	59%	49%	
28	Enfermedad hipertensiva	12%	5%	3%	7%	
29.1	Clasificación	Preeclampsia	48%	30%	50%	45%

Número indicador	Indicador/ Institución		IMSS	ISSSTE	SSA	TOTAL
29.2	enfermedad hipertensiva	Preeclampsia agregada a hipertensión crónica	3%	0%	0%	2%
29.3		Hipertensión crónica	3%	10%	0%	4%
29.4		Hipertensión gestacional	39%	60%	50%	45%
29.5		Hipertensión transitoria del embarazo	6%	0%	0%	4%
30	Enfermedad hipertensiva segundo nivel		100%	80%	100%	96%
31	Grado de apego a recomendaciones por institución		72%	59%	69%	68%

En general se observa un mayor grado de apego a las recomendaciones de la GPC de atención prenatal en el IMSS y en la Secretaría de Salud que en el ISSSTE. Los indicadores con mayor apego que se observan son: tensión arterial, Biometría hemática en primera cita, ácido fólico, examen general de orina en primera cita y enfermedad hipertensiva segundo nivel. El promedio de consultas está en 6 en el global.

De los indicadores con menos apego se encuentra la prueba de tira reactiva, ácido fólico solamente de la semana o a la 13, enfermedad hipertensiva y la hipertensión transitoria del embarazo.

En el 97% de los casos en los que la paciente presentaba hemoglobina menor a 11mg/dl se indicó suplementación de hierro. Es importante destacar que aunque una de las recomendaciones de la GPC IMSS-028-08 de atención prenatal busca “evitar la prescripción rutinaria de hierro”, en el 86% de los casos en que se reportó hemoglobina mayor o igual a 11 mg/dl o bien no hubo mención de hemoglobina se continúa indicando la suplementación de hierro. Asimismo, en el 98% de los casos se registró la tensión arterial en cada cita. Cabe destacar que 100% de los expedientes revisados de la Secretaría de Salud presentaron esta característica. El promedio de ultrasonidos de las pacientes fue de 1.83. En 36% de los expedientes se realizó un ultrasonido entre las semanas 18 y 20, mientras que en el 40% se realizó un ultrasonido en la semana 36.

Un indicador que tiene un impacto directo en el indicado global es el indicar ácido fólico hasta la semana 13 el cual obtuvo sólo 11, siendo un de los indicadores más bajos, mientras que en el 41% de los expedientes se indicó después de la semana 13.

Sin embargo, en el 93% de los expedientes existe evidencia de la indicación de ácido fólico durante el embarazo.

El 45% de los casos de enfermedad hipertensiva se clasificaron como preeclampsia, otro 45% como hipertensión gestacional y el 10% restante se distribuye entre hipertensión crónica, preeclampsia agregada a hipertensión crónica e hipertensión transitoria del embarazo. En 96% de los casos de enfermedad hipertensiva se siguió la recomendación de canalizar a la paciente al segundo nivel. Cabe destacar que esta recomendación se cumplió en todos los casos tanto del IMSS como de la SSA.

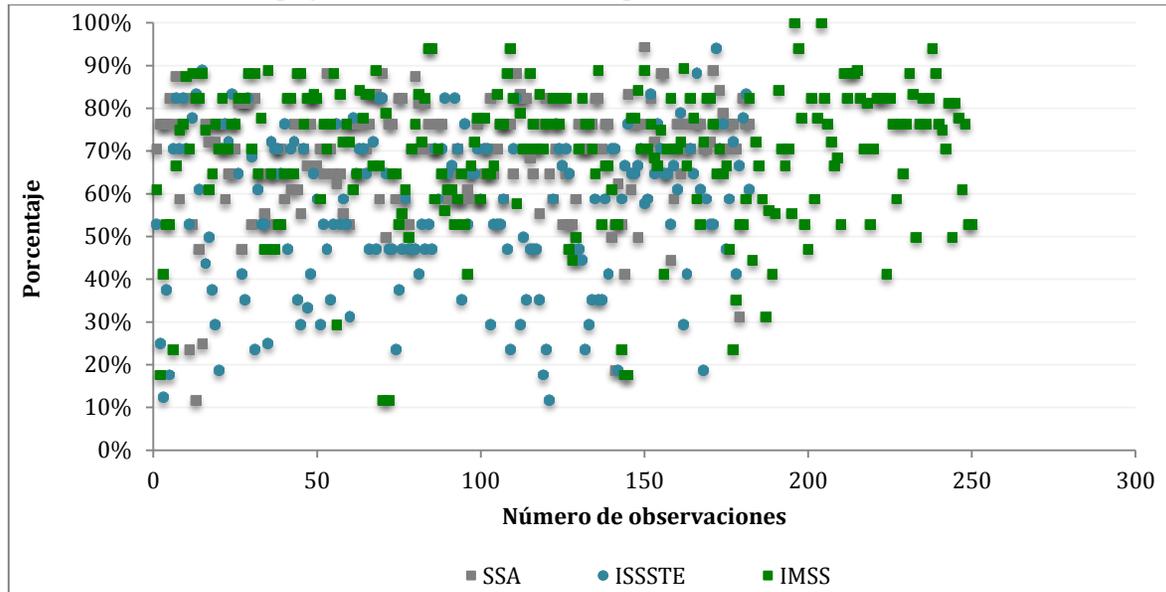
Grado de apego a recomendaciones por institución

Para construir el indicador “Grado de apego a recomendaciones por institución” se tomó el promedio de los indicadores 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 25 y 30 ya que son éstos los que se apegan a las recomendaciones emitidas en la GPC analizada que se midieron con la lista de cotejo en unidades. En la Gráfica 24 se muestra la dispersión del indicador por unidad.

Tabla 77: Grado de apego a las recomendaciones de la GPC de atención prenatal por institución

Institución	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones menor o igual al 25%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 75%
IMSS	3%	8%	44%	46%
ISSSTE	8%	28%	49%	15%
SSA	3%	11%	49%	37%
TOTAL	4%	14%	47%	35%

Gráfica 24: Grado de apego a las recomendaciones por unidad



Como se puede observar en la Tabla 77, en las tres instituciones predominan los expedientes con un grado de apego a recomendaciones mayor al 50% y menor o igual al 75%, con el 50% de los casos del IMSS, 46% de los casos del ISSSTE y 62% de los casos de la Secretaría de Salud. Es de resaltar que estos indicadores miden lo que se encontró de evidencia en los expedientes y que no contienen una relación de causalidad, por lo que pueden existir casos en donde los médicos hayan realizado alguna recomendación y no dejar constancia de ello en el expediente, lo que puede indicar una necesidad de implementar herramientas que facilite que dicha información se plasme en el expediente.

Cumplimiento de indicadores mediante la revisión de expedientes clínicos por estado

Se construyeron para evaluar el apego a la GPC de atención prenatal los indicadores mencionados en el apartado anterior con la excepción de que la ponderación es estatal. En la tabla 78 se muestra el cumplimiento de los indicadores de atención prenatal por estado.

Tabla 78: Cumplimiento de indicadores mediante la revisión de expedientes clínicos de atención prenatal por estado

Número indicador	Indicador/ Estado	Ags	Camp	Chis	D.F.	Dgo	Qro	Son	Total	
1	Toxoide tetánico	54%	95%	83%	33%	44%	50%	54%	49%	
2	Toxoide tetánico primer trimestre	14%	0%	12%	4%	3%	8%	7%	7%	
3	Cuatro consultasE	80%	95%	92%	85%	69%	88%	83%	85%	
4	Primera consulta antes semana 12	60%	45%	59%	42%	49%	53%	51%	49%	
5	Promedio consultas	6.78	8.90	5.86	5.92	5.40	8.08	5.10	6.12	
6	Grupo y RH primera cita	65%	100%	88%	82%	64%	73%	67%	78%	
7	Biometría hemática primera cita	83%	100%	97%	91%	99%	83%	99%	92%	
8	Examen general de orina primera cita	82%	100%	93%	90%	100%	80%	99%	91%	
9	Glucosa en ayuno primera cita	82%	100%	91%	88%	99%	77%	96%	89%	
10	VDRL primera cita	66%	100%	94%	78%	79%	77%	87%	81%	
11	Descarta diagnóstico de incompatibilidad a RH	63%	100%	61%	60%	50%	70%	6%	56%	
12	Suplem. de hierro por hemoglobina menor a 11mg/dl	100%	100%	100%	89%	100%	50%	100%	97%	
13	Suplem. de hierro sin hemoglobina menor a 11mg/dl	81%	94%	99%	84%	86%	76%	81%	86%	
14	Ultrasonido semana 18-20	20%	35%	43%	37%	34%	35%	41%	36%	
15	Glucemia semana 24-28	40%	10%	10%	41%	63%	37%	67%	39%	
16	Ultrasonido semana 36	6%	85%	88%	34%	20%	18%	50%	40%	
17	Promedio ultrasonidos	1.58	2.29	2.21	1.81	1.50	1.98	1.48	1.83	
18	Prueba de tira reactiva	17%	5%	1%	8%	27%	2%	47%	13%	
19	Promedio tira reactiva	2.45	1.00	1.00	2.08	1.79	1.00	2.12	2.04	
20	Tensión arterial	100%	90%	99%	97%	100%	93%	99%	98%	
21	Cefalea, pérdida de agudeza visual o fosfenos	71%	100%	100%	92%	99%	87%	100%	92%	
22	Dolor severo en Hipocon. derecho / epigastrio	78%	100%	100%	72%	99%	88%	94%	84%	
23	Productos pequeños	94%	75%	55%	49%	71%	95%	54%	61%	
24	Ácido fólico	75%	90%	100%	94%	99%	83%	100%	93%	
25	Ácido fólico solamente de la semana 0 a la 13	14%	0%	6%	3%	35%	16%	26%	11%	
26	Ácido fólico solamente de la semana 13 en adelante	51%	6%	20%	46%	33%	68%	39%	41%	
27	Ácido fólico durante toda la duración del embarazo	35%	94%	74%	51%	32%	16%	36%	49%	
28	Enfermedad hipertensiva	3%	5%	2%	1%	17%	5%	36%	7%	
29.1	Clasificación enfermedad hipertensiva	Preeclampsia	0%	0%	0%	50%	33%	100%	52%	45%
29.2		Preeclampsia agregada a hipertensión crónica	0%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	2%

Número indicador	Indicador/ Estado	Ags	Camp	Chis	D.F.	Dgo	Qro	Son	Total
29.3	Hipertensión crónica	50%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	4%
29.4		50%	0%	50%	50%	58%	0%	44%	45%
29.5		0%	100%	50%	0%	0%	0%	0%	4%
30	Enfermedad hipertensiva segundo nivel		100%	100%	100%	100%	100%	92%	96%
31	Grado de apego a recomendaciones por institución		64%	78%	74%	65%	71%	64%	68%

Con respecto al apego de los distintos indicadores entre las entidades destaca el caso de Chiapas ya que presentan en la mayoría de los casos mayor apego que el promedio. Una vez más destaca el apego en Campeche bajo la consideración de que solamente se visitaron 4 unidades en este estado.

Grado de apego a recomendaciones por estado

Para construir el indicador “Grado de apego a recomendaciones por estado” se tomó el promedio de los indicadores 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 25 y 30 ya que son éstos los que se apegan a las recomendaciones emitidas en la GPC analizada que se midieron con la lista de cotejo en unidades.

Tabla 79: Grado de apego a las recomendaciones de la GPC de atención prenatal por estado

Estado	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones menor o igual al 25%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 75%
AGS	8%	25%	35%	32%
CAMP	0%	0%	35%	65%
CHIS	0%	7%	46%	47%
DF	7%	17%	50%	27%
DGO	0%	7%	54%	39%
QRO	5%	23%	37%	35%
SON	0%	7%	54%	39%
TOTAL	4%	14%	47%	35%

El estado con mayor apego es el de Campeche, no obstante en este caso hay que tomar en cuenta que sólo se visitaron 4 unidades y que la muestra no es representativa a

nivel estatal, por lo que estos indicadores pueden ser de carácter ilustrativo más que indicativo.

3.5.2. Lista de cotejo para la revisión de expedientes de diabetes mellitus

Descripción de indicadores por institución

A continuación se describen los indicadores que se construyeron para evaluar el apego a la GPC de diabetes mellitus por institución.

Tabla 80: Descripción de indicadores diabetes mellitus por institución

Número indicador	Nombre de indicador	Criterio indicador	
1	Pie diabético	Porcentaje de pacientes con diabetes a los que se les realizó una evaluación de pie diabético en el último año.	
2	Pruebas pie diabético completas	Porcentaje de pruebas de evaluación de pie diabético completas (inspección +valoración de los pulsos +prueba con monofilamento)	
3.1	Métodos pie diabético	Monofilamento	Porcentaje de pacientes en los que se utilizó como método de evaluación de pie diabético la prueba con monofilamento
3.2		Diapasón	Porcentaje de pacientes en los que se utilizó como método de evaluación de pie diabético la prueba con diapasón
3.3		Inspección visual	Porcentaje de pacientes en los que se utilizó como método de evaluación de pie diabético la inspección visual
3.4		Palpación de pulsos y llenado capilar	Porcentaje de pacientes en los que se utilizó como método de evaluación de pie diabético la palpación de pulsos y llenado capilar
3.5		No especificado	Porcentaje de pacientes en los que no se especificó el método que se utilizó para la evaluación de pie diabético
3.6		Otro	Porcentaje de pacientes en los que se utilizó algún otro método para la evaluación de pie diabético
4	Perfil de lípidos	Porcentaje de pacientes con diabetes a los que se les solicitó un perfil de lípidos en ayunas durante el último año	
5	Fondo de ojo	Porcentaje de pacientes con diabetes en los que se solicitó una valoración anual de fondo de ojo	
6	Glucosa plasmática	Porcentaje de pacientes con diabetes que cuentan con solamente la medición de glucosa plasmática en ayunas durante el último año	
7	Glucosa postprandial	Porcentaje de pacientes con diabetes que cuentan con solamente la medición de glucosa a las 2 horas postprandial durante el último año	
8	Dos mediciones hemoglobina glucosilada	Porcentaje de pacientes con diabetes que cuentan con solamente dos mediciones de hemoglobina glucosilada durante el último año	
9	Dos o más mediciones control glucémico	Porcentaje de pacientes con diabetes que cuentan con dos o más mediciones para determinar su control glucémico durante el último año	

Número indicador	Nombre de indicador		Criterio indicador
10	No medición de control glucémico		Porcentaje de pacientes sin ninguna medición de control glucémico
11	Dejar de fumar		Porcentaje de expedientes clínicos pertenecientes a pacientes diabéticos en los que existe evidencia de haber aconsejado no fumar
12	Metformina / estilo de vida		Porcentaje de expedientes clínicos en los que existe evidencia de que el paciente haya iniciado su tratamiento con metformina y cambios en el estilo de vida.
13.1	Tratamiento diferente metformina / estilo de vida	Insulina	Porcentaje de pacientes cuyo inicio de tratamiento no incluyó metformina y/o cambios en el estilo de vida y sí incluyó insulina
13.2		Sulfonilureas	Porcentaje de pacientes cuyo inicio de tratamiento no incluyó metformina y/o cambios en el estilo de vida y sí incluyó sulfonilureas
13.3		No especificado	Porcentaje de pacientes cuyo inicio de tratamiento no incluyó metformina y/o cambios en el estilo de vida y no se especificó qué sí incluyó
13.4		Otro	Porcentaje de pacientes cuyo inicio de tratamiento no incluyó metformina y/o cambios en el estilo de vida e incluyó algún otro tratamiento
14	Riesgo vascular ácido acetilsalicílico		Porcentaje de pacientes con diabetes y algún factor de riesgo cardiovascular o historia de enfermedad cardiovascular a los que se les prescribió ácido acetilsalicílico
15	Control glucémico		Porcentaje de pacientes con diabetes en los que existe evidencia de control glucémico adecuado
16	Grado de apego a recomendaciones por institución		Promedio de los indicadores 1, 4,5,9, 11,12 y 14 por institución

Cumplimiento de indicadores mediante la revisión de expedientes clínicos por institución

En la Tabla 81 se indica el cumplimiento de cada indicador por institución.

Tabla 81: Cumplimiento de indicadores mediante la revisión de expedientes clínicos de diabetes mellitus por institución

Número indicador	Indicador/ Institución	IMSS	ISSSTE	SSA	TOTAL	
1	Pie diabético	93%	76%	88%	86%	
2	Pruebas pie diabético completas	24%	20%	6%	16%	
3.1	Métodos pie diabético	Monofilamento	28%	20%	6%	17%
3.2		Diapasón	9%	15%	5%	9%
3.3		Inspección visual	97%	78%	79%	85%
3.4		Palpación de pulsos y llenado capilar	91%	67%	74%	78%
3.5		No especificado	2%	22%	21%	15%
3.6		Otro	2%	1%	0%	1%
4	Perfil de lípidos	78%	82%	85%	82%	
5	Fondo de ojo	32%	15%	15%	21%	
6	Glucosa plasmática	96%	90%	96%	94%	
7	Glucosa postpandrial	20%	10%	11%	14%	
8	Dos hemoglobina glucosilada	19%	19%	16%	18%	
9	Dos o más mediciones de control glucémico	88%	80%	89%	86%	
10	No medición control glucémico	4%	10%	4%	6%	
11	Dejar de fumar	24%	21%	30%	25%	
12	Metformina / estilo de vida	30%	41%	51%	42%	
13.1	Tratamiento diferente metformina / estilo de vida	Insulina	7%	6%	5%	6%
13.2		Sulfonilureas	4%	3%	2%	3%
13.3		No especificado	2%	3%	0%	1%
13.4		Otro	0%	1%	0%	0%
14	Riesgo vascular ácido acetilsalicílico	42%	26%	28%	33%	
15	Control glucémico	55%	53%	56%	55%	
16	Grado de apego a recomendaciones por institución	55%	49%	55%	53%	

La recomendación a la que más se apegaron en los expedientes fue la glucosa plasmática (94%), pie diabético y dos o más mediciones de control glucémico con (86%). De los métodos más utilizados para el diagnóstico del pie diabético fueron la inspección visual con un 85% y la palpación de pulsos y llenado capilar con un 78%. Solo en el 16% de los casos – 24% en el caso del IMSS, 20% en el ISSSTE y 6% en la Secretaría de Salud, se realizaron pruebas de pie diabético completas.

A pesar de que existe evidencia de que el uso de monofilamento disminuye las complicaciones neurológicas en los diabéticos, solamente entre el 6 y el 28% de los expedientes utilizan este método.

Otra recomendación a la cual se encontró considerable apego fue la solicitud del perfil de lípidos en ayunas durante el último año, con un 78% en el IMSS, 82% en el ISSSTE, 85% en la Secretaría de Salud y un 82% global. Existe entre todas las instituciones un apego menor al 21% a las recomendaciones de prueba de valoración anual de fondo de ojo, medición de glucosa postprandial y dos mediciones de hemoglobina glucosilada en el último año.

En el 42% de los casos se siguió la recomendación de tratamiento con metformina y cambios en el estilo de vida, y es muy importante mencionar que en un 41% sólo se registró evidencia de la prescripción de metformina sin sugerencias de cambios

Grado de apego a recomendaciones por institución

Para construir el indicador “Grado de apego a recomendaciones por institución” se tomó el promedio de los indicadores 1, 4,5,9,11,12 y 14 ya que son éstos los que se apegan a las recomendaciones emitidas en la GPC analizada que se midieron con la lista de cotejo en unidades.

Tabla 82: Grado de apego a las recomendaciones de la GPC de diabetes mellitus por institución

Institución	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones menor o igual al 25%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 75%
IMSS	4%	34%	50%	11%
ISSSTE	13%	39%	43%	6%
SSA	3%	35%	53%	9%
TOTAL	6%	36%	50%	9%

Como se indica en la Tabla 82, más de la mitad de los expedientes de todas las instituciones cuentan con un grado de apego de entre el 50% y el 75%. Esto indica un grado de apego medio en general a la GPC de diabetes mellitus que el observado para la de atención prenatal. Destaca también el hecho de que menos del 10% de los expedientes revisados en cada institución presentan un grado de apego mayor al 75%.

Descripción de indicadores por estado

Se contruyeron indicadores con los mismos criterios que los mencionados en el apartado anterior por estado⁵⁶. En la Tabla 82 se muestran los indicadores de cumplimiento.

⁵⁶ Consultar la Tabla de los indicadores por estado en el Anexo 2

Tabla 82: Cumplimiento de indicadores mediante la revisión de expedientes clínicos por estado

Número indicador	Indicador/ Estado	Ags	Camp	Chis	D.F.	Dgo	Qro	Son	Total	
1	Pie diabético	82%	95%	91%	89%	90%	63%	84%	86%	
2	Pruebas pie diabético completas	21%	16%	10%	18%	0%	50%	6%	16%	
3.1	Métodos pie diabético	Monofilamento	38%	16%	12%	18%	0%	50%	6%	17%
3.2		Diapasón	17%	5%	10%	9%	0%	0%	13%	9%
3.3		Inspección visual	62%	79%	42%	99%	100%	79%	100%	85%
3.4		Palpación de pulsos y llenado capilar	40%	84%	37%	93%	97%	76%	88%	78%
3.5		No especificado	38%	16%	57%	1%	0%	21%	0%	15%
3.6		Otro	0%	0%	0%	0%	5%	0%	4%	1%
4	Perfil de lípidos	69%	85%	88%	85%	71%	67%	88%	82%	
5	Fondo de ojo	12%	0%	7%	20%	43%	13%	46%	21%	
6	Glucosa plasmática	82%	100%	97%	97%	97%	80%	96%	94%	
7	Glucosa postprandial	3%	35%	32%	4%	34%	7%	16%	14%	
8	Dos hemoglobina glucosilada	3%	10%	1%	22%	26%	13%	36%	18%	
9	Dos o más mediciones control glucémico	49%	100%	87%	92%	94%	62%	96%	86%	
10	No medición control glucémico	18%	0%	3%	3%	3%	20%	4%	6%	
11	Dejar de fumar	6%	15%	11%	18%	70%	2%	73%	25%	
12	Metformina / estilo de vida	57%	100%	87%	33%	1%	53%	14%	42%	
13.1	Tratamiento diferente metformina / estilo de vida	Insulina	2%	0%	2%	7%	1%	7%	15%	6%
13.2		Sulfonilureas	2%	0%	0%	3%	6%	5%	6%	3%
13.3		No especificado	6%	0%	0%	2%	0%	2%	0%	1%
13.4		Otro	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
14	Riesgo vascular ácido acetilsalíclico	39%	13%	33%	23%	52%	10%	64%	33%	
15	Control glucémico	40%	80%	74%	45%	56%	27%	94%	55%	
16	Grado de apego a recomendaciones por institución	45%	58%	58%	51%	60%	38%	66%	53%	

El estado cuyo grado de apego a las recomendaciones es mayor en el global es Sonora (66%), sin embargo, todas las entidades se encuentran entre el 38 y el 66% de grado de apego.

Grado de apego a recomendaciones por estado

Para construir el indicador “Grado de apego a recomendaciones por estado” se tomó el promedio de los indicadores 1, 4, 5, 9, 11, 12 y 14 ya que son éstos los que se apegan a las recomendaciones emitidas en la GPC analizada que se midieron con la lista de cotejo en unidades.

Tabla 83: Grado de apego a las recomendaciones de la GPC de diabetes mellitus por estado

Estado	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones menor o igual al 25%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 75%
AGS	22%	35%	37%	6%
CAMP	0%	15%	85%	0%
CHIS	1%	24%	69%	6%
DF	4%	45%	44%	7%
DGO	3%	27%	54%	16%
QRO	23%	45%	32%	0%
SON	1%	19%	55%	25%
TOTAL	6%	36%	50%	9%

Mientras que Campeche, Chiapas y Durango cuentan con un 85%, 69% y 54% de expedientes con grado de apego a las recomendaciones de entre el 50 y el 75%, los demás estados concentran el mayor volumen de expedientes en grado de apego de entre el 25 y el 50.

3.5.3 Lista de cotejo para la revisión de expedientes relacionados con el diagnóstico y manejo de la infección aguda de las vías aéreas superiores en pacientes mayores a 3 meses hasta los 18 años de edad

Descripción de indicadores por institución

A continuación se describen los indicadores que se construyeron para evaluar el apego a la GPC de diagnóstico y manejo de la infección aguda de las vías aéreas superiores en pacientes mayores a 3 meses hasta los 18 años de edad por institución.

Tabla 84: Descripción de indicadores infecciones de vías aéreas por institución

Número indicador	Nombre de indicador	Criterio indicador	
1	Resfriado común no tratamientos	Porcentaje de pacientes con resfriado común que no recibieron los siguientes tratamientos: Antitusígenos, descongestionantes nasales, spray nasal de bromuro de ipratropio, vitamina C o gluconato de zinc	
2	Resfriado común paracetamol	Porcentaje de pacientes con resfriado común que recibieron como tratamiento conservador el paracetamol	
3	Resfriado común sin antimicrobiano	Porcentaje de pacientes con resfriado común que no recibieron tratamiento antimicrobiano	
4.1	Descripción de tratamiento antimicrobiano no resfriado común	Penicilina	Porcentaje de pacientes que recibieron como tratamiento antimicrobiano para el resfriado común Penicilina
4.2		Macrólidos	Porcentaje de pacientes que recibieron como tratamiento antimicrobiano para el resfriado común Macrólidos
4.3		Clindamicina	Porcentaje de pacientes que recibieron como tratamiento antimicrobiano para el resfriado común Clindamicina
4.4		Aminoglucósidos	Porcentaje de pacientes que recibieron como tratamiento antimicrobiano para el resfriado común Aminoglucósidos
4.5		Cefalosporinas	Porcentaje de pacientes que recibieron como tratamiento antimicrobiano para el resfriado común Cefalosporinas
4.6		Amoxicilina	Porcentaje de pacientes que recibieron como tratamiento antimicrobiano para el resfriado común Amoxicilina
4.7		Trimetoprim – sulfametoxazol	Porcentaje de pacientes que recibieron como tratamiento antimicrobiano para el resfriado común Trimetoprim - sulfametoxazol
4.8		Otro	Porcentaje de pacientes que recibieron como tratamiento antimicrobiano para el resfriado común algún otro medicamento
5	Faringoamigdalitis estreptocócica/ bacteriana tratamiento antimicrobiano	Porcentaje de pacientes con faringoamigdalitis estreptocócica/bacteriana que recibieron tratamiento antimicrobiano	
6	Otitis media aguda tratamiento antimicrobiano	Porcentaje de pacientes otitis media aguda que recibieron tratamiento antimicrobiano	
7	Recomendación a los padres	Porcentaje de expedientes en los que existe registro de haber informado a los padres sobre la necesidad de una nueva valoración ante signos de alarma	
8	Grado de apego a recomendaciones por institución	Promedio de los indicadores 1, 2, 3, 5, 6 y 7 por institución	

Cumplimiento de indicadores mediante la revisión de expedientes clínicos por institución

En la Tabla 85 se indica el cumplimiento de cada indicador por institución.

Tabla 85: Cumplimiento de indicadores mediante la revisión de expedientes clínicos de infecciones de vías aéreas por institución

Número indicador	Indicador/ Institución	IMSS	ISSSTE	SSA	TOTAL	
1	Resfriado común no tratamientos	75%	53%	87%	76%	
2	Resfriado común con sólo paracetamol	7%	7%	7%	7%	
3	Resfriado común sin antimicrobiano	58%	53%	70%	63%	
4.1	Descripción de tratamiento antimicrobiano resfriado común	Penicilina	28%	14%	15%	19%
4.2		Macrólidos	0%	0%	0%	0%
4.3		Clindamicina	0%	0%	0%	0%
4.4		Aminoglucósidos	0%	0%	0%	0%
4.5		Cefalosporinas	0%	5%	0%	1%
4.6		Amoxicilina	24%	67%	58%	49%
4.7		Trimetoprim – sulfametoxazol	20%	5%	19%	15%
4.8		Otro	28%	14%	15%	19%
5	Faringoamigdalitis estreptocócica/ bacteriana u Otitis media aguda tratamiento antimicrobiano	97%	98%	90%	95%	
6	Recomendación a los padres	71%	53%	72%	67%	
7	Grado de apego a recomendaciones por institución	70%	56%	70%	66%	

En el 76% de los casos se siguió la recomendación de no indicar los siguientes tratamientos: antitusígenos, descongestionantes nasales, spray nasal de bromuro de ipratropio, vitamina C o gluconato de zinc. Cabe destacar que hubo el mayor apego a esta recomendación en la Secretaría de Salud con el 87%, seguido por el IMSS con un apego del 75% y al final el ISSSTE con un apego del 53%. En contraste, se observó que la recomendación de mandar solamente paracetamol tuvo un grado de apego de sólo el 7%, y en el 63% de los casos se observó apego a la recomendación de no emplear tratamiento antimicrobiano para el resfriado común.

El tratamiento antimicrobiano más indicado fue la amoxicilina con un 49%, seguido por la penicilina con un 19%. Se observó un alto grado de apego a las recomendaciones de tratamiento antimicrobiano tanto para faringoamigdalitis estreptocócica / bacteriana con un 95% como para la otitis media aguda. Sin embargo,

el número de casos fue muy reducido. Finalmente, en el 67% de los casos se encontró evidencia de alguna recomendación de alerta a los padres. Cabe destacar que en la mayoría de los casos se observó más apego por parte de la Secretaría de Salud a pesar de no contar con expediente electrónico que por parte de las otras dos instituciones.

Grado de apego a recomendaciones por institución

Para construir el indicador “Grado de apego a recomendaciones por institución” se tomó el promedio de los indicadores 1, 2, 3, 5, 6 y 7 ya que son éstos los que se apegan a las recomendaciones emitidas en la GPC analizada que se midieron con la lista de cotejo en unidades.

Tabla 86: Grado de apego a las recomendaciones de la GPC de infecciones de vías aéreas por institución

Institución	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones menor o igual al 25%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 75%
IMSS	21%	19%	6%	55%
ISSSTE	35%	19%	3%	42%
SSASSA	17%	21%	12%	50%
TOTAL	23%	20%	7%	50%

Como se puede observar en la Tabla 86, la mayoría de los expedientes presentan un grado de apego a las recomendaciones mayor al 75%. En el caso del ISSSTE destaca que el 54% de sus expedientes cuenta con un grado de apego menor o igual al 25%.

Descripción de indicadores por estado

Se desarrollaron indicadores con los criterios mencionados en el apartado anterior, la descripción de los mismos se encuentran en el Anexo 2. En la tabla 87 se muestran los indicadores de cumplimiento por estado.

Tabla 87: Cumplimiento de indicadores mediante la revisión de expedientes clínicos de diabetes infecciones de vías aéreas por estado

Número indicador	Indicador/ Institución	Ags	Camp	Chis	D.F.	Dgo	Qro	Son	Total	
1	Resfriado común no tratamientos	71%	63%	35%	83%	88%	86%	70%	76%	
2	Resfriado común sólo paracetamol	6%	13%	0%	9%	4%	10%	3%	7%	
3	Resfriado común sin antimicrobiano	47%	100%	82%	64%	63%	57%	50%	63%	
4.1	Descripción de tratamiento antimicrobiano resfriado común	Penicilina	0%	0%	33%	19%	33%	22%	20%	19%
4.2		Macrólidos	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4.3		Clindamicina	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4.4		Aminoglucósidos	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4.5		Cefalosporinas	11%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
4.6		Amoxicilina	0%	0%	33%	59%	44%	22%	80%	49%
4.7		Trimetoprim – sulfametoxazol	11%	0%	0%	22%	22%	22%	0%	15%
4.8		Otro	78%	0%	33%	11%	0%	33%	0%	19%
5	Faringoamigdalitis estreptocócica/ bacteriana u otitis media aguda tratamiento antimicrobiano	89%	100%	94%	98%	87%	93%	98%	95%	
6	Recomendación a los padres	56%	60%	60%	74%	79%	67%	46%	67%	
7	Grado de apego a recomendaciones por institución	56%	60%	60%	72%	72%	65%	59%	66%	

El grado de apego a las recomendaciones oscila entre el 56% en Aguascalientes y el 72% en Durango y Distrito Federal. En el caso de Campeche, debido al número limitado de unidades visitadas no se encontraron casos de pacientes con resfriado común a quienes se les haya indicado tratamiento antimicrobiano.

Grado de apego a recomendaciones por estado

Para construir el indicador “Grado de apego a recomendaciones por estado” se tomó el promedio de los indicadores 1, 2, 3, 5, 6 y 7 ya que éstos son los que se apegan a las recomendaciones emitidas en la GPC analizada que se midieron con la lista de cotejo en unidades.

Tabla 88: Grado de apego a las recomendaciones de la GPC de infecciones de vías aéreas por estado

Estado	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones menor o igual al 25%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 75%
Aguascalientes	27%	32%	6%	34%
Campeche	20%	30%	20%	30%
Chiapas	36%	9%	3%	52%
DF	21%	14%	6%	59%
Durango	16%	20%	16%	49%
Querétaro	22%	23%	12%	43%
Sonora	23%	43%	5%	30%
TOTAL	23%	20%	7%	50%

En todos los casos excepto en Sonora y Aguascalientes, los expedientes se concentran en un grado de apego a recomendaciones mayor al 50%, con un rango de entre el 50% en Campeche y 65% en el Distrito Federal. En Sonora se encuentra el 66% de los expedientes con un grado de apego de entre el 25 y el 50%.

4. Conclusiones y recomendaciones

Este apartado tiene como finalidad realizar una compilación de los resultados encontrados en la “Evaluación 2014 de la Estrategia de Implantación de las GPC en el Sector Salud” para realizar un análisis crítico que nos permita encontrar los facilitadores y barreras de los procesos de elaboración, actualización, implantación y capacitación así como realizar recomendaciones que permitan que el proyecto avance a la siguiente etapa.

4.1. Discusión y Hallazgos

Estrategia de elaboración y actualización

Tabla 89: Resultados de las entrevistas a autoridades federales encargadas del proceso de elaboración

Estrategia de Elaboración Federal	Instituciones		
	IMSS	ISSSTE	SSA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estandarizar la práctica clínica para homogeneizar la atención en los Servicios de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Homologar la atención médica ▪ Optimizar recursos ▪ Dar una mejor atención médica a los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar a los profesionales de la salud la mejor evidencia científica disponible a través de recomendaciones que están vertidas en las GPC ▪ Mejorar la calidad y efectividad de la atención médica en el Sistema Nacional de Salud
Criterios prioritarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factibilidad, vulnerabilidad, trascendencia ▪ Temas basados principalmente en el diagnóstico primario y secundario de acuerdo a la CIE-10. ▪ Necesidades de la institución 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo a la necesidad, o demanda de atención 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidencia, prevalencia de las enfermedades ▪ Causas de morbilidad, mortalidad, tanto general como específica ▪ Costo que implica para el Sistema Nacional de Salud alguna enfermedad
Grupo elaborador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de profesionales con diferentes especialidades ▪ Máximo 6 integrantes, haciendo un grupo interdisciplinario 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerencia de personal por parte de hospitales regionales, o en caso de ser más enfocada hacia un primer nivel, a delegaciones médicas. ▪ Que tengan especialidad vinculada ▪ Gente de primer nivel en cuanto a trayectoria profesional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Especialistas con el tema afín de la guía ▪ Médicos internistas, médicos generales, enfermeras ▪ Grupo multidisciplinario con un mínimo de 10 personas
Temas a desarrollar	No descrita por el área entrevistada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades crónicas degenerativas ▪ Síndromes metabólicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depende de las necesidades de cada institución, la cobertura que quieran dar

Estrategia de Elaboración Federal	Instituciones		
	IMSS	ISSSTE	SSA
Barreras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a literatura médica ▪ No existen recursos específicos para desarrollo de GPC ▪ Autoridades solicitan metas que tienen que cubrirse afectando la calidad de la guía 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiempo ▪ Falta de recursos bibliográficos ▪ Falta de compromiso de autoridades, sobre todo estatales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resistencia de los profesionales de la salud a participar ▪ No haber incentivo de tipo económico ▪ No contar con un presupuesto directo para el programa de GPC
Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener especialidad y experiencia ▪ Tener formación en epidemiología e investigación ▪ Recursos humanos y su formación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando hay un compromiso de la autoridad, la directiva, la dirección médica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voluntad de los profesionales de la salud que participan ▪ La necesidad de homologar la calidad de la atención

Tabla 90: Resultados de las entrevistas a autoridades federales encargadas del proceso de actualización

Estrategia de Actualización Federal	Instituciones		
	IMSS	ISSSTE	SSA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que las recomendaciones de las GPC sean acordes al contexto en el cual se atienden a los pacientes ▪ Que las recomendaciones tengan que ver con los insumos con los que se cuentan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permitir que las GPC tengan credibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener vigentes las recomendaciones de las GPC
Criterios para actualizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando surge alguna alerta epidemiológica o alguna indicación emitida por instituciones como COFEPRIS o FDA ▪ En función del tiempo (3-5 años) ▪ En función de la información internacional ▪ Cuando se pide la incorporación de algún insumo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por tiempo ▪ Al detectar que cambió mucho la información ▪ Apego a lo que dicta CENETEC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por tiempo (cada 3 a 5 años) ▪ Avances en la literatura científica, de tal manera que la GPC puede actualizarse antes de los 3 años ▪ Monitoreo de grupo de trabajo que decide cuándo actualizar ▪ Por apego a CENETEC
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Misma metodología que para desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mismo grupo elaborador 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Misma metodología que para desarrollo
Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos participan, tienen buena disposición 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suficientes recursos humanos y materiales ▪ Acuerdo con la gente de bibliotecología, para apoyar el proceso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Más profesionales de la salud se acercan al centro desarrollador para participar en el desarrollo, en la actualización de las GPC ▪ Cada vez más se reciben más comentarios, ya sea vía electrónica o vía personal de gente que quiere participar en la actualización
Barreras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El proceso de actualización prácticamente está iniciando por haberse enfocado más en elaboración 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No existe reconocimiento a los autores ▪ Falta infraestructura, por lo menos un área donde se puedan reunir a trabajar ▪ Falta equipo informático y acceso a bibliotecas virtuales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No contar con el número de profesionales de la salud adecuados para la actualización ▪ No tener un presupuesto directo destinado al desarrollo y actualización de las GPC

Al haber abordado inicialmente el proceso de elaboración y actualización de GPC en México establecido en el “Manual Metodológico para la Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud” en contraste con la información recabada mediante entrevistas con los encargados de ambos procesos a nivel federal

de las tres instituciones de salud más importantes del país, se obtienen las siguientes conclusiones.

Es claro constatar que el proceso tanto de elaboración como de actualización referido por el CENETEC es metodológicamente más estricto que lo que en la práctica real se encuentra. Es decir, existen puntos de partida para definir los mecanismos mediante los cuales se llevarán a cabo estos procesos, mismos que en la realidad no son seguidos enfáticamente, sino medianamente. Es evidente que la organización interna de cada institución realiza labores de acuerdo a los recursos y facultades con las que cuenta, apegándose en la medida de lo posible a los lineamientos establecidos en el Manual Metodológico. Sin embargo, existen claras deficiencias en ambos procesos, como por ejemplo el hecho de no separar o especificar una fase de planeación y una fase de producción en la elaboración de GPC, separar las etapas haría que el proceso fuera más detallado. De igual forma, en la fase de actualización no se contempla la participación de un grupo de especialistas ajenos al proceso tal cual se dicta en el Manual Metodológico. Se percibe una situación en la que la elección de participantes queda sujeta más a la disponibilidad y voluntariedad del personal de la institución, que de un proceso de selección de los mejores especialistas, tal y como se describe en la metodología.

Tanto en el proceso de elaboración como de actualización de las GPC, las instituciones comparten las mismas inquietudes y necesidades en cuanto a destinar un presupuesto para dichos procesos que implique el apoyo de autoridades federales para facilitar la labor así como el acceso a bibliografía médica a través de convenios, ya sea con universidades o con fuentes especializadas en el tema.

Ahora bien, si comparamos estas estrategias de elaboración y actualización definidas en el Sistema de Salud en México con lo establecido a nivel internacional, concretamente con las estructuras de los países revisados previamente y que poseen una mayor presencia en el ámbito de GPC en el mundo, concluimos lo siguiente.

El proceso de elaboración y actualización en México posee una estructura muy bien diseñada, definida y en lo general similar a sus equivalentes en otros países, de acuerdo a lo establecido en los lineamientos de la “Metodología para la Integración de las Guías de Práctica Clínica referida por el CENETEC. No obstante, la información obtenida en las entrevistas a las autoridades federales del IMSS, ISSSTE y SSA muestra un camino distinto que en la práctica se conduce.

Como hallazgos generales, todas las instituciones elaboradoras de GPC presentan procesos de trabajo similares, como el hecho de colaborar con un grupo de expertos a

cargo de la información a incluir en las GPC; la revisión bibliográfica o de literatura exhaustiva que sustente las investigaciones; los tiempos promedios en los cuales se elaboran y actualizan las GPC; así como los borradores y versiones finales de GPC publicadas para su consulta.

Sin embargo, si tomamos en consideración sobre quién recae la responsabilidad de elaborar y actualizar guías, en México la rectoría es a nivel gobierno central, siendo que en los países de estudio (España, Inglaterra, Estados Unidos, Australia) la responsabilidad está compartida. Es decir, aun cuando se mantiene al frente el gobierno central en esta tarea como coordinador o elaborador, en todos existe colaboración con diferentes instituciones que coadyuvan en el ejercicio, lo cual permite no solo una contribución en los objetivos principales de desarrollo de GPC sino que incrementan la calidad y participación de diferentes sectores especializados en el tema en cuestión (en ocasiones con grupos externos o ajenos al proceso), generando diversas opiniones, puntos de vista, experiencias y mayor factibilidad de adopción al ser participes en el proceso. Todo esto, sin dejar de lado la rectoría gubernamental, pues en los casos del gobierno de Estados Unidos, y Australia, éstos además de coordinar a todos los participantes, mantienen la dirigencia en cuanto a panel de participantes por definir, autorizaciones, revisiones o identificaciones de temas por desarrollar. En este sentido y aún con mayor especificidad, en el caso de Australia los borradores generados durante el desarrollo de GPC se someten a consulta pública por un periodo de tiempo determinado, con el fin de recabar comentarios, experiencias, aciertos o desaciertos en lo hasta ese momento generado, para quien tenga la voluntad o convicción de participar en la tarea.

Lo anterior es una muestra clara del compromiso social y profesional con el que cuentan las instituciones (públicas o privadas) de los diferentes países para la elaboración de GPC. Más aún, el tema de transparencia en los procesos es de gran consideración en el caso de España pues a lo largo del tiempo y la metodología a seguir para llevar a cabo una actualización de GPC, contempla que toda la información se mantenga abierta y pública (en los sitios web gubernamentales encargados) con el fin de exponer los avances alcanzados, la modificaciones realizadas (o por realizar) y las explicaciones a detalle de la GPC actualizándose. Esta información puede resultar relevante en el momento de consulta de una GPC por parte de cualquier elemento del personal de salud, pues tiene la certeza de que la información referida pudiera estar detallándose en determinados puntos, lo cual generaría confianza al momento de hacer uso de ella.

Por otro lado y una vez elaborada una GPC, es de resaltar el monitoreo que se efectúa para cada una de las guías en los países analizados. Es decir, aún cuando se tenga

contemplada una revisión y posterior actualización de las GPC en alrededor de 3 años posteriores a la publicación, en Inglaterra por ejemplo esos primeros 3 años la labor se centra en monitorear el uso de la GPC, particularmente en recolectar información constantemente de las evidencias, experiencias o comentarios generales, tanto de personal médico como de los pacientes. Todo ello mantiene una real justificación y sustento en cuanto a las razones de por qué y cómo actualizar, pues este monitoreo determina si el periodo de actualización se mantiene igual, se adelanta o incluso atrasa, acordando una actualización completa, parcial o excepcional (con grado de urgencia) de la GPC en cuestión. En este sentido, se mantiene un detallado y meticuloso seguimiento que, como en el caso de Australia, se evalúa en todo este tiempo si la práctica clínica se ha dirigido hacia las recomendaciones plasmadas en la GPC o si los efectos y resultados en salud han cambiado en la población.

De los elementos mencionados como aciertos de otros países anteriormente, destacan dos: la transparencia y accesibilidad de la etapa del proceso en la cual se encuentra cada GPC y la inclusión de una fase de recolección de información posterior a la publicación de la GPC para conocer los comentarios y las experiencias de expertos, médicos y pacientes acerca de la GPC. Estos dos elementos fortalecerían el proceso de elaboración y actualización de GPC en México.

Estrategia de sensibilización y capacitación

Tabla 91: Cuadro comparativo de resultados de las entrevistas a encargados de la estrategia de capacitación, por institución, a nivel federal y estatal

Estrategia Capacitación	IMSS		ISSSTE		SSA	
	Federales	Estatales	Federales	Estatales	Federales	Estatales
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Proveer de las herramientas necesarias al personal médico con el fin de que lleven a cabo la difusión e implementación de las GPC 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la atención al derechohabiente a través de la unificación de criterios médicos basados en las GP 	<ul style="list-style-type: none"> Todo el personal conozca las GPC y que entiendan la metodología con la cual están elaboradas para su aplicación Poder estandarizar la atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> Unificar los criterios de atención 	<ul style="list-style-type: none"> El personal de salud conozca las GPC y las utilice en la práctica diaria 	<ul style="list-style-type: none"> Concientizar al personal de salud para que conozcan y apliquen las GPC en la práctica diaria
Encargados de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación Técnica de Excelencia Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de los Programas Estatales de Capacitación Jefes del departamento de prestaciones médicas Jefes de enseñanza Directores de la unidad 	<ul style="list-style-type: none"> Jefatura de Departamento de Programas Estatales 	<ul style="list-style-type: none"> Jefes de atención médica de cada delegación Jefes de unidad Jefes de enseñanza Director de la unidad 	<ul style="list-style-type: none"> Área de Acreditación y Garantía de la Calidad y Sistemas de Reconocimientos 	<ul style="list-style-type: none"> Subdirección de Enseñanza y la Subdirección de Gestión de Calidad Jefes de enseñanza a nivel jurisdiccional
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> Una capacitación anual obligatoria (UMAES y delegaciones) 	<ul style="list-style-type: none"> Sesiones departamentales Presentación de casos clínicos Talleres 	<ul style="list-style-type: none"> 2 talleres regionales al año 	<ul style="list-style-type: none"> Uso de GPC como referencia bibliográfica 	<ul style="list-style-type: none"> Distribución de información relacionada con las GPC Realización de sesiones informativas en relación a las GPC 	<ul style="list-style-type: none"> Uso de GPC como referencia bibliográfica Presentación de casos clínicos
Tipos de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Presencial 	<ul style="list-style-type: none"> Presencial Cursos en línea 	<ul style="list-style-type: none"> Presencial 	<ul style="list-style-type: none"> Presencial 	<ul style="list-style-type: none"> Presencial 	<ul style="list-style-type: none"> Presencial Videoconferencias

Estrategia Capacitación	IMSS		ISSSTE		SSA	
	Federales	Estatales	Federales	Estatales	Federales	Estatales
Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> La vinculación de los 3 niveles (federal, estatal y unidad) 	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución de estrategias organizadas y coordinadas dentro de la institución Cumplimiento con sus programas establecidos 	<ul style="list-style-type: none"> Las capacitaciones son obligatorias 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos materiales 	<ul style="list-style-type: none"> Cuentan con una metodología que permite realizar una evaluación crítica de la estrategia 	<ul style="list-style-type: none"> La comunicación entre el personal en los diferentes niveles Impartición de cursos por videoconferencia
Mejoras a la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> Creación de un foro en donde se expongan casos de éxito en las delegaciones y se puedan compartir experiencias 	<ul style="list-style-type: none"> Exista una mayor vinculación en estrategias por parte de los jefes de servicio y del personal de educación dentro de las unidades Mayor tiempo disponible para el personal de salud Las capacitaciones tengan carácter obligatorio 	<ul style="list-style-type: none"> Proveer de más recursos humanos a las unidades Creación de expediente electrónico en primer nivel Aumentar el número de cursos dedicados a GPC 	<ul style="list-style-type: none"> Contratar a personal médico de salud que cubra las vacantes de las unidades 	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de focalizar las capacitaciones en los temas de guías relacionadas con enfermedades crónico degenerativas Focalizar el tipo de capacitación a desarrollar 	<ul style="list-style-type: none"> Creación de un programa de seguimiento a las capacitaciones Instalación y sustitución de equipos de cómputo

Si bien existe una clara homologación entre las tres instituciones tanto a nivel federal como estatal con respecto a los objetivos percibidos de la capacitación en materia de GPC, cada institución tiene una estructura diferente por lo cual los responsables de dicha estrategia por institución varían. En general casi todas las capacitaciones son presenciales aunque destaca el hecho de que el IMSS cuenta con cursos en línea exclusivamente dedicados a las GPC.

A nivel estatal destaca la mención tanto en el IMSS como en el ISSSTE de los recursos materiales con los que se cuenta como facilitadores. Finalmente, en los diferentes niveles e instituciones se mencionan varias sugerencias de mejoras al programa relevantes, como la publicación de los casos de éxito, el contar con más recursos humanos en las unidades y el contar con el expediente electrónico para homologar la práctica y mejorar el apego a las GPC.

Tabla 92: Grado de capacitación por institución

Institución	Porcentaje de unidades con grado de capacitación menor o igual al 25%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 75%
IMSS	2%	0%	8%	90%
ISSSTE	48%	25%	18%	10%
SSA	27%	13%	30%	30%
TOTAL	24%	12%	19%	45%

Con base en los indicadores clave generados a partir de la información recolectada tanto de los responsables de capacitación en las unidades como del personal clave encuestado en las mismas se asignó a cada unidad un grado de capacitación entre el 0 y el 100%. Entre los indicadores que se consideraron para asignar este grado de capacitación se incluyeron el haber o no recibido capacitación en el último año (considerando tanto lo que reportó el responsable como lo que reportó el personal clave), el haber o no mostrado evidencia de dicha capacitación, el contar o no con algún método de evaluación de la capacitación impartida y la calificación que el personal clave de cada unidad otorgó a la capacitación recibida.

De esta manera, el IMSS es la institución que destaca sobre el resto al obtener un 90% de unidades con un grado de capacitación mayor al 75%. En contraste, al analizar el porcentaje de unidades con un grado de capacitación menor o igual al 25%, sobresale el ISSSTE al arrojar un 48% de unidades bajo esta condición.

Es de resaltar que, aún con lo anterior mencionado, analizando el mismo indicador en la totalidad con las tres instituciones, el porcentaje de unidades con un grado de capacitación mayor al 75% es el predominante con un 45% de unidades.

Lo anterior indica que, globalmente, la estrategia de capacitación en el tema de GPC en el país ha logrado resultados apegados a los objetivos de la misma, tomando en consideración desde luego los retos en la materia que, a decir de los propios entrevistados, es fundamental atender para la consecución de resultados exitosos.

Tabla 93: Grado de capacitación por estado

Estado	Porcentaje de unidades con grado de capacitación menor o igual al 25%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de unidades con grado de capacitación mayor al 75%
Aguascalientes	31%	23%	15%	31%
Campeche	0%	0%	0%	100%
Chiapas	52%	13%	17%	17%
Distrito Federal	18%	16%	24%	43%
Durango	0%	7%	14%	79%
Querétaro	25%	0%	17%	58%
Sonora	31%	0%	19%	50%
TOTAL	24%	12%	19%	45%

Las entidades donde se observa un mayor grado de capacitación en las unidades, con un 79% y 100% de sus unidades con un grado mayor al 75%, respectivamente son Durango y Campeche. Contrasta el caso de Chiapas donde el 52% de las unidades tienen un grado de capacitación menor o igual al 25% y sólo el 17% tienen un grado mayor al 75%.

Es muy importante atender el rezago que se observa en el estado de Chiapas con respecto al resto de las entidades. Aunque las condiciones económicas y geográficas dificultan la tarea, es precisamente en estados con estas características donde un apego a las GPC puede significativamente mejorar la atención médica de su población.

Estrategia de implantación

Tabla 94: Cuadro comparativo de resultados de las entrevistas a encargados de la estrategia de implantación, por institución, a nivel federal y estatal

Estrategia Implantación	IMSS		ISSSTE		SSA	
	Federales	Estatales	Federales	Estatales	Federales	Estatales
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar a las unidades, a través de las delegaciones, las estrategias de cómo se difunden y utilizan las GPC ▪ Estandarizar la atención médica ▪ Mejorar gestión de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La estandarización de procesos y tratamientos relacionados con la consulta médica, que permiten al médico otorgar una atención médica de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que todos conozcan las GPC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unificar los criterios de la atención médica basada en evidencia clínica para homogeneizar el tratamiento a nivel institucional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopción de las guías a la práctica médica como instrumento de consulta cotidiana y en apego a las recomendaciones que vienen en ellas ▪ Priorización y adopción de GPC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los profesionales de la salud ocupen las GPC y que tengan un acceso fácil y rápido a las mismas
Encargados de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación Técnica de Excelencia Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Jefatura de Prestaciones Médicas ▪ La Coordinación de Prevención y Atención a la Salud ▪ Jefes de departamento ▪ Directores de la unidad ▪ Coordinadores clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefatura de Servicios de Enseñanza y Capacitación ▪ Subdelegados médicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefatura de Servicios de Enseñanza y Capacitación ▪ Subdelegados médicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirección General de Calidad y Educación en Salud ▪ Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité de Calidad y Seguridad del Paciente ▪ Coordinación de Gestión de Calidad a nivel estatal y jurisdiccional

Estrategia Implantación	IMSS		ISSSTE		SSA	
	Federales	Estatales	Federales	Estatales	Federales	Estatales
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> Con base en plan de implementación sectorial 	<ul style="list-style-type: none"> Difusión de las GPC a través de materiales físicos Instalación de vínculos de acceso directo a las GPC en la Web 	<ul style="list-style-type: none"> Distribución de CD Capacitación, sensibilización y difusión 	<ul style="list-style-type: none"> Difusión de las GPC a través de materiales físicos Instalación de vínculos de acceso directo a las GPC en la Web 	<ul style="list-style-type: none"> Modificar valores, creencias 	<ul style="list-style-type: none"> Difusión de las GPC a través de materiales físicos Instalación de vínculos de acceso directo a las GPC en la Web
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Cédulas de verificación Supervisiones a las unidades 	<ul style="list-style-type: none"> Cédulas de verificación 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación directa y evidencias recabadas 	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza a través de un equipo de supervisión 	<ul style="list-style-type: none"> Cada institución envía reporte trimestral donde señalan avances 	<ul style="list-style-type: none"> Cédulas de autoevaluación en las unidades (no exclusivas de GPC)
Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con proceso estandarizado 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación del personal de salud Expediente electrónico GPC como instrumento jurídico 	<ul style="list-style-type: none"> Que las GPC estandarizan la prescripción médica 	<ul style="list-style-type: none"> GPC como instrumento jurídico GPC como instrumento para homologar la atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> Conformación de grupos técnicos que coordinan la integración Salto adicional de las instituciones de mejora en el proceso de implantación 	<ul style="list-style-type: none"> GPC como instrumento para homologar la atención médica
Barreras	<ul style="list-style-type: none"> Horarios laborales de trabajadores sindicalizados 	<ul style="list-style-type: none"> Homologación de las cédulas de verificación Falta de medicamentos Resistencia del personal a su uso Percepción del personal de que las GPC están desactualizadas 	<ul style="list-style-type: none"> Los cursos están dirigidos a médicos de especialidad 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> Se dio por largo tiempo mucho énfasis a la difusión 	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia del personal a su uso Falta de insumos médicos Percepción del personal sobre el uso de las GPC

Estrategia Implantación	IMSS		ISSSTE		SSA	
	Federales	Estatales	Federales	Estatales	Federales	Estatales
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos humanos (cambio de personal) 	<ul style="list-style-type: none"> Escasez de recursos físicos 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos humanos Falta de equipo de cómputo 	<ul style="list-style-type: none"> Escasez de recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos económicos 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos económicos Falta recursos físicos
Mejoras a la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> Apego Cursos de sensibilización Reconocimiento a participantes en los cursos 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación en el monitoreo Campañas de concientización Creación de manuales de bolsillo con material para la consulta de las GPC de forma rápida 	<ul style="list-style-type: none"> Hacerlo obligatorio Reconocimiento a participantes en los cursos Incentivo al apego 	<ul style="list-style-type: none"> Estímulo económico o académico Creación de un programa de seguimiento exclusivo a las GPC 	<ul style="list-style-type: none"> Focalizar hacia el área operativa las recomendaciones que operarían Utilizar indicadores que evalúen la aplicación y el apego de la guía Actualizar la estrategia de implantación 	<ul style="list-style-type: none"> Proveer de presupuesto a las unidades de salud

La estrategia de implantación de las GPC comprende dos etapas: la primera es la difusión de las guías cuyo objetivo es lograr que todo el personal conozca de su existencia y sepan en dónde se encuentran disponibles para su uso; la segunda, consiste en la etapa de implantación en donde el objetivo es lograr que el personal de salud utilice las guías y se apegue a sus recomendaciones y que éstas, a su vez, se vean reflejadas en los expedientes clínicos. Sin embargo, como se ha visto a lo largo del documento todavía existen encargados de la estrategia en las unidades (sobre todo por parte del ISSSTE) en donde existe una confusión entre estos dos procesos, por lo que existieron encargados y personal clave que reportaron que su estrategia de implantación llevaba más del 70% de avances, y al preguntarles en qué consiste dicha estrategia, las respuestas se relacionaron con la distribución de las guías más que hablar acerca de un apego.

Es importante destacar que una posible causa de la falta de impacto de la estrategia de implantación sea que en las unidades no existe un seguimiento a la estrategia de acuerdo a lo especificado en la “*Estrategia para la Difusión e Implantación de las Guías*”

de *Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*”. La definición de la estrategia de seguimiento es: “Acciones previstas para medir el impacto de las guías en la toma de decisiones”. En este sentido, es el IMSS la única institución que tiene un instrumento de seguimiento para medir este impacto (cédulas de verificación) y que cuenta con herramientas para facilitar el apego a las recomendaciones de las GPC (expediente electrónico). La SSA a nivel federal realiza intentos por darle continuidad y seguimiento a la estrategia pero el común denominador a nivel federal y de unidad es la falta de tiempo o saturación de trabajo por parte de los encargados de la estrategia. Este hecho impacta de manera negativa, ya que aunque se tenga conocimiento de la estrategia, los encargados optan por darle prioridad a otros programas. En cuanto al ISSSTE es la institución que mayores rezagos reporta, dado que es la única institución en donde no existe una estrategia clara de implantación ni de seguimiento.

Destacan como barreras la falta de tiempo del personal de salud y la resistencia de los médicos al uso de las GPC. Algunos médicos consideran que las GPC limitan la práctica médica. Otros consideran que mientras que los medicamentos que se recomiendan no estén también generalizados en todas las unidades e instituciones, el apego no será fácil.

También fue muy mencionada la falta de recursos para la difusión de GPC en todas las instituciones en sus diferentes niveles. Como sugerencias de mejora destacan el reconocimiento, estímulo o incentivos para el uso y apego a las GPC, el monitoreo a través de indicadores y el contar con un presupuesto destinado al programa.

Tabla 95: Condición de ejecución del plan operativo por institución

Institución	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo menor o igual al 25%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 75%
IMSS	4%	0%	4%	92%
ISSSTE	54%	3%	8%	35%
SSA	44%	0%	20%	35%
TOTAL	33%	1%	11%	55%

Con base en los indicadores clave generados a partir de la información recolectada de los responsables de implantación en las unidades, se asignó a cada unidad una condición de ejecución del plan operativo entre el 0% y el 100%. Los indicadores que se consideraron para asignar esta condición de ejecución fueron el contar o no con un

plan operativo, el contar con registro documental del plan y el reportar seguimiento del mismo.

Con base en lo que se obtuvo de dicha asignación por unidad, se observa que existe oportunidad de mejora particularmente en el ISSSTE y en la Secretaría de Salud en los apartados de la implementación del plan operativo así como el crear una estrategia de seguimiento exclusivamente para medir el impacto de las GPC en la práctica clínica. El 54% de las unidades del ISSSTE cuentan con una condición de ejecución del plan operativo menor al 25%, mientras que el 44% de las unidades de la Secretaría de Salud se encuentran en la misma situación.

Tabla 96: Condición de ejecución del plan operativo por estado

Estado	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo menor o igual al 25%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 25% y menor o igual al 50%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 50% y menor o igual al 75%	Porcentaje de unidades con condición de ejecución del plan operativo mayor al 75%
Aguascalientes	54%	0%	0%	46%
Campeche	0%	0%	25%	75%
Chiapas	59%	5%	14%	23%
DF	26%	0%	11%	62%
Durango	0%	0%	31%	69%
Querétaro	42%	0%	0%	58%
Sonora	33%	0%	7%	60%
TOTAL	33%	1%	11%	55%

Una vez más se puede observar el rezago de las unidades del estado de Chiapas en cuanto a la ejecución del plan operativo, con el 59% de ellas solo cumpliendo en un 25% esta condición.

En la etapa del proyecto en la que se está, cobra cada vez más importancia el contar con un plan operativo a nivel federal y estatal pero sobre todo a nivel unidad para difundir las GPC y medir el apego a las mismas. Sin esto, los grandes esfuerzos realizados por las autoridades de las tres instituciones en materia de elaboración, actualización y capacitación verán limitado su impacto.

Uso y utilidad de las GPC

Tabla 97. Principales indicadores uso y utilidad de las GPC por institución

Indicador	IMSS	ISSSTE	SSA	Total
Total de encuestados	150	110	165	425
% del personal que conoce las GPC	99%	76%	92%	91%
% del personal que ha utilizado una GPC en el último mes	97%	51%	72%	75%
% de personal que le fue de utilidad la GPC (Sobre el personal que consultó una GPC)	99%	98%	96%	98%
% del personal que considera que la GPC está actualizada	75%	56%	62%	65%
% del personal de salud que cuenta con acceso a las GPC	99%	72%	85%	87%
% del personal con acceso al Catálogo Maestro	97%	53%	59%	71%

Tabla 98. Principales indicadores uso y utilidad de las GPC por estado

Indicador	Ags	Camp	Chis	DF	Dgo	Qro	Son	Total
Total de encuestados	37	12	67	188	41	36	44	425
% del personal que conoce las GPC	92%	100%	72%	92%	100%	89%	100%	91%
% del personal que ha utilizado una GPC en el último mes	86%	100%	58%	73%	90%	69%	84%	75%
% de personal que le fue de utilidad la GPC (Sobre el personal que consultó una GPC)	100%	100%	100%	96%	97%	96%	100%	98%
% del personal que considera que la GPC está actualizada	78%	100%	58%	56%	78%	67%	80%	65%
% del personal de salud que cuenta con acceso a las GPC	92%	100%	64%	87%	100%	86%	100%	87%
% del personal con acceso al Catálogo Maestro	92%	100%	34%	65%	100%	86%	84%	71%

Con base en los principales indicadores se puede concluir que aunque la mayoría del personal conoce las GPC, sólo el 75% ha utilizado una GPC en el último mes. Sin embargo, quienes usan las GPC reportan casi en todos los casos que sí les fue de utilidad.

Existe una importante oportunidad de mejora en dos aspectos, la percepción de actualización de las GPC y el acceso al Catálogo Maestro.

Sólo el 65% del personal encuestado considera que las GPC están actualizadas. Esto refuerza lo mencionado anteriormente en cuanto a la necesidad de enfocar los esfuerzos en actualizar las GPC existentes más que elaborar más GPC.

En cuanto al acceso al Catálogo Maestro, una vez más se pone en evidencia la necesidad de direccionar los esfuerzos hacia la elaboración y ejecución de un plan operativo en las unidades para la difusión y apego a las GPC, a pesar de que es evidente un importante esfuerzo en este sentido ya que el 87% del personal reporte contar con acceso a las GPC.

En conclusión, se detecta que el impacto de la estrategia de sensibilización y capacitación se ve mermada por la falta de recursos económicos que impiden que los médicos de jurisdicciones lejanas (IMSS – ISSSTE) puedan asistir a los cursos, también se encuentra la falta de presupuesto para traer a personal especializado que pueda impartir la capacitaciones en la unidad. Por otro lado, la falta de lineamientos claros en cuanto al contenido y la forma de las capacitaciones ocasionan que muchas veces las GPC se vean relegadas a referencias bibliográficas, lo cual ayuda a conocerlas pero no a utilizarlas, por esto es necesario especificar actividades únicas sobre el tema de la utilidad de las GPC y su importancia.

Apego a GPC

Con base en los principales indicadores que se evaluaron en las listas de cotejo para indicar el apego a las recomendaciones establecidas en cada GPC se construyó un indicador de grado de apego a las recomendaciones de cada una de las GPC analizadas que va de 0% al 100%.

Tabla 99: Grado de apego a recomendaciones por institución

Institución	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones menor o igual al 25%			Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 25% y menor o igual al 50%			Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 50% y menor o igual al 75%			Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 75%		
	Prenatal	Diabetes	Infecciones	Prenatal	Diabetes	Infecciones	Prenatal	Diabetes	Infecciones	Prenatal	Diabetes	Infecciones
IMSS	3%	4%	21%	8%	34%	19%	44%	50%	6%	46%	7%	55%
ISSSTE	8%	13%	35%	28%	39%	19%	49%	43%	3%	15%	3%	42%
SSA	3%	3%	17%	11%	35%	21%	49%	53%	12%	37%	4%	50%
Total	4%	6%	23%	14%	36%	20%	47%	50%	7%	35%	5%	50%

En general se observa un mayor grado de apego a las recomendaciones de la GPC de atención prenatal, seguido de diabetes mellitus y, en último lugar, infecciones de vías respiratorias. En las tres GPC analizadas se observa que el IMSS es la institución que cuenta con más porcentaje de unidades con una grado de apego a las recomendaciones mayor a 50%.

El resultado antes mencionado es probablemente una consecuencia de que el IMSS obtuvo consistentemente mejores resultados en los indicadores tanto de capacitación como de implantación y utilidad y uso de las GPC. Esto se refleja en el apego a las recomendaciones que se encontró en los expedientes. Por lo tanto, es muy importante continuar con los esfuerzos de capacitación e implantación en las unidades, particularmente en el ISSSTE donde se observa un rezago en esta materia.

Una herramienta con la que cuenta el IMSS y que facilita el apego a las recomendaciones de las GPC es el expediente electrónico, ya que éste obliga a los médicos a registrar *items* clave mencionados en las mismas.

Tabla 100: Grado de apego a recomendaciones por estado

Estado	Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones menor o igual al 25%			Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 25% y menor o igual al 50%			Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 50% y menor o igual al 75%			Porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor al 75%		
	Prenatal	Diabetes	Infecciones	Prenatal	Diabetes	Infecciones	Prenatal	Diabetes	Infecciones	Prenatal	Diabetes	Infecciones
AGS	8%	22%	27%	25%	35%	32%	35%	37%	6%	32%	6%	34%
CAMP	0%	0%	20%	0%	15%	30%	35%	85%	20%	65%	0%	30%
CHIS	0%	1%	36%	7%	24%	9%	46%	69%	3%	47%	6%	52%
DF	7%	4%	21%	17%	45%	14%	50%	44%	6%	27%	7%	59%
DGO	0%	3%	16%	7%	27%	20%	54%	54%	16%	39%	16%	49%
QRO	5%	23%	22%	23%	45%	23%	37%	32%	12%	35%	0%	43%
SON	0%	1%	23%	7%	19%	43%	54%	55%	5%	39%	25%	30%
TOTAL	4%	6%	23%	14%	36%	20%	47%	50%	7%	35%	9%	50%

En las tres GPC analizadas se observa que Campeche es el estado que cuenta con más porcentaje de unidades con un grado de apego a las recomendaciones de atención prenatal mayor al 75%. Para el caso de diabetes es Sonora quien cumple con esta característica y para el caso de infecciones es el Distrito Federal. El estado más rezagado en grado de apego para la GPC de atención prenatal es Distrito Federal, para diabetes es Querétaro y para el caso de infecciones es Sonora.

A pesar de que Chiapas presentó consistentemente peores resultados en los indicadores de capacitación, implantación, utilidad y uso sus indicadores de apego no son los más bajos en todos los casos. Del cualquier forma es importante fomentar las actividades de capacitación e implantación en las entidades más rezagados para que éstos mejoren en el corto plazo su grado de apego a las GPC.

4.2. Análisis FODA

A continuación se muestra un análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de la “Estrategia de Implantación 2014 de las Guías de Práctica Clínica del Sector Salud”. Se escogieron los principales resultados obtenidos a partir del análisis cualitativo y cuantitativo de los 5 objetivos planteados en la evaluación.

Tabla 101: Análisis Foda



4.3. Recomendaciones

De acuerdo a lo observado en todas las etapas del presente estudio se realizan las siguientes recomendaciones puntuales:

- **Elaboración y actualización**
 - Unificar los criterios de elaboración y actualización de las tres instituciones (IMSS, ISSSTE y SSA), priorizando la actualización sobre la elaboración de GPC.
 - Crear incentivos académicos y económicos para promover la participación de los médicos en la elaboración y actualización de GPC.
 - Generar acuerdos y convenios con instituciones de educación superior que tengan acceso a bibliotecas especializadas virtuales de consulta médica para enriquecer el proceso de elaboración y actualización de GPC.
 - Fomentar la discusión de las GPC antes y después de su publicación entre la comunidad médica y las instituciones privadas expertas en la materia.
 - Recolectar información de experiencias de médicos, expertos y pacientes posterior a la publicación de GPC.

- **Capacitación y Sensibilización**
 - Crear incentivos académicos para promover la asistencia de los médicos a las capacitaciones en materia de GPC impartidas en las unidades.
 - Aumentar la oferta de los cursos en línea en materia de GPC para tener un mayor alcance en estados con unidades dispersas.
 - Vincular de manera más rígida la creación de los programas de capacitación de las unidades con las autoridades federales, es decir, que exista una mayor supervisión y retroalimentación en el proceso de capacitación y sensibilización.

- **Implantación y seguimiento**
 - Proveer de herramientas a las unidades para el diseño y seguimiento de un Plan Operativo de Implantación más eficiente y apegado a la Estrategia de Implantación de GPC
 - Fomentar el entendimiento de los conceptos de capacitación, difusión, implantación y seguimiento
 - Fomentar el uso de las estrategias de implantación con éxito comprobado internacionalmente, y evitar las estrategias con efectividad escasa o nulo impacto

- Crear cédulas de evaluación estandarizadas de las 3 instituciones para permitir el análisis de resultados globales de uso y apego a las GPC y, de este modo, sugerir líneas de acción a nivel federal.
- Evaluar la posibilidad de la implementación del expediente electrónico en las tres instituciones de salud para facilitar el apego a las GPC.
- Crear indicadores exclusivos para medir el apego de los expedientes a las GPC y establecer su revisión periódica en el Comité de GPC para establecer las líneas de acción futuras.

Bibliografía

- Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Cluzeau F, feder G, Fervers B, Hanna S, Makarski J on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. Dec 2010, 182:E839-842; doi: 10.1503/cmaj.090449
- AAN (American Academy of Neurology). 2011. Clinical Practice Guideline Process Manual, 2011 Ed. St. Paul, MN: The American Academy of Neurology
- IOM (Institute of Medicine). 2011. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press.
- Vernooij et al.: Guidance for updating clinical practice guidelines: a systematic review of methodological handbooks. *Implementation Science* 2014 9:3.
- Manual metodológico para la actualización de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. México: Secretaría de Salud; 2012
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Metodología para la Integración de Guías de Práctica Clínica. México D. F. : Secretaría de Salud; 2007.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (November 2012) The guidelines manual. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Available from: www.nice.org.uk
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). Interim clinical guideline surveillance process and methods guide 2013. London: National Institute for Health and Care Excellence. Available from: www.nice.org.uk.
- Working Group for CPG Updates. Updating Clinical Practice Guidelines in the National Health System: Methodology Handbook. National Health System Quality Plan of the Spanish Ministry of Health and Social Policy. Aragon Health Sciences Institute (I+CS), 2009. Clinical Practice Guidelines in the National Health System: I+CS No.2007/02-01

- Del Pilar Torres-Arreola, L., Peralta-Pedrero, M. L., Viniegra-Osorio, A., Valenzuela-Flores, A., Sandoval-Castellanos, F., Echevarría-Zuno, S., y Sandoval-Castellanos F. Proyecto para el desarrollo de guías de práctica clínica en el Instituto Mexicano del Seguro Social [versión electrónica]. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2010;48(6):661-672.
- Qaseem, A., Snow, V., Owens, D., y Shekelle, P. (2010). The Development of Clinical Practice Guidelines and Guidance Statements of the American College of Physicians: Summary of Methods. *Annals of Internal Medicine*. 2010;153(3):194-199
- LeFevre, Michael. (n.d.) Developing Clinical Practice Guidelines . Consultado el 25 de noviembre de 2014, American Academy of Family Physicians: <http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/practice-guidelines.html>
- (2014). Enhancements to ICSI Scientific Documents Program. Consultado el 23 de noviembre de 2014, Institute for Clinical Systems Improvement: https://www.icsi.org/_asset/nwy5ll/ICSI-sci-doc-enhancements2014.pdf
- Scientific Document Overview. Consultado el 23 de noviembre de 2014, Institute for Clinical Systems Improvement: https://www.icsi.org/_asset/h2jd5g/SciDocProcess.pdf
- (2014). How NHMRC develops its guidelines. Consultado el 28 de noviembre de 2014, National Health and Medical Research Council: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/how-nhmrc-develops-its-guidelines>
- (2014). Clinical Practice Guidelines Portal. Consultado el 28 de noviembre de 2014, National Health and Medical Research Council: <http://www.clinicalguidelines.gov.au>
- (2013). Entidades elaboradoras de GPC. Consultado el 18 de noviembre de 2014, Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/entidades-elaboradoras-gpc>
- Martínez Garcia L, Arévalo-Rodríguez I, Solà I, Haynes RB, Vandvik PO, Alonso-Coello P, Updating Guidelines Working Group: Strategies for monitoring and

updating clinical practice guidelines: a systematic review. *Implement Sci* 2012, 7(1):109.

- Alonso-Coello P, Martínez García L, Carrasco Gimeno JM, Solà I, Qureshi S, Burgers JS, Díaz del Campo P, Estrada MD, Gracia J, Mengual J, Rico Iturrioz R, Rotaeche del Campo R, Salcedo-Fernandez F: The updating of clinical practice guidelines: insights from an international survey. *Implement Sci* 2011, 6:107.
- Shekelle P, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH: Validity of the agency for healthcare research and quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001, 286(12):1461-1467.
- Australia. National Health and Medical Research Council. (1999) *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*.