

# Las guías de práctica clínica: una herramienta de participación en la construcción de una política pública

Clinical practice guidelines: a participation tool in the construction of public policy

Rodrigo Pardo Turriago (1), Vivian Marcela Molano Soto (2)

### RESUMEN

Las guías en práctica clínica buscan brindar recomendaciones basadas en evidencia para abordar los procesos de atención para así alcanzar los más altos estándares de calidad. Son procesos participativos e interdisciplinarios. El objetivo de este documento es describir los procesos metodológicos que facilitan desarrollar las recomendaciones de las guías y ofrecer un análisis del contexto que puede modificar el proceso en su conjunto, deteniéndose en los tipos de relacionamiento que lo hacen posible.

Se presenta un análisis del desarrollo de la estrategia de elaboración de guías en práctica clínica en Colombia como herramienta del subsistema de calidad y se revisan los antecedentes y avances a la fecha. Se discuten los aspectos teóricos y prácticos de los mecanismos de participación y su alcance en la formulación de recomendaciones. Se ilustra a manera de ejemplo el caso de la Guía de atención en enfermedad cerebro vascular.

Se dispone de un Manual de Elaboración de Guías y de un Manual de Implementación, así como de un número de productos para patologías específicas y se esperan nuevas guías en el próximo año. Los mecanismos de participación se enmarcan en las dinámicas de empoderamiento de actores dentro del ámbito social.

Las guías son herramientas útiles para resolver problemas específicos en la atención de problemas de salud desde una perspectiva amplia de construcción social de políticas públicas en salud que enfrentan retos y dificultades que deben superarse.

**PALABRAS CLAVE:** Guías en práctica clínica, participación, políticas públicas, sistema de calidad, ataque cerebro vascular (DECS).

### SUMMARY

Clinical practice guidelines (CPG) seek to provide evidence-based recommendations for clinicians and decision-makers aiming at the highest quality standards of care. CPG are developed by multidisciplinary teams and through social participation. To describe the methodological process and contextual analysis of the development of CPG. To analyze the social participation process in the formulation of health policy.

This paper presents an analysis of a new strategy for the development of CPG in Colombia as a tool for the sub-system of quality in health. The starting point and the current advances of the CPG movement in Colombia are described. We discuss the theoretical and practical mechanisms of social participation and their influence in the formulation of CPG recommendations. We report the case-study of the development of Stroke Clinical Practice Guideline for Colombia.

We used, as framework, a CPG Development Manual and an Implementation Manual, as well, as several technical reports of specific pathologies. The mechanisms of social participation are based on the dynamics of stakeholders' empowerment into the Colombian social context.

Clinical practice guidelines are useful tools for solving specific issues with health care providers. From the point of view of the social construction of health policies, CPG implementation has still several barriers to overcome.

**KEY WORDS.** Clinical Practice Guide Lines, Participation, Health Policy, Quality Health system, Stroke (MeSH).

(1) Profesor Asociado. Unidad de Neurología e Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

(2) Comunicadora Social-Periodista. U. Central. Magister en Estudios Políticos, U. Javeriana. Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Grupo Desarrollador de Guías de Práctica Clínica.

Este documento es posible gracias a la financiación de Colciencias y el Ministerio de Salud y Protección Social. (Convocatoria 754 -2013), y la Alianza CINETS.

Recibido: 12/09/14. Aceptado: 7/10/14.

Correspondencia: Rodrigo Pardo Turriago: rpardot@unal.edu.co

## PERSPECTIVA POLÍTICA DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

La adecuada provisión de servicios salud con calidad y equidad se convierte en una meta ambiciosa de política pública de difícil cumplimiento. Si bien en nuestro país se reclaman éxitos crecientes en la ampliación y la extensión en la cobertura de los servicios, los aspectos de calidad y equidad no registran avances similares. Las diferencias en los planes de beneficios entre los regímenes subsidiado y contributivo constituyen una clara muestra de la inequidad que afecta a nuestro Sistema de Seguridad Social. Si bien sus raíces parecen ser de índole económica y de sostenibilidad financiera, no son ellas las únicas. La calidad de la atención (coberturas, oportunidad, acceso, servicios, prevención) también hacen parte de esta inequidad.

Debido a las inequidades en los planes de beneficios que ofrecen los diferentes sistemas de atención en Colombia a través de los modelos de aseguramiento, la Corte Constitucional produjo la sentencia T760 exigiendo al Gobierno Nacional adoptar medidas que permitieran unificar los beneficios de dichos planes y detener el excesivo uso del recurso de tutela consagrado en la Constitución Política para acceder al derecho de la salud (1). En respuesta, el Gobierno Nacional diseñó una serie de estrategias políticas, técnicas e impositivas que permitieran cumplir con dicha sentencia (2). No todas ellas lograron aceptación política (3).

Una de las estrategias para resolver los problemas de calidad se apoyó en el desarrollo de un programa de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia (4), con estudios económicos e impacto actuarial sobre el Sistema. Para ello, el Ministerio de la Protección Social contó con la asesoría del Instituto de Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE), institución de reconocido prestigio internacional y referente de los sistemas de calidad. NICE cuenta con experiencia en el desarrollo de Guías de Práctica Clínica y otros documentos técnico-científicos construidos con participación multisectorial que permiten informar la toma de decisiones para la política pública en Salud (5).

Esta decisión suponía un cambio fundamental en la política del Ministerio, que hasta entonces tan solo desarrollaba algunas acciones en el Instituto de Vigilancia de Medicamentos para dar paso a evaluaciones de tecnología e impulsar el desarrollo de Guías en Práctica Clínica basadas en la evidencia. Con esto, se superaban iniciativas similares previas como las Guías de Práctica Clínica impulsadas por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y el Instituto de Seguros Sociales en su momento, que produjeron un importante número de documentos gracias a una generosa inversión, pero no lograron modificar las prácticas (5), debido a su metodología basada en expertos y la baja participación de los grupos de interés.

La propuesta de desarrollar Guías en Práctica Clínica, sin embargo, no fue bien recibida por los grupos profesionales y gremiales. Se argumentó que su objetivo era, ante todo, formular una estrategia financiera para la contención de costos y que suponía una amenaza para la autonomía médica, al tiempo que las Sociedades Científicas reclamaron para sí un papel protagónico tanto en el desarrollo como en la veeduría de las guías propuestas.

Entre tanto, avanzaba en el país el interés de los grupos académicos por estas nuevas metodologías. En 2002 se creó la Red iberoamericana de Guías en Práctica Clínica en Porto Alegre, Brasil, con la presencia de las Universidades Javeriana y Nacional de Colombia, el Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de Salud como socios fundadores a nombre de Colombia y se generó la inserción del país en el GIN (red internacional de Guías de Práctica Clínica, por sus siglas en inglés) con gran entusiasmo (6). Muy pronto, otros grupos como la Universidad de Antioquia y el Centro de Investigaciones de la Fundación Santa Fé de Bogotá se unieron a esta iniciativa y nuevos grupos universitarios y profesionales harían lo mismo de manera progresiva.

Un primer resultado fue la adopción del Manual Metodológico (7) para el desarrollo de Guías en Práctica Clínica y Evaluaciones Económicas propuesto por el Centro de Investigaciones de la Fundación Santa Fé y construido con una amplia participación de investigadores y expertos nacionales y asesores internacionales de varios grupos. Este manual fue el marco de referencia obligado para la elaboración de guías en Colombia y sus contenidos fueron objeto de revisión continua por parte de los grupos desarrolladores, consumidores, grupos profesionales y sociedades profesionales para registrar e introducir los cambios y avances en los métodos y especialmente en las variables e indicadores de implementación de las recomendaciones. El manual alcanzó una segunda versión y se considera como una herramienta en proceso permanente de revisión y actualización (7).

Un segundo resultado fue el diseño de un programa de desarrollo de guías. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantó un proceso de priorización de temas para el desarrollo de guías, basado en una herramienta que considera, entre otras variables, la carga de la enfermedad, costos, los eventos adversos y los recobros. Bajo los lineamientos del manual y a través de convocatorias públicas bajo la supervisión de Colciencias, el Ministerio de Salud y la Protección Social invitó a grupos de investigación, universidades, consultores y sociedades profesionales con requisitos de idoneidad en los métodos y con capacidad para desarrollar evaluaciones económicas en el modelo de costo efectividad a participar con sus propuestas (8).

Esta iniciativa sin duda dinamizó el trabajo de los Grupos establecidos, estimuló la investigación de mode-

los en economía de la Salud, generó la necesidad de una capacitación amplia en métodos dirigida a los profesionales líderes en las temáticas seleccionadas y afianzó la cooperación internacional no solo con grupos desarrolladores sino con los pares académicos y revisores internacionales que discutieron, tanto las propuestas, como los documentos finales producto del trabajo.

Por su parte, la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad Javeriana y la Universidad de Antioquia formaron una alianza estratégica para unir sus recursos y optimizar su potencial ante las nuevas convocatorias. Fruto de esta alianza nació el CINETS (Centro de Investigaciones y Evaluaciones de Tecnologías en Salud), cuyo objetivo es desarrollar evaluaciones de tecnologías sanitarias, evaluaciones económicas en salud, estudios técnicos y guías en práctica clínica basadas en la evidencia. Este grupo es anterior al IETS, un organismo público privado, independiente pero vinculado al Ministerio de Salud y a quien se le asignaría la función de organizar, acompañar y hacer auditoría del desarrollo de guías y productos similares en el país. Actualmente el IETS es el organismo funcional del Estado para dar cuenta de estas actividades.

## QUE ES UNA GPC

Las guías de práctica clínica son una de las herramientas del subsistema de garantía de la calidad. Buscan generar acciones en salud basadas en las mejores pruebas de eficacia disponibles como producto de los resultados de la investigación científica y la recuperación de las buenas prácticas consagradas en la experiencia, incorporando el punto de vista de los pacientes o usuarios de los servicios de salud, y valorando sus preferencias y expectativas. Como instrumento, suponen un paso hacia delante al considerar las circunstancias específicas en las que se brinda la atención, la disponibilidad de los recursos, la perspectiva de los usuarios y el marco legal de aplicación (9).

Las guías son instrumentos que pueden orientar procesos de atención de eventos específicos, contribuir a disminuir la inexplicable variabilidad en las prácticas y facilitar una racionalización en los costos en la provisión de los servicios de salud. Frecuentemente se reconoce a las guías como documentos metodológicamente sólidos construidos desde la lógica de la evidencia con participación intersectorial, sin perder de vista que su propósito fundamental es brindar recomendaciones que garanticen una atención de la más alta calidad y que consulte los mejores estándares disponibles en el presente. Sin embargo, no se deben olvidar sus alcances y limitaciones y su utilización como una serie de recomendaciones.

La elaboración de una guía de práctica clínica basada en la evidencia, es un proceso complejo que sigue unos pasos secuenciales bien conocidos y aceptados. En una primera etapa, se pretende hacer visible y clara la mejor información disponible y se juzga su calidad (nivel de evidencia). En una segunda etapa, se derivan las recomendaciones, teniendo en cuenta, por una parte, la evidencia disponible de eficacia y seguridad de las intervenciones y, por otra, las características del sistema de atención y factibilidad técnico administrativa, al tiempo que los elementos propios de la cultura que podrían modificar su fuerza y su énfasis (10). Así, la primera parte es un ejercicio de revisión y construcción de conocimiento, mientras que la segunda es una aplicación de este conocimiento a un ámbito local, regional o nacional.

Los procesos necesarios para llevar las recomendaciones contenidas en una GPC a la práctica —y que estas sean utilizadas conjuntamente por los prestadores de servicios de salud y por los pacientes para tomar las mejores decisiones en condiciones clínicas específicas— implican cambios en la práctica tanto en el nivel individual como en el institucional y social (11).

Este proceso es igualmente complejo pues depende de múltiples factores y tiene resultados variables. Implementar una GPC es un proceso activo, planificado y desarrollado sistemáticamente que conduce a la adopción local, considerando las características del contexto, las barreras y facilitadores del cambio en la práctica, las estrategias pedagógicas y de intervención para incorporar las recomendaciones al ejercicio clínico y las competencias de cada uno de los actores del sistema de salud. Así, requiere de un diagnóstico previo de las condiciones basales de práctica, junto con el conocimiento de aspectos normativos, administrativos, legales, los recursos profesionales, técnicos y de apoyo, la estructura de las organizaciones y su cultura de proceso, las actividades de auditoría, control y seguimiento, y la evaluación de la gestión. Así, una vez completado este ciclo, puede iniciarse nuevamente un análisis de resultados y mejoramiento de procesos. El hecho de que los contextos sean variables, tanto en el tiempo como en el espacio, implica que no existen fórmulas mágicas ni recomendaciones universales para implementar una GPC (9).

Entre las barreras existentes para la adopción de las recomendaciones, debe mencionarse la forma en que los médicos entienden las guías como una amenaza a la autonomía médica. Las leyes son mandatos y por ello obligatorios, pero las guías son recomendaciones que reconocen la excepción y por ello pueden ser flexibles dentro de su propia racionalidad. Los clínicos pueden apartarse de las recomendaciones cuando las circunstancias así lo ameriten en beneficio del paciente y la justificación sea explícita.

Una segunda reacción se refiere a la contención de costos. Este punto concita una reflexión sobre la autoregulación y la justicia distributiva (12). Las GPC son una serie de recomendaciones que deben conducir a resultados previsible exitosos en los procesos de atención y en tal medida no son una amenaza a la autonomía profesional. Deben considerarse como un apoyo en la toma de decisiones individuales y colectivas.

## LA GUÍA DE ATAQUE CEREBRO VASCULAR (ACV) A MANERA DE EJEMPLO

Como parte de la convocatoria 637 de 2013, realizada por Colciencias a instancias del Ministerio de Salud y Protección social, la Universidad Nacional de Colombia, como miembro de la Alianza CINETS, desarrolla la “Guía de práctica clínica de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, del episodio agudo del ataque cerebro vascular isquémico en población mayor de 18 años”.

El ACV es la segunda causa de muerte después de la enfermedad isquémica del corazón y la tercera causa de años de vida vividos con discapacidad (DALYs) (13) en el mundo (14). Lo anterior da cuenta de 6.2 millones de muertes anuales aproximadamente, constituyendo el 10.6% de la mortalidad mundial, según datos suministrados por el reporte del Global Burden of Disease (GBD) (15), donde se evidencia un aumento significativo de los DALYs atribuidos al ACV durante los últimos 20 años.

El crecimiento de la carga del ACV ha estado marcado por importantes diferencias regionales asociadas a condiciones socioeconómicas diversas. En países con ingreso per cápita alto se ha observado una disminución progresiva en la incidencia ACV asociada probablemente al incremento en prevención primaria; en países en vía de desarrollo la proporción de pacientes que padecen enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas continúa en aumento, principalmente en pacientes menores de 50 años (16).

Según el GBD, Colombia no registra diferencias significativas en la incidencia del ACV durante los últimos 20 años (97.43 casos/100.000 habitantes/año en 1990, frente a 97.39 casos/100.000 habitantes/año en 2010). El ACV ha presentado una reducción del 24.1% en la mortalidad asociada en este período (17). Sin embargo, las estimaciones de incidencia de Enfermedad cerebro vascular (ECV) para Colombia provienen de fuentes indirectas y la información es limitada. La única evidencia directa proviene del estudio de Sabaneta, Antioquia, en el que una cohorte poblacional de 13.588 sujetos de una misma región fue seguida durante un año (18). La incidencia de ECV entre 1992 y 1993, ajustada por género y edad fue de 0.89/1.000 habitantes.

La prevalencia de ECV en Colombia ha sido evaluada en múltiples estudios regionales publicados en los últimos 30 años. La mayor parte de estos estudios han seguido las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para estudios epidemiológicos de enfermedades neurológicas. En términos generales, los estimados de prevalencia de ECV reportados ajustados por edad y género han fluctuado entre 1.4 a 19.9 por 1.000 habitantes (19).

En términos económicos, el ACV también genera importantes costos a los sistemas de Salud. Múltiples estudios han evaluado los costos directos (relacionados con el cuidado médico) de la atención de pacientes con ACV. Demaerschalk y cols. identificaron 28 estudios que evaluaron los costos directos de los pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica en Estados Unidos (20). Actualizando los costos al año 2008, la media de los costos de hospitalización por paciente fluctuó entre US\$8.000 y US\$23.000, con una estancia intra hospitalaria promedio entre 4,6 y 12,4 días.

En relación con los costos indirectos, el volumen de información publicada es menor; sin embargo, es probable que estos den cuenta de la mayor parte de la carga económica de la ECV. Taylor y cols. calcularon el costo indirecto y el costo agregado de la enfermedad cerebrovascular en Estados Unidos en 1990 (21). El costo indirecto fue de US\$23.6 billones, asociados principalmente a la pérdida de ganancias por mortalidad prematura y a la pérdida de productividad en los sobrevivientes. Los costos agregados fueron estimados en US\$40.6 billones, asociados al cuidado temprano (primeros 2 años de inicio de los síntomas), al cuidado ambulatorio a largo plazo y a hogares de cuidado crónico.

En Colombia, la información sobre los costos directos e indirectos del ACV es escasa. En un estudio de costo-efectividad del plasminógeno tisular recombinante (rt-PA) en el tratamiento del ACV isquémico en Colombia, Muñoz y cols. determinaron los costos directos e indirectos de los pacientes con ACV bajo cuidado convencional (22). Con el fin de establecer los costos directos, los autores revisaron las historias clínicas de los pacientes con ACV isquémico atendidos en cuatro centros hospitalarios en Bogotá, utilizando las tarifas del Instituto Seguros Sociales para el año 2004. Los costos indirectos fueron calculados del ingreso promedio dejado de percibir durante los años de vida con calidad perdidos por el ACV isquémico, teniendo en cuenta la información suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y el salario mínimo mensual vigente para el año 2008 (Col.\$461.500). Para el año 2008, los costos directos fueron de Col\$696.300 y los indirectos Col\$9.889.593, con un costo total por paciente de Col.\$10.585.893. Utilizando los estimados poblacionales del DANE y la incidencia ajustada por edad identificada en

estudios previos, los costos totales del ACV isquémico en Colombia serían aproximadamente Col. \$450 mil millones. Reducciones en la morbi-mortalidad asociada al ACV, podrían reflejarse en un importante impacto para la sociedad Colombiana (23).

Estos hechos subrayan la conveniencia y la necesidad de generar una política pública dirigida a la atención de esta patología en esta población. La GPC es una de varias herramientas para contribuir a la construcción de políticas públicas, sensibilizar a la población sobre la importancia de intervenir oportunamente esta patología, generar indicadores de gestión y hacer seguimiento al impacto de modificar la práctica, al adoptar medidas basadas en la mejor evidencia disponible que se encuentra adecuadamente evaluada.

### ALCANCES Y OBJETIVOS DE LA GPC DE ACV

La “Guía de práctica clínica de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del ataque cerebro vascular” tiene como objetivo generar recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes mayores de 18 años con ataque cerebro vascular isquémico de origen arterial durante la fase aguda, y busca mejorar su pronóstico funcional (24).

La guía no pretende abarcar el tema de prevención primaria. Sin embargo, se complementa con otros documentos previos o en desarrollo que se ocupan de generar recomendaciones para abordar los factores de riesgo y la prevención de las enfermedades vasculares, entre ellas la enfermedad cerebro vascular isquémica (24). De esta manera se genera un marco de atención general que puede orientar la práctica con un fundamento común en la mejor evidencia disponible y con el rigor metodológico requerido.

Su ámbito asistencial se dirige a equipos de atención pre-hospitalaria, profesionales de la salud en atención primaria-urgencias, especialistas clínicos en los diferentes niveles de complejidad del proceso de atención en salud de pacientes con ataque cerebro vascular en fase aguda y otros actores responsables (24), en todos los niveles de atención.

Los usuarios de esta GPC son, de una parte, profesionales y personal de salud responsables del proceso de atención de pacientes con ataque cerebro vascular isquémico en fase aguda en los distintos niveles de complejidad: personal de traslado, ambulancia, personal de entrada de servicios de urgencias, profesionales de enfermería y médicos de urgencia y clasificación, especialistas clínicos en medicina interna, cuidado intensivo, neurólogos, neuroradiólogos, especialistas en intervención endo-vascular, fisiatras, profesionales en fisioterapia, fonoaudiología y nutrición. Por otra parte, son también usuarios los cuidadores y pacientes con ataque cerebro vascular isquémico en fase aguda (24).

### LAS GPC: UNA APUESTA EN LOS PROCESOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación social es entendida como el proceso mediante el que los diferentes actores sociales intervienen en los debates y decisiones sobre las necesidades y prioridades de cualquier problema que afecta la población, con el fin de asumir responsabilidades y obligaciones para formulación de planes, adopción de medidas y evaluación de resultados, sin que ello implique un abandono de la responsabilidad directa del Estado(25, 26).

La participación social en salud es definida por la Organización Panamericana de la Salud, como un “proceso inherente a la salud y al desarrollo, a través del cual todos los grupos sociales intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y otros afines en todos y en cada uno de los niveles de decisión y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones, las cuales se negocian continuamente a medida que van cambiando las condiciones”(27).

Es justamente la construcción multidisciplinaria y la participación de varios actores lo que distingue una guía en práctica clínica basada en evidencia (con la formalización de consensos de participación cuando la evidencia es escasa o nula) de una guía formulada por expertos, algunos protocolos, y revisiones sistemáticas u otros documentos destinados a generar actividades de atención en escenarios específicos.

La participación en el desarrollo de guías en práctica clínica basadas en la evidencia exige algunos supuestos y demanda el cumplimiento de los siguientes requisitos:

**Participación informada:** los diferentes actores disponen de los elementos mínimos que califican esta participación y enriquecen la perspectiva.

**Participación con agenda:** los momentos están claramente definidos en un proceso secuencial de construcción de conocimiento que precede la consecución de resultados.

**Participación enfocada:** reconoce los límites de la temática como han sido enmarcados en el alcance y los objetivos de la guía. Este punto ofrece algunos retos inherentes a los procesos de participación social frente a la dificultad de satisfacer las expectativas razonables generando resultados pragmáticos.

**Participación solidaria:** cede algunos privilegios con el fin de hacer una socialización máxima de los beneficios.

**Participación con resultados** que legitiman esta misma participación y que genera compromiso y apropiación de los escenarios que se brindan para informar la política pública con perspectivas diferentes y complementarias. En este sentido genera una opción de avance para la organización de grupos de pacientes convocados con un propósito claro.

Es importante tener en cuenta, a pesar de lo recién dicho, que cualquier acción en política reconoce la existencia de un conjunto de intereses diversos, que toman cuerpo en agrupaciones que defienden estos intereses y que influyen en el proceso de toma de decisiones, tanto al interior como fuera del sistema institucional. Los grupos de interés y de presión están conformados por individuos organizados de manera permanente o temporal, que persiguen influir en el proceso decisional o subvertir una decisión ya tomada. El concepto de influencia, descrito por Robert Dahl, define esta como “la relación que existe entre individuos, grupos y asociaciones, organizaciones y estados. Es una relación entre actores, en la que un actor induce a otros actores a actuar en una forma que de otra manera no actuarían”(28).

Importa no solo conocer si existe algún tipo de influencia, sino establecer en qué grado se presenta. Aunque esto parezca bastante complejo, puede hacerse bajo el precepto de “cuanto mayor es el cambio, en algún aspecto, que A provoca en el comportamiento interior o externo de B, tanto más es la influencia de A sobre B” (28). Según Dahl, la influencia que pueden ejercer algunos actores políticos puede explicarse a partir de tres consideraciones: algunos actores tienen a su disposición más recursos políticos que otros; dados los recursos a su disposición, algunos actores usan más de ellos para obtener influencia política; y por último, dados los recursos a su disposición, algunos actores los utilizan de una manera más hábil y eficaz que otros (28). Existe, entonces, una relación directa entre los recursos disponibles, la capacidad de influir en determinadas decisiones y el poder en el ejercicio de actores políticos que pretenden afectar decisiones.

En este escenario los actores toman posiciones a veces extremas con el propósito de llegar a un acuerdo. Cada actor espera que dicho pacto este muy cerca o sea igual a su posición inicial y es en este momento de la negociación en que los grupos de interés se convierten en grupos de presión.

Al entender las dinámicas propias de los grupos de interés y de presión se hace indispensable que en los procesos de construcción de las GPC se generen espacios de interacción y participación para los principales grupos de interés y la sociedad en general. En estos espacios deben generarse reflexiones que permitan legitimar el proceso social de difusión e implementación de las recomendaciones. Esto implica establecer parámetros generales, entendidos como ejes conceptuales que justifican, articulan y orientan

una determinada acción, a partir de consensos y acuerdos preestablecidos por los diferentes actores involucrados. Estos ejes deben reflejarse en una serie coherente de procesos, estrategias, y piezas de comunicación que permitan el acceso a la información a todos los usuarios.

La estrategia del modelo de guías de práctica clínica GPC basadas en evidencia debe complementarse y apoyarse en un amplio proceso de comunicación social que le brinde soporte desde el diseño original de la iniciativa y articule todo su desarrollo. Este proceso de comunicación trasciende los componentes reconocidos de divulgación, difusión, diseminación e implementación, e incorpora la participación y construcción colectiva. Esta reflexión es de suyo tan importante que algunos de estos elementos han merecido consideración en el proceso de actualización del Manual Metodológico en Colombia, en su más reciente versión (29).

Este documento pretende sensibilizar la audiencia de los especialistas en Neurología y a todos los interesados en estas patologías sobre algunos de los aspectos implicados en la construcción de políticas públicas a través de metodologías de participación en un ámbito de rigor científico y respetando las diferencias. Las guías en práctica clínica son sin duda una valiosa herramienta para hacer posible esta participación. Suponen que se genere una relación más horizontal entre los distintos expertos y los usuarios finales, tanto como que se reconozca el contexto de manera clara, dado que las recomendaciones se formulan para circunstancias específicas de atención dentro de marcos normativos locales o regionales.

De allí la tendencia universal a compartir la evidencia y universalizar su uso, pero localizar las recomendaciones para darles sentido en la realidad.

En documentos posteriores de esta serie presentaremos a los lectores del ACTA avances en la construcción de la guía a manera de ejemplo, que ilustrarán algunos de los aspectos aquí discutidos.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### **Agradecimientos**

A Paola Mosquera PhD y Marcela Torres PhD© por la revisión crítica del manuscrito.

---

## REFERENCIAS

---

1. PARDO R. ¿Hacia dónde van las Guías de Práctica Clínica? Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.2007; No 2; Vol.58: Prólogo.
2. Resolución 5261 de1994. “Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.
3. Decreto 2174 de 1996, Decreto 2309 de 2002, Decreto Nacional 1011 de 2006. Reglamentación del Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad.
4. Resolución 5261 de1994. Art. 6o. Inscripción Obligatoria en las Guías de Atención Integral.
5. GEIDION, U.; PULIDO, A. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS: experiencias internacionales de priorización en salud y planes de beneficios: documento de consultoría. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.2008.
6. MARÍN LEÓN I, MEDINA RUBIO M, ENGELHARD, PINTIADO R; HERMOSILLA GAGO T; BRIONES PÉREZ DE LA BLANCA E. en nombre del Comité Coordinador de la RED Iberoamericana –GPC. Red Iberoamericana-GPC: comunidad de conocimiento sobre guías para la calidad de la atención sanitaria.
7. Fundación Santa Fe de Bogotá – Centro de Estudios e Investigación en Salud. Ministerio de la Protección Social – COLCIENCIAS. Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.2010.
8. ASCOFAME; ISS. Guías en práctica clínica. Colombia, Bogotá, 1996.
9. Alianza CINETS. Ministerio de la Protección Social – Colombia. Actualización Guía Pedagógica para la Implementación de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. MANUAL DE IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN EVIDENCIA, EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA. Mayo de 2014.
10. Grupo de métodos para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Grupo de Evaluación de Tecnologías y políticas en Salud. (GETS), Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia. “Manual para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia.2010”
11. PARDO R. El Sistema de salud en Colombia y el papel de las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia: una visión actual. En: La Implementación de Guías de Práctica Clínica en la Atención a la Salud: Experiencias Internacionales y el caso de la salud suplementaria en Brasil. Organizado por la Organización Panamericana de la Salud, Agencia Nacional de Salud Suplementaria.2009
12. BARÓN, G. Cuentas de salud en Colombia 1993-2003: el gasto nacional en salud y su financiamiento. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2006.
13. DALYs: Disability-Adjusted Life Years.
14. MURRAY CJ, LOPEZ AD. Measuring the global burden of disease. The New England journal of medicine. 2013; 369(5):448-57.
15. Global Burden of Disease: Grupo de análisis.
16. YUSUF S, REDDY S, OUNPUU S, ANAND S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. Circulation. 2001;104(22):2746-53.
17. FEIGIN VL, FOROUZANFAR MH, KRISHNAMURTHI R, MENSAH GA, CONNOR M, BENNETT DA, ET AL. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2014; 383(9913):245-54.
18. URIBE CS, JIMENEZ I, MORA MO, ARANA A, SANCHEZ JL, ZULUAGA L, ET AL. Epidemiology of cerebrovascular diseases in Sabaneta, Colombia (1992-1993). Revista de neurologia. 1997; 25(143):1008-12.
19. SILVA FA, ZARRUK JG, QUINTERO C, ARENAS W, RUEDA-CLAUSEN CF, SILVA SY, ET AL. Enfermedad cerebrovascular en Colombia. Cerebrovascular disease in Colombia. Revista Colombiana de cardiología. 2006; 13(2):85-9.
20. DEMAERSCHALK BM, HWANG HM, LEUNG G. US cost burden of ischemic stroke: a systematic literature review. The American journal of managed care. 2010; 16(7):525-33.
21. TAYLOR TN, DAVIS PH, TORNER JC, HOLMES J, MEYER JW, JACOBSON MF. Lifetime cost of stroke in the United States. Stroke. 1996; 27(9):1459-66.
22. MUÑOZ COLLAZOS M, GUTIÉRREZ ÁM, LONDOÑO D, BAYONA H, HERRÁN S, PÉREZ GE. Uso del activador de plasminógeno tisular recombinante (rt-PA) en el ataque cerebrovascular isquémico (ACVi) en Colombia: un estudio de costo-efectividad. Tissue plasminogen activador (rt-PA) for acute ischemic stroke in Colombia: a cost-effectiveness study. Acta Neurológica Colombiana. 2008;24(4):158-73.
23. KRUEGER H, LINDSAY P, COTE R, KAPRAL MK, KACZOROWSKI J, HILL MD. Cost avoidance associated with optimal stroke care in Canada. Stroke. 2012;43(8):2198-206.
24. Grupo Desarrollador. GPC ACV. Universidad Nacional de Colombia. Convocatoria 637 de 2013. Ministerio de salud y Protección Social. Documento de Alcances y Objetivos. Guía de Práctica Clínica de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del Episodio Agudo del Ataque Cerebro Vascular Isquémico en población mayor de 18 años.2014.
25. ANDERG -EGG E. 1992. Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social. México DF: Editorial El Ateneo; Linares C. 1996.
26. LINARES C. Participación: ¿Solución o problema? La Habana: Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.1996
27. OPS/HSD. La participación social. HSD/SILOS-3, OPS, Washington, D.C. 1990.
28. DAHL, R. Análisis sociológico de la política. Barcelona: Editorial Fontanella. 1968. p. 52.
29. Fundación Santa Fe de Bogotá – Centro de Estudios e Investigación en Salud. Ministerio de la Protección Social – COLCIENCIAS. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Mayo de 2014.