

GUÍAS DE MANEJO: SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA MÉDICA  
EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN UNA INSTITUCION  
PRESTADORA DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL  
SUROESTE DE ANTIOQUIA EN EL 2008

NORA LUCÍA VASCO LÓPEZ  
CATALINA CORREA OSPINA

UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACION DE AUDITORIA EN SALUD  
MEDELLIN  
2008

GUÍAS DE MANEJO: SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA MÉDICA  
EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN UNA INSTITUCION  
PRESTADORA DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL  
SUROESTE DE ANTIOQUIA EN EL 2008

NORA LUCÍA VASCO LÓPEZ  
CATALINA CORREA OSPINA

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE  
ESPECIALISTA DE AUDITORIA EN SALUD**

**ASESOR**

DR. JORGE JULIAN OSORIO GOMEZ  
DECANO FACULTAD DE MEDICINA – CES-

**UNIVERSIDAD CES**  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACION DE AUDITORIA EN SALUD  
MEDELLIN  
2008

## **LISTA DE TABLAS**

**TABLA 1.** EN EL AÑO 2007 LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD

**TABLA 2.** TIPO CONTRATO

**TABLA 3.** ADHERENCIA A GUIAS MÉDICAS

**TABLA 4.** CONOCIMIENTO GUIAS CLINICAS.

**TABLA 5.** HALLAZGOS DE IMPLEMENTACIÓN DE GUIAS

## **LISTA ANEXOS**

**ANEXO1.** VARIABLES

**ANEXO 2.** PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

**ANEXO 3.** CONSOLIDADO CONOCIMIENTO A GUIAS

**ANEXO 4.** CONSOLIDADO ADHERENCIA GUIAS

**ANEXO 5.** RESULTADOS DE ADHERENCIA SEGÚN CONTRATACION Y PATOLOGIA

## CONTENIDO.

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCION</b>	
<b>1. MARCO TEORICO</b>	<b>8</b>
1.1. ANTECEDENTES	8
1.2. DEFINICIONES	18
1.2.1. Guía clínica	18
1.2.2. Medicina basada en la evidencia	21
<b>2. MARCO JURIDICO COLOMBIANO</b>	<b>23</b>
2.1. LEY 1122 DEL 9 DE ENERO DE 2007	23
2.2. DECRETO 1011 DEL 3 ABRIL DE 2006	23
2.3. RESOLUCION 1043 DEL 3 ABRIL DE 2006	24
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>27</b>
3.1. OBJETIVO GENERAL	27
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
<b>4. ENFOQUE METODOLOGICO</b>	<b>28</b>
4.1. DEFINICION	28
4.2. TECNICAS DE PROCESAMIENTO	28
4.3. CONTROL DE ERRORES	28

<b>5. RESULTADOS</b>	<b>29</b>
<b>6.1 EXISTENCIA DE GUIAS</b>	<b>29</b>
<b>6.2. ADOPCION DE GUIAS</b>	<b>30</b>
<b>6.3. VIABILIDAD DE GUIAS CLINICAS EN UN PRIMER NIVEL</b>	<b>30</b>
<b>6.4 TIPO DE CONTRATO</b>	<b>31</b>
<b>6.5 ADHERENCIA A GUIAS</b>	<b>32</b>
<b>6.6. CONOCIMIENTO DE GUIAS</b>	<b>34</b>
<b>6.7. IMPLEMENTACION DE GUIAS</b>	<b>36</b>
<b>6. DISCUSION</b>	<b>37</b>
<b>7. RECOMENDACIONES</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUCCIÓN.

Teniendo en cuenta la aplicación de la calidad en los servicios de salud tanto por los conductos legalmente reglamentados como por la mejora en la calidad de vida de los usuarios se ha podido evidenciar que: (1)

- En cada patología se pueden aplicar tratamientos a usuarios que según la evidencia no son efectivos.
- La no unificación de criterios para el manejo de patologías basados en la evidencia, trae por consecuencia el aumento de costos en las instituciones por reconsultas y complicaciones de los usuarios.
- Es probable una dispersión en el manejo de las patologías, trayendo como consecuencia la resistencia a los manejos convencionales de dichas patologías y las complicaciones que a largo plazo afectará la calidad de la atención.

Las instituciones de salud al ser descentralizadas y autosostenibles, también deben ser cada vez más competitivas tanto en calidad como en la reducción de costos que le permitan extenderse en el mercado de la salud. (1)

Toda institución de salud gira alrededor del componente asistencial, es en ésta área donde se deben centrar los esfuerzos para que los procesos que lo componen, se lleven a cabo de la mejor manera para conveniencia tanto del usuario como de la misma institución. Los profesionales que intervienen en la prestación de los servicios provienen de diferentes universidades y tienen múltiples criterios de diagnóstico y manejo terapéutico derivados tanto de su educación como de su experiencia; es por eso que se hace necesario estandarizar el acto médico y los procedimientos que se derivan de este, para así cumplir con criterios de calidad en cuanto a eficacia, eficiencia y efectividad al

igual que se estaría racionalizando los recursos de la institución. Se requiere que la calidad de la prestación de los servicios por parte del cliente interno (personal asistencial) esté basada en los estándares internacionales y avances científicos y tecnológicos que impactarían la epidemiología de la población. (1)

El municipio del suroeste antioqueño donde se realizó el trabajo, se cataloga de 6° categoría y está ubicado a una y media hora de la capital de Antioquia. Tiene una población de aproximadamente 26.000 habitantes, cuenta con 42 veredas y la mayor parte de la población es rural, algunas de estas veredas son de difícil acceso geográfico a la cabecera municipal.

La institución en donde se realizó el trabajo es una institución prestadora de salud (IPS); una de sus políticas es la de prestar servicios de salud con calidad no solamente por acogerse a la normatividad vigente en el país, sino porque la razón de ser de esta institución son los USUARIOS, por lo tanto todos los procesos deben estar enfocados y girar en torno a ellos.

La institución es la responsable del 100% de la salud de los habitantes del municipio ya que es la única IPS que está funcionando al momento de realizar la investigación. El municipio también cuenta con dos médicos particulares que laboran permanentemente, pero teniendo en cuenta que casi el 100% de la población tiene algún tipo de vinculación en salud, la mayor responsabilidad recae sobre la IPS para cumplir con los estándares de calidad que se exigen.

La IPS es una Empresa Social del Estado que se debe auto-sostener, ser rentable y debe prestar servicios básicos de salud con excelente calidad, por lo tanto, siempre debe mantener un equilibrio entre los servicios prestados y los ingresos generados.

El propósito de este trabajo fue evaluar la adherencia de las guías de manejo clínico en consulta externa de una institución de primer nivel de atención del suroeste de Antioquia, mediante la verificación de la existencia, implementación y aplicación de sus contenidos por parte del personal asistencial médico.

Aunque la realidad en lo que respecta a las intervenciones médicas son heterogéneas a lo largo de los años y además puede variar entre una comunidad y otra o entre unidades de salud dentro de una misma institución, es necesario contar con una orientación bien fundamentada que pauté los procedimientos a ejecutar con respecto a un paciente en cuanto a la mejor evidencia científica encontrada para disponer de efectivos tratamientos y por ende acertados diagnósticos, teniendo en cuenta en su totalidad la actualización con respecto a los avances tecnológicos recientes tanto en procesos, procedimientos como en pruebas diagnósticas.

El objetivo principal que impulsa el uso adecuado y estandarizado de las guías clínicas está dado por la mejora en cuanto a la calidad de la atención y por consiguiente los desenlaces favorables en lo que respecta a la salud de los pacientes, también se contribuye a que se modifiquen las políticas institucionales promoviendo un uso eficiente de recursos y de sistemas de atención. (2)

Evaluamos la aplicación de estas guías por parte del personal médico, según la mejor evidencia disponible. Fue llevado a cabo verificando su existencia, implementación y aplicabilidad, teniendo en cuenta que estos son los pasos que se asocian con mejor adherencia a las recomendaciones de las guías, ya que por antecedentes que se tienen en algunas instituciones de salud se ha detectado poca repercusión en el ejercicio médico y en los desenlaces de salud, lo cual conduce a que no sólo se genere la necesidad de motivar su uso sino que se van a tener presentes los beneficios que por su acato puede tener su implementación.(2, 3)

Es por factores como los mencionados que tuvimos como propósito el verificar la adherencia de las guías, evidenciando el grado de la aplicabilidad.

## 1. MARCO TEÓRICO.

### 1.1. ANTECEDENTES

Se debe buscar permanentemente en el área de la salud "la mejora de la calidad de la atención, la seguridad de los pacientes, la eficiencia de la gestión y la equidad de las políticas sanitarias, así como ser facilitador de la relación de los procesos implicados en la gestión de la calidad de la atención de salud".(12)

*Garantía y mejora de la calidad de la atención sanitaria.* Las deficiencias en el ejercicio de las responsabilidades estatales, institucionales, personales y sociales en cuanto a la garantía de la calidad de la atención sanitaria es, sin duda, el principal problema y reto de los sistemas de salud de Iberoamérica, con graves implicaciones políticas, sociales, económicas y sanitarias. La ausencia de compromiso, acción e investigación sobre la calidad asistencial es extraordinariamente cara. Supone un derroche de ineficiencias, pérdidas de oportunidades y credibilidad, y un sinnúmero de efectos adversos en el sistema sanitario, las comunidades y las personas que ninguna organización ni sociedad debiera permitirse. (12)

La calidad de la atención de un sistema sanitario debe entenderse como la óptima integración y aplicación de los recursos disponibles, para obtener las mejores cotas posibles de salud de los usuarios del sistema, al menor coste de recursos, y con los menores riesgos y efectos adversos en los individuos, las comunidades y el sistema. La garantía, gestión y mejora de la calidad de la atención es un objetivo obligado de todos los sistemas de salud que sólo es posible alcanzarlo en la medida de una acción integrada y permanente de las autoridades sanitarias, los gestores, los profesionales asistenciales y los usuarios en la aplicación de un conjunto de procesos e instrumentos, para la acreditación, la normalización, la gestión clínica integrada, la seguridad del paciente, la

gestión apropiada de la tecnología, la vigilancia y prevención de efectos adversos, y el pleno ejercicio de derechos y responsabilidades de los ciudadanos. (12)

En la atención sanitaria para unos recursos definidos, el conjunto de resultados obtenible depende de los procesos de atención que se produzcan. La toma de decisiones de los profesionales que atienden y la interacción de éstos con los usuarios son los dos elementos que condicionan su calidad, ya que ambos son en última instancia los principales efectores de la provisión de atención sanitaria y de la utilización adecuada de los recursos. (12)

Problemas en el ejercicio de la medicina: Variabilidad y actualización

En el desarrollo de la profesión lo habitual es tener que tomar múltiples decisiones en poco tiempo y bajo la presión de las numerosas fuerzas implicadas en el proceso asistencial. Existen muchos temas donde los clínicos pueden tener diferentes opiniones sobre el valor relativo de las diversas opciones de tratamiento o las estrategias diagnósticas de un proceso. Por lo tanto es fácil que ante un mismo problema varios profesionales opten por actitudes muy diferentes. (13)

En un resumen muy breve, el origen de las diferencias en la toma de decisiones sobre pacientes individuales puede encontrarse en una de las siguientes:

Incertidumbre: no existe buena evidencia científica sobre el valor de los posibles tratamientos o de los métodos diagnósticos.

Ignorancia: existe evidencia científica, pero el clínico la desconoce o no la tiene actualizada.

Presiones externas: el profesional conoce el valor de las pruebas o tratamientos, pero emplea otras pautas.

Recursos y oferta de servicios: Al no disponer de la técnica diagnóstica o del tratamiento recomendado se utiliza una alternativa. También ocurre lo contrario, una disponibilidad elevada puede inducir a un uso excesivo.

Preferencias del paciente: en la mayoría de los casos la decisión última la tiene el paciente o su familia y sus valores y preferencias también cuentan de forma que pueden hacer que las acciones varíen significativamente de un paciente a otro.

Durante siglos, la práctica médica se ha fundamentado mayoritariamente sobre la experiencia y el juicio personal. En las últimas décadas esto ha cambiado de manera radical, buscando una mayor incorporación del conocimiento científico a la práctica clínica, transparencia y capacidad evaluadora. El enorme crecimiento de la ciencia y de la innovación biomédica, el desarrollo de aplicaciones que permiten el uso de gran cantidad de información en la toma de decisiones clínicas y los grandes avances en las comunicaciones y en la tecnología de la información, están modificando la forma en la que los clínicos se enfrentan a los múltiples problemas del ejercicio de su profesión. (13)

Además está en marcha una verdadera revolución en el campo de la tecnología de información sanitaria que afecta tanto a médicos como a pacientes. Por una parte, es posible disponer de la información necesaria en el punto de atención (donde se precisa y en el momento en que se precisa) y esa misma información está disponible para los pacientes con el consiguiente incremento de su capacidad para juzgar el cuidado que están recibiendo. (13)

La práctica clínica varía sustancialmente de un médico a otro y de una comunidad a otra. Esta variabilidad no puede ser sólo atribuida a las diferencias entre las tasas de ocurrencia o de gravedad de la enfermedad. Existe un interés cada vez más creciente en nuestros días, por la promoción, el desarrollo y la aplicación de las denominadas guías de buenas prácticas para la prevención y la atención de diversas situaciones clínicas. (11)

Como una respuesta a dicha variabilidad se plantea la estandarización de los procesos asistenciales. La estandarización supone la capacidad de ordenar el proceso de la

atención en un sentido uniforme, con las ventajas de hacer predecible sus resultados, y de racionalización de la gestión de recursos y los costes. (12)

Como un elemento clave para la estandarización de la atención en busca de la mejora de la calidad, se identifican las Guías de Práctica Clínica (GPC), que son complementarias a otras aproximaciones y estrategias necesarias de garantía y mejora de la calidad como la medición de resultados, las auditorías, la vigilancia y prevención de efectos adversos, la mejoría de la calidad de la prescripción, la relación con los pacientes o el uso adecuado de las tecnologías, entre otros. (12)

En el ámbito micro, además de la recopilación del conocimiento de forma operativa que supone su producción, obliga a la identificación, priorización y abordaje de temas críticos de eficacia y eficiencia, y es una buena herramienta para la implantación consensuada de los cambios que conlleva la evaluación de los efectos de las guías. En una perspectiva meso, facilitan la responsabilidad sobre la calidad asistencial, la transparencia en las decisiones de los profesionales, e identifica los resultados deseados y adversos esperables y evaluables con obvias implicaciones en el ámbito ético y de la gestión sanitaria. Por su parte, desde una perspectiva macro, las guías clínicas proporcionan homogeneidad bajo criterios de equidad al sistema, explicitan las limitaciones en la utilización de recursos, hacen predecible los procesos y el coste, y permiten la planificación de recursos, por los efectos esperados sobre los pacientes y las organizaciones. El desarrollo de las GPC implica necesariamente compromiso político, rigor científico, síntesis de conocimientos multidisciplinarios, consenso social y contrato administrativo de los actores involucrados en su generación, aplicación y evaluación de las guías. (12)

La evaluación sistemática del impacto de las guías de buenas prácticas clínicas es aún un asunto poco tratado en la literatura médica, a pesar que todos reconocen su importancia. Las razones que se han dado para no evaluar el impacto de las guías incluyen: complejidad de los diseños, costo, responsabilidad legal y credibilidad. De aquí que todos

los que promueven, desarrollan y usan guías, debieran recordar que la existencia misma de las mismas no garantiza que ellas sean puestas en práctica por los profesionales médicos, por muy diversas razones (11)

Con el crecimiento exponencial en la elaboración de GPC, ha aparecido una también creciente preocupación respecto a aquellas guías que ofrecen recomendaciones inconsistentes (8). Esto no sólo disminuye su credibilidad, sino que también podría producir daño a los pacientes si se ponen en práctica recomendaciones erróneas. (14)

La experiencia internacional muestra que para generar GPC de buena calidad, es necesario establecer grupos multidisciplinarios que dispongan de una cantidad razonable de recursos y con independencia del financiador. (14)

Dadas las dificultades que parecen existir en la elaboración de GPC, una alternativa es la adaptación a la realidad local de guías elaboradas por organizaciones extranjeras. El proceso de elaboración/adaptación, disseminación e implementación constituye un continuo que intenta que las recomendaciones basadas en evidencia sean aplicadas por los clínicos en su práctica. (14)

Las Guías de Práctica Clínica fueron utilizadas porque daban confianza en la toma de decisiones, tenían credibilidad al ser realizadas por expertos, eran útiles, prácticas y ágiles, ofrecían ventajas desde el punto de vista legal, administrativo y ético, eran herramientas de aprendizaje, tenían en cuenta los recursos locales y facilitaban la interdisciplinariedad. Las principales barreras para la aplicación de Guías de Práctica Clínica fueron: aplicabilidad reducida, falta de flexibilidad en el escenario clínico, consideración de que la experiencia personal era más importante que una Guías de Práctica Clínica, limitaciones en su disponibilidad en nuestro medio, falta de cultura para utilizarlas y falta del componente multidisciplinario en los grupos encargados de su elaboración. (15)

las guías de práctica clínica resumen los resultados de la investigación pertinente, para dar recomendaciones basadas en la evidencia. Las guías de buena práctica clínica están

orientadas a mejorar la calidad del cuidado médico a nivel clínico y modifican las políticas que promueven el uso eficiente de los recursos y los sistemas de atención. uno de los factores que puede relacionarse con este fenómeno son las actitudes particulares, es importante efectuar estudios que evalúen estos aspectos, más si se tiene en cuenta que la elaboración de GPC no solo es una práctica recomendada para optimizar resultados clínicos sino un requerimiento dentro de los sistemas de salud. (15)

El actuar médico ha sido cambiante a lo largo de los años; puede variar entre una comunidad y otra, entre unidades de salud, dentro de una misma institución e incluso entre un médico y otro, El actuar médico ha sido cambiante a lo largo de los años; puede variar entre una comunidad y otra, entre unidades de salud, dentro de una misma institución e incluso entre un médico y otro. (16)

Si bien es cierto que en el mundo existe un creciente y pujante movimiento para la creación y perfeccionamiento continuo de las guías de prácticas clínicas, no se le ha prestado igual atención a la evaluación de la adherencia a lo que éstas pautan y se conoce que existe una importante brecha, por lo demás salvable, entre lo que se dice o escribe y lo que se hace. (16)

El gran volumen de información limita su uso por los clínicos que toman decisiones. Para evitar esto surgieron nuevas herramientas, como las revisiones sistemáticas (revisión en la que se han utilizado métodos específicos y apropiados para evaluar críticamente y resumir los estudios que tratan de una pregunta definida) o el meta análisis (técnica estadística que puede formar parte de las revisiones sistemáticas para combinar los resultados de diversos estudios, ponderando por el mayor número de eventos y la calidad de los mismos). (13)

De la necesidad de disponer de información con alto nivel de detalle para resolver situaciones concretas o para tomar decisiones en situación de incertidumbre y aprovechando la experiencia de otros profesionales, en los años 70 surgieron en EE.UU. varias iniciativas como el método de adecuación RAND-UCLA y las Conferencias de

Consenso National Institutes of Health Norteamericanos. Esta iniciativa, en su origen informal, progresivamente ha adoptado un formato más estructurado dando lugar a una síntesis de experiencias y a la formulación de recomendaciones prácticas a través del movimiento MBE y también de las Guías de práctica clínica (GPC), para tratar de aproximar las recomendaciones a la realidad. (13)

¿De qué necesidades y por qué surgen las GPC? (13)

Entre los diferentes aspectos que pueden motivar la necesidad de elaborar una GPC y por lo tanto de donde surgen también los temas para su desarrollo, están los siguientes:

- Cuando existe una amplia variabilidad en la manera de abordar determinadas áreas de práctica clínica.
- Ante determinados problemas de salud con gran impacto social y económico en los que no existe consenso a la hora de abordarlos y afectan a varios niveles asistenciales.
- Cuando una práctica clínica adecuada puede ser decisiva para reducir la morbimortalidad de determinadas enfermedades.
- En circunstancias donde las pruebas diagnósticas o los tratamientos produzcan efectos adversos o costes innecesarios.

Las GPC intentan disminuir la incertidumbre del clínico a la hora de la toma de decisiones y dan un nuevo protagonismo a los pacientes, ofreciéndoles la posibilidad de participar de forma más activa e informada en las decisiones que afectan a su salud, directamente con el profesional sanitario en lo referente a su salud. (13)

Las GPC tienen algunos aspectos en su contra, en los siguientes sentidos:

- Son costosas de elaborar por el gran esfuerzo de análisis de la práctica, sistematización de las decisiones que necesitan ser guiadas y síntesis de evidencias que requieren.

- A veces no dan la respuesta a las dudas principales que surgen en la práctica clínica diaria, especialmente cuando no hay suficientes evidencias como para responder a todas las situaciones en las que podría ser necesaria una GPC. Puede ser necesario realizar un proceso de adaptación local en guías producidas a nivel nacional.
- No todas las GPC están elaboradas con las mejores evidencias y a veces el clínico puede tener dificultades para elegir la mejor opción encontrada.
- Tampoco son reglas fijas de actuación, sino que las recomendaciones que propone la GPC, deberán integrarse en la práctica con las preferencias tanto de los clínicos como de los pacientes y con las circunstancias de cada lugar de trabajo y esto requiere habilidades en la adaptación local y en la comunicación con los usuarios.

La decisión final sobre cuál es el procedimiento clínico más apropiado puede resultar incierto a pesar de la GPC, porque tendrá que tener en cuenta la situación clínica concreta en la que ha surgido el problema, considerando el contexto en el que se plantea y las preferencias del paciente. (13)

Las restricciones de tiempo ante la dinámica cambiante de la atención sanitaria, exigen respuestas inmediatas acorde con las prioridades, que aunque no constituyan “la mejor herramienta posible”, se implementan como iniciativas para racionalizar las decisiones clínicas en forma participativa. Por ende en las organizaciones (nivel local) surgen guías y protocolos de rápido desarrollo por parte de los equipos asistenciales, de quienes los dirigen y de quienes evalúan la calidad de atención médica; así, mediante el consenso con base en la evidencia “accesible” (disponibilidad + contexto), se contribuye a mejorar la calidad en la toma de decisiones a nivel asistencial en consonancia con los recursos disponibles en el sistema. (17)

Se definió como adherencia a la concordancia entre la indicación médica efectuada con la recomendada en la guía, definiéndose como no adherencia a las realizadas por otras indicaciones no recomendadas en la misma. (17)

Ante la respuesta a las variaciones geográficas inexplicadas en la práctica médica y a la utilización inapropiada de intervenciones, algunas de las cuales entran en uso aún antes de ser comprobadas, el mundo médico ha venido asistiendo a la emergencia de guías, las cuales teóricamente persiguen la uniformidad de criterios basados en la mejor evidencia científica disponible hasta el momento, con el fin de optimizar la eficiencia y brindarle al paciente la mejor calidad de atención posible ; por otro lado, y sin esconder sus intenciones, los legisladores y las compañías privadas de salud se han adherido al coro; los primeros, buscando disminuir el gasto público y los segundos, reducir sus propios costos. Todo ello sin contar aún por lo menos en forma total- con dos elementos que en otras latitudes ya son definitivos: el público y los abogados encargados de la mala práctica.

En una búsqueda sistemática de la literatura conducida por el Johns Hopkins School of Medicine desde 1966 a 1998, se lograron identificar muchas de las que ellos llamaron barreras para la adherencia a las guías , las cuales fueron agrupadas en temas comunes y posteriormente organizadas en grupos arreglados de acuerdo a si ellas afectaban el conocimiento, la actitud o el comportamiento del médico.

Dentro de las que afectaban el conocimiento (factores que limitaron la adherencia a través de un componente cognitivo) se destacan la falta de familiaridad, definida como la incapacidad del médico para responder correctamente las preguntas sobre el contenido de la guía; el volumen de la información, el tiempo necesario para mantenerse informado y la accesibilidad a las guías.

Los factores que limitaban la adherencia a través de un componente afectivo fueron consideradas como barreras que afectaban la actitud y dentro de ellas se agruparon la falta de acuerdo con guías específicas, la ausencia de costo-beneficio, la falta de confianza en los elaboradores de las guías, la consideración de las mismas como recetas de cocina; demasiada rigidez en su aplicación; sesgos en su síntesis; falta de motivación; falta de fe en los resultados finales y resistencia al cambio.

Finalmente, cuando los factores limitaban la adherencia a través de una restricción de la capacidad del médico, se consideraban barreras que afectaban el comportamiento, destacándose aquí la falta de tiempo, de recursos, de estímulos económicos, responsabilidad médico legal por mala práctica, presencia de guías contradictorias y factores relativos al paciente. Conocer la interacción de estos complejos factores para ir más allá de la elaboración y difusión de las guías, y no solo elaborar y difundir, es lo que posiblemente afiance su cumplimiento o como ahora se dice, su adherencia. Pero en gracia a la discusión, supongamos que a nivel local superamos todos esos factores, ¿sería posible entonces contar ahí si con unas guías? Es posible que antes, lo más recomendable sea consultar nuestra realidad y concertar con los estamentos gubernamentales, con la medicina privada, con el público a quienes van dirigidas y con los centros académicos. Consultar nuestra realidad podría suponer contar con estadísticas propias que por ejemplo, nos impidan seguir desviando la atención hacia gérmenes que como la Legionella, muy posiblemente no existen en nuestras latitudes, lo cual en las guías de manejo de infecciones se traduce posiblemente en derroche de recursos ; concertar con los estamentos gubernamentales es poder contar con la prueba de tuberculina que hace dos años no está disponible, con el fin de poder darle cabida a las recomendaciones actuales sobre tuberculosis; o poder formular , en el caso de las neumonías, no el antibiótico disponible en el POS sino el que cada caso particular amerita. Concertar con la medicina privada es definir si el paciente con asma tendrá derecho al aparato de medición del flujo pico; concertar con el público es instruirlo y orientarlo respecto a la realidad y a las limitaciones de nuestros servicios de salud y sobre las bondades de la medicina preventiva. Finalmente, la elaboración de tales documentos podría contar con un representante de cada facultad de medicina, en nuestro caso, en el área de neumología, lo cual aseguraría la divulgación y estudio del tema en el recurso humano en formación. Los presupuestos anteriores de ninguna manera le restan importancia y mucho menos utilidad a las pautas de diagnóstico elaboradas por la sociedad, antes por el contrario, continuarán siendo vistas, las actuales y las venideras, como unas verdaderas herramientas de ayuda en la práctica y en la actualización médica, y así deben ser entendidas

## 1.2. DEFINICIONES

1.2.1. Guía clínica: "Son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir las decisiones de profesionales sanitarios y pacientes, acerca del cuidado de salud apropiado, en circunstancias clínicas específicas" (10). Constituyen un conjunto de orientaciones que pautan, pero no obligan, la actuación médica frente a un paciente con determinada situación clínica, basadas en las que se consideran como las mejores evidencias entre las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento para tal condición. (11)

Su objetivo general es la estandarización de conductas con base en evidencia científica, a fin de minimizar las variaciones en patrones de ejercicio y maximizar la calidad de la atención. Es de prioridad para todas las instituciones que prestan servicios en salud, estar en constante mejoramiento continuo de la calidad de atención, así mismo, se deben dedicar a optimizar el uso racional de medicamentos, basado en los principios de acceso, equidad, universalidad, integralidad, lo cual se hace factible a través del uso estandarizado de protocolos de atención o Guías de práctica clínica. (2)

Desde el punto de vista de la calidad de la atención médica, se ha identificado que existen deficiencias y errores importantes en la atención ambulatoria y hospitalaria, las cuales se reflejan en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y referencia de pacientes. Por ejemplo, en el proceso diagnóstico destaca la falla médica en la clasificación del padecimiento y en la solicitud injustificada de exámenes de laboratorio. En la prescripción de medicamentos ocurren errores por comisión o por omisión; en el primer caso, la justificación, elección, dosificación y duración del tratamiento son componentes del proceso prescriptivo en los que frecuentemente se cometen errores; la omisión consiste en no prescribir un medicamento cuando es necesario, lo cual también es un problema común. Las guías contribuyen a abordar parte de esta problemática, disminuyen la posibilidad de que los pacientes sean diagnosticados erróneamente, reciban medicamentos innecesarios o sean sometidos a procedimientos diagnósticos o

terapéuticos

injustificados.

Desde un punto de vista conceptual, las guías clínicas son un apoyo para el médico, facilitan la elección y secuencia de la tecnología apropiada, y su utilización puede tener un impacto potencialmente demostrable en los resultados de la atención médica. Las guías no sustituyen el ejercicio clínico deductivo del médico.

Un atributo fundamental de ellas es que no deben interferir con el razonamiento clínico del médico, sino que su utilización cotidiana se debe acompañar de reflexión y crítica de sus recomendaciones. No obstante en la práctica, la utilización de guías por el médico en ejercicio diario es un reto por distintas razones, dentro de las cuales se pueden mencionar la propia experiencia del médico, la credibilidad de las guías, su utilización selectiva, la aplicabilidad local y la posibilidad de modificarlas.

Las decisiones médicas no sólo tienen efecto en la calidad de la atención médica, sino también en los costos de atención. Hipotéticamente las guías representan gráficamente la secuencia lógica del pensamiento médico que permiten al médico elegir, con una valoración de riesgo-beneficio, la mejor alternativa, tomando en cuenta los limitados recursos que existen para la atención a la salud. Este último aspecto también ha sido poco evaluado; en algunos casos las consideraciones económicas se han enfocado hacia el costo del desarrollo y hacia el costo de la implementación.

La producción de guías clínicas inició hace más de diez años y se calcula que existen aproximadamente 2,500 guías clínicas, ya sea publicada o accesible electrónicamente. En su inicio, las guías fueron construidas como revisiones bibliográficas de un tema, o bien estaban basadas en el consenso de expertos. La metodología ha evolucionado. Actualmente están definidos los pasos para su construcción, los cuales se fundamentan en evidencia para cada una de las recomendaciones. Esto hace que las guías clínicas sean un material útil, que brinda al médico la oportunidad de incorporar en su práctica diaria información actualizada, producto de la investigación científica.

Existen principios básicos sobre los cuales las guías clínicas deben ser construidas:

- Su desarrollo debe enfocarse a identificar las intervenciones que puedan asegurar que se obtendrá el mejor resultado posible en salud, producto de la aplicación de los criterios seleccionados.
- Las recomendaciones deben ofrecer la máxima probabilidad de beneficio con el mínimo daño y ser aceptables en función de los costos. Las guías deben estar basadas en la mejor evidencia, preferentemente mediante revisiones sistemáticas o ensayos clínicos de alta calidad relacionados con los objetivos de la propia guía. La evidencia en la que se basa una recomendación puede clasificarse de acuerdo con el nivel, la calidad, la relevancia y la fortaleza del estudio. Esto es importante pero hay que reconocer que este ideal no siempre es fácil de alcanzar, como en el caso de estudios con enfoque de salud pública o de intervenciones sociales, en los que resulta imposible la aplicación rígida de la clasificación de la evidencia
- Las guías clínicas requieren ser construidas con una visión que permita flexibilidad y adaptabilidad en el momento de su aplicación, considerando el contexto de la población a la que se va a aplicar en cuanto a edad, sexo, severidad de la enfermedad, comorbilidad y disponibilidad de recursos del paciente.
- Los constructores de la guía deben considerar los recursos de los servicios de salud y la factibilidad de modificación de la estructura y procesos que pueden ser requeridos para la aplicación de los criterios de la guía. Es pertinente identificar las variaciones del equipo disponible, de capacitación y experiencia de los usuarios de la guía, así como la diversidad y competencia de los integrantes de los equipos multidisciplinarios de salud.
- El equipo que construye una guía clínica debe desarrollar en forma paralela propuestas para su disseminación e implementación y establecer estrategias que la hagan accesible y con mayores posibilidades de adopción; esto debe incluir la identificación de las barreras potenciales para su implementación en contextos específicos.

- La evaluación del proceso de implementación es relevante para determinar el efecto en el conocimiento y en las conductas de los usuarios de la guía. El resultado de estas evaluaciones permite reconsiderar y, en caso necesario, modificar el proceso de implementación. No es apropiado considerar que la utilización de las guías tendrá un efecto similar al obtenido en ensayos clínicos. En el primer caso se considera la medición de la efectividad, es decir, el resultado de la aplicación de la guía en el trabajo rutinario de los médicos, mientras que en el segundo, se considera la eficacia, lo cual representa obtener resultados bajo condiciones ideales.
- Dado que las guías clínicas están basadas en la mejor evidencia disponible, deben ser revisadas con regularidad para incorporar, cuando sea necesario, los resultados de nueva investigación, nuevas tecnologías y la evaluación de resultados de otras guías clínicas.

1.2.2. Medicina basada en la evidencia: Entendemos por Medicina Basada en la Evidencia el uso consciente, explícito y de la mejor evidencia científica en la toma de decisiones referentes al cuidado individual de la salud de los pacientes, integrando la experticia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa proveniente de la búsqueda sistemática. (9)

El concepto de "*Evidence based medicine*", traducido como medicina basada en la "evidencia" (MBE) fue presentado en el año 1991 a través de un editorial en la revista ACP Journal Club. Se comenzó a difundir al año siguiente, cuando un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos vinculados a la Universidad Mc Master, en Canadá, constituyeron el grupo de trabajo de MBE, y publicaron un artículo en JAMA. El término fue acuñado en Canadá en los años 80 para describir la estrategia de aprendizaje utilizada en la Mc Master Medical School. Con él se pretende aludir, como afirman en el mencionado artículo, a un nuevo enfoque en la docencia y práctica de la medicina, en el que se resalta la importancia del examen de las pruebas o "evidencias" procedentes de la investigación y de la interpretación cautelosa de la información clínica derivada de observaciones no sistemáticas.(7)

En resumen, la MBE es un intento de dar respuesta a esta nueva situación, fundamentalmente a través de tres estrategias: el aprendizaje de su metodología, la búsqueda y aplicación de los resúmenes e información científica recopilada por otros y la aceptación de protocolos y guías desarrollados por terceros.(7)

No se trata de sustituir o eliminar el arte de la práctica clínica, que se fundamenta en la intuición, las interpretaciones cualitativas y la comunicación, sino de complementarla. La utilización de la MBE es un elemento más en la compleja toma de decisiones del profesional. Con ella se intenta disminuir la variabilidad no justificada de las intervenciones, no de aplicar fórmulas iguales para situaciones diferentes.(7)

Tampoco se trata de una metodología que tenga como objetivo minimizar costos, sino de conseguir mayor calidad. De hecho, el objetivo en este aspecto sería disminuir el uso inadecuado de recursos, lo que comprende no sólo el exceso, sino también el defecto de utilización. Que no justifica desdeñar los costos de las opciones, sobre todo en un contexto asistencial de un sistema de Protección Social en el que la equidad es un principio que sustenta el sistema. (3) La MBE no es una metodología invariable y rígida, sino que está en constante evolución y sometida a los cambios que la investigación sobre su propio rendimiento y beneficios vaya aportando, y a la credibilidad conseguida.(7).

La MBE es la integración de la experiencia clínica con la mejor evidencia clínica externa y con los valores y expectativas de los pacientes. Existen tres opciones para su aplicación (8).

- aprendiendo a aplicar la MBE por sí mismo
- actualizando y aplicando resúmenes de MBE realizados por otras personas
- aplicando las estrategias ya aceptadas dentro del ámbito clínico.

## **2. MARCO JURIDICO COLOMBIANO.**

### **2.1. LEY 1122 DEL 9 DE ENERO DE 2007**

En el Capítulo I, Artículo 1° el objeto es “Realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud”. Este primer artículo entraría a cuestionar el manejo de las guías clínicas en cuanto a su adecuada aplicación para una óptima prestación de servicios teniendo en cuenta una serie de características que tienen que cumplirse para lograr un fin claro

En el Capítulo II – Artículo 2: el Ministerio de la Protección Social evaluará los indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Respecto de las Empresas Sociales del Estado, ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo. Realmente en este artículo se hace referencia claramente a la prestación que debe hacerse de los servicios de salud, en donde se debe tener en cuenta que para el logro de sus metas u objetivos debe haber claridad en las guías de práctica médica según lo que debe realizarse en casos específicos teniendo en cuenta el grado de complejidad básico en el cual se prestan los servicios y la disponibilidad de personal.

### **2.2. DECRETO 1011 DEL 3 ABR 2006:**

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de

Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.(6)

El Ministerio de la Protección Social con respecto a las guías en medicina basada en la evidencia no da una guía como referente obligatoria porque cada institución es responsable de su elaboración y aplicación conforme a sus características propias. Cuando se habla de Medicina Basada en la evidencia, precisamente se está haciendo referencia a la aplicación de conocimientos validados por la literatura científica y aplicada a la funcionalidad de las instituciones. (6)

### 2.3. RESOLUCIÓN 1043 DE 2006 del MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (del 3 de abril de 2006):

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención. (5)

ARTÍCULO 1° CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS. Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación con los estándares de dicha resolución. (5)

ARTÍCULO 4° ESTANDARES DE HABILITACIÓN. Se adoptan como estándares de habilitación el “Manual Único de Estándares y Verificación” de la presente resolución

como Anexo Técnico No.1 y como guía de procedimientos de habilitación el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” como Anexo Técnico No.2°. (5)

ANEXO TÉCNICO NO.1 DE LA RESOLUCIÓN N° 1043 de 3 de abril de 2006 Página 138 de 238

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

5.1 Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas. Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.

5.3 La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado.

ANEXO TÉCNICO No. 2 DE LA RESOLUCIÓN N° 1043 DE LA RESOLUCIÓN N° 1043 de 3 de abril de 2006 - GLOSARIO

Procesos prioritarios asistenciales: Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbilidad del país.

Estándar: conjunto de normas y condiciones indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida ó la salud de los usuarios. Deben ser de obligatorio cumplimiento por los prestadores de Servicios de Salud.

Para cada uno de los servicios, los estándares fueron elaborados a través de un proyecto que incluyó la revisión de la literatura y su posterior validación con las diferentes agremiaciones científicas y profesionales para evaluar su aplicabilidad. De esta manera, todos los estándares fueron revisados por profesionales expertos en el tema. No obstante, el Decreto 1011 de 2006 define que se podrán revisar periódicamente.

Guía clínica de atención: es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener, mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación, mecanismos de retroalimentación y deben estar basadas en la evidencia.

Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud: Son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

### **3. OBJETIVOS.**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir los resultados de la verificación de las guías de manejo médico del servicio de consulta externa elaborada, actualizada y establecida por resolución en una institución prestadora de salud de primer nivel, y su aplicación por los médicos en la práctica clínica para mejorar la calidad de la atención a los usuarios y la optimización de los recursos.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar si las guías de manejo clínico están elaboradas, adoptadas y actualizadas en la institución.
- Describir el conocimiento de las guías de manejo por parte del personal médico de la institución.
- Evaluar si las guías de manejo médico son de aplicación viable a instituciones de primer nivel según los recursos disponibles.
- Determinar según el tipo de contratación de los médicos, la adherencia a las guías de manejo clínico.
- Verificar la adherencia y aplicación de los médicos a las guías de manejo en su práctica diaria basada en la revisión de la historia clínica.

## **4. ENFOQUE METODOLÓGICO.**

### **4.1. DEFINICIÓN**

El método aplicado estuvo basado en la evaluación de los siguientes ítems relacionados con:

- La documentación actualizada en la IPS para la aplicación de la normatividad
- La pertinencia de las guías y su viabilidad en la institución de primer nivel
- La adherencia y aplicación en la práctica médica

Para la realización de este trabajo de investigación se aplicó el método DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO con base a un proceso exigido en la institución de salud por normatividad y pensando en la calidad de la prestación de servicios de salud tanto para el usuario como para la misma ESE, se hizo la recolección de información oportuna que llevó al análisis e interpretación pretendiendo llegar a conclusiones válidas para tomar decisiones racionales en un futuro.

### **4.2. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS**

Luego de recolectada la información, se tabuló y se realizó el cruce de variables para obtener datos que finalmente sirvieron para el análisis, conclusiones y recomendaciones para la toma de decisiones por parte de las directivas de la institución.

### **4.3. CONTROL DE ERRORES Y SEGGOS**

Se llevó a cabo la adecuada aplicación de los formatos elaborados para medir el conocimiento, la adherencia de los médicos a las guías y la aplicabilidad de las mismas en cada servicio.

## 6. RESULTADOS.

La metodología que se adoptó fue el análisis de las guías de manejo médico de las primeras cinco causas de morbilidad reportados del año 2007 en el servicio de consulta externa de una institución de primer nivel de salud.

De acuerdo a las variables que se utilizaron en la investigación y a partir de las fuentes de información se necesitó:

- Resolución expedida por la Gerencia de la institución para implementar las guías médicas evaluando la fecha respectiva.
- Viabilidad de las guías implementadas en cuanto a la concordancia con el POS aplicado a primer nivel de atención en salud.
- Se aplicó formulario de evaluación sobre conocimiento de las guías a los médicos que laboran en la institución.
- Se tuvo en cuenta la modalidad de contratación vigente del personal médico
- Se elaboró formato para evaluar adherencia y aplicabilidad de las guías por parte de los médicos. Estos formatos se aplicaron a las Historias Clínicas.

Las personas que recolectaron esta información fueron las mismas que realizaron la propuesta de investigación.

### 6.1. EXISTENCIA DE GUIAS

En el archivo de Gestión de la institución se encontraron en soporte físico y medio magnético las Guías de Consulta Médica del año 2007

## 6.2. ADOPCION DE GUIAS

Según la Resolución N° 059 expedida el 20 de mayo de 2008 por el Gerente de la ESE, fueron adoptadas.

## 6.3. VIABILIDAD DE LAS GUIAS CLINICAS EN UN PRIMER NIVEL

Para verificar la viabilidad de las Guías, se revisó cada una y se comparó con el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD encontrándose que las guías son viables para el primer nivel de atención en salud.

TABLA1. EN EL AÑO 2007 LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD FUERON:

	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>CÓDIGO CIE 10</b>	<b>N° DE CONSULTAS</b>
<b>1</b>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	I10X	1788
<b>2</b>	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	M545	424
<b>3</b>	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	K297	406
<b>4</b>	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	N390	386
<b>5</b>	OTROS DOLORES ABDOMINALES	R104	386

#### 6.4. TIPO DE CONTRATO

En cuanto al personal médico de la institución, para el servicio de Consulta Externa se cuenta con:

5 Médicos de planta

2 Médicos en su servicio social obligatorio y están durante 6 meses.

6 Médicos contratados por prestación de servicios.

Se tabuló el personal para la aplicación del cuestionario ya que no se tuvo en cuenta la identificación del profesional.

TABLA.2 TIPO CONTRATO

	TIPO DE CONTRATO
MP	Provisionalidad
MR	Rural
MPS	Prestación de servicios

TABLA 3. ADHERENCIA A GUIAS MÉDICAS

6.5 ADHERENCIA A GUIAS MÉDICAS HALLAZGOS EN LA AUDITORIA DE ADHERENCIA A GUIAS CLINICAS CON RESPECTO A LA FORMA DE CONTRATACION					
TIPO DE CONTRATACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ADHERENCIA A GUIAS			
		>90: cumple	80-90: cumple parcialmente	<80: no cumple	TOTAL
<b>MEDICO EN SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO</b>	<b>NUMERO DE H.C. AUDITADAS</b>	1	2	15	18
	% de cumplimiento de adherencia a guías en los médicos de servicio social obligatorio	5.6%	11.1%	83.3%	100,0%
	% de HC teniendo en cuenta el total de HC que cumplen con el respectivo criterio y según la modalidad de contratación	5,0%	7.7%	22.7%	16,0%
	% total de HC que cumplen con los criterios según el total de HC auditadas	0.9%	1.8%	13.4%	16,0%
<b>MÉDICO DE PLANTA</b>	<b>NUMERO DE H.C. AUDITADAS</b>	14	10	22	46

	% de cumplimiento de adherencia a guías en los médicos de planta	30.4%	21.7%	47.8%	99.9%
	% de HC teniendo en cuenta el total de HC que cumplen con el respectivo criterio y según la modalidad de contratación	70,0%	38.5%	33.3%	41,0%
	% total de HC que cumplen con los criterios según el total de HC auditadas	12.5%	8.9%	19.6%	41,0%
<b>MÉDICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	<b>NUMERO DE H.C. AUDITADAS</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>29</b>	<b>48</b>
	% de cumplimiento de adherencia a guías en los médicos de servicio socialobligatorio	10.4%	29.2%	60.4%	100,0%
	% de HC teniendo en cuenta el total de HC que cumplen con el respectivo criterio y según la modalidad de contratación	25,0%	53.8%	43.9%	42.9%
	% total de HC que cumplen con los criterios según el total HC auditadas	4.5%	12.5%	25.9%	42.9%

	TOTAL DE HISTORIAS CLINICAS SEGÚN CRITERIOS DE ADHERENCIA	20	26	66	112
	TOTAL PORCENTAJES	17.9%	23.2%	58.9%	100,0%
<b>TABLA 4. CONOCIMIENTO GUIAS CLINICAS.</b>					
6.6 CONOCIMIENTO DE GUIAS					
HALLAZGOS EN LA EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS MÉDICOS CON RESPECTO A LA FORMA DE CONTRATACION					
TIPO DE CONTRATACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	CONOCIMIENTO DE GUIAS			
		>80% : conocen las guías	70-80%: conocen parcialmente las guías	<70%: no conocen las guías	TOTAL
<b>MÉDICO DE PLANTA</b>	NÚMERO DE MÉDICOS	0	0	4	4
	% de médicos de planta que conocen las guías			100,0%	100,0%
	% de conocimiento de guías con respecto a la modalidad de contratación			44,4%	33,3%
	% de médicos de planta que conocen las guías con respecto al total de médicos evaluados			33,3%	33,3%
<b>MÉDICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	NÚMERO DE MÉDICOS	2	0	4	6
	% de médicos de prestación	33,3%		66,7%	100,0%

	de servicios que conocen guías				
	% de conocimiento de guías con respecto a la modalidad de contratación	66,7%		44,4%	50,0%
	% de médicos de prestación de servicios que conocen las guías con respecto al total de médicos evaluados	16,7%		33,3%	50,0%
<b>MÉDICO EN SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO</b>	<b>NÚMERO DE MÉDICOS</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	% de médicos en servicio social obligatorio que conocen las guías	50,0%		50,0%	100,0%
	% de conocimiento de guías con respecto a la modalidad de contratación	33,3%		11,1%	16,7%
	% de médicos en servicio social obligatorio que conocen las guías con respecto al total de médicos evaluados	8,3%		8,3%	16,7%
	<b>CANTIDAD</b>	<b>3</b>		<b>9</b>	<b>12</b>
	<b>% DE TOTAL</b>	<b>25%</b>		<b>75%</b>	<b>100%</b>

#### 6.7 IMPLEMENTACION DE GUIAS

TABLA 5. HALLAZGOS DE IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS

IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS	aplicar métodos y medidas para dar a conocer las guías clínicas estandarizadas en una institución	cualitativa	nominal	>90%: SI FUERON IMPLEMENTADAS	
				<90%: NO FUERON IMPLEMENTADAS	
GUIAS	MEDICO DE PLANTA	MEDICO RURAL	MEDICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TOTAL	PROPORCIÓN
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	4 (80%)	1 (50%)	2 (33.3%)	7	58,3%
ENFERMEDAD ACIDOPÉPTICA	5 (100%)	2 (100%)	5 (83.3%)	12	92.3%
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	4 (80%)	1 (50%)	4 (66.6%)	9	75,0%
DOLOR ABDOMINAL	4 (80%)	1 (50%)	4 (66.6%)	9	75,0%
LUMBALGIA	5 (100%)	1 (50%)	4 (66.6%)	10	83,3%

- teniendo en cuenta que los médicos que laboran en la institución según la modalidad de contratación está designado de la siguiente manera: 5 médicos de planta, 2 médicos rurales y 6 médicos de prestación de servicios por lo cual se realiza el porcentaje de asistencia por grupo de médicos para cada patología

## 7. DISCUSIÓN.

En cuanto a las historias clínicas auditadas de los médicos rurales se encontró que cumplen con criterios de adherencia en un 16.6% pero haciendo la observación de que solo son 2 médicos rurales. Del total de las historias clínicas auditadas, ellos cumplen con un 2.7%.

En relación con los médicos de planta, las historias clínicas realizadas por ellos, cumplen con criterios de adherencia en un 52.1% pero en relación con el total de historias clínicas auditadas, cumplen con un 21.4%. Esto se debe a que de 102 historias clínicas auditadas 52 pertenecían a la patología de Hipertensión arterial. En el muestreo son ellos los de mayor manejo de esta patología, lo mismo que se debe tener en cuenta la guía no ha sido modificada desde hace 4 años ya que está basada en el reporte del “Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto Sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial”.

Con los resultados arrojados en relación con los médicos de prestación de servicios, encontramos que de las historias auditadas en su categoría, el 39.6% cumplen con criterios de adherencia, pero en relación con el total de las historias clínicas auditadas, sólo el 17% de las que cumplen estos criterios fueron elaboradas por ellos.

De la evaluación realizada a los médicos sobre el conocimiento de las guías llama la atención que con respecto a los médicos de planta ninguno cumplió con el criterio de conocimientos de las guías, lo cual hace necesario que se busquen las posibles causas de dicho resultado. En cuanto a los médicos de prestación de servicios cumplieron con el criterio de conocimiento de las guías el 16.7% y de médicos rurales el 8.3%.

En cuanto a la implementación, la capacitación médica a la que mas profesionales asistieron fue a la de Enfermedad Acido péptica, y a su vez a la que menos profesionales asistieron fue Hipertensión arterial.

En cuanto el tipo de contrato se encontró que los profesionales con mayor inasistencia fueron los de prestación de servicios.

Se evaluaron algunos datos relacionados con el cumplimiento de adherencia a guías según modalidad de contratación y patología encontrándose que la guía en donde tuvo una adherencia muy baja fue en Enfermedad Acidopéptica teniendo en cuenta que fue la de mayor asistencia a la capacitación por parte de los profesionales mientras que hay mayor adherencia de la guía de Hipertensión Arterial principalmente de médicos de planta y se hace la anotación que en la guía de Dolor Abdominal, los médicos de prestación de servicios son los de mayor adherencia.

En relación con la NO ADHERENCIA a las guías auditadas, se tiene que en la guía de HTA el 55.8% de las historias no cumplen, en la guía de Enfermedad Acidopéptica el 100% de las historias auditadas no cumplen con los criterios de adherencia, en la guía de Infección Urinaria el 70% no cumplen, en la guía de Dolor Lumbar el 50% no cumplen con los criterios de adherencia y en la guía de Dolor Abdominal, el 38.9% de las historias no cumplen. Estos datos se pueden corroborar en los anexos del informe.

## **8. RECOMENDACIONES.**

- Tener una política de calidad en salud implementada e introyectada en el personal de la institución que permita tener una cultura de calidad.
- Se recomienda concienciar a los médicos de la importancia de adherirse a las guías de manejo para mejorar la calidad de la atención en salud de los usuarios ya que esto conlleva a una disminución de las reconsultas, disminución de los costos institucionales y a mejorar la satisfacción de los usuarios.
- Se debe mejorar el plan de inducción y reinducción que tiene la institución para garantizar que los médicos rurales y los médicos de prestación de servicios apliquen las guías al momento de comenzar su práctica clínica.
- Realizar capacitaciones periódicas al personal profesional sobre las guías clínicas donde se involucre la implementación y el seguimiento, lográndose evidenciar a través de la práctica médica la adherencia a guías.
- Garantizar que el 100% de los médicos en la institución, sin importar su modalidad de contratación, participen en los procesos de capacitación mediante la asistencia a ellas y tengan fácil accesibilidad a las guías en sus lugares de trabajo.
- Es necesario un cambio de actitud por parte de los profesionales frente a la adherencia a guías médicas por lo cual se sugiere realizar un trabajo de **sensibilización** con este gremio sobre la importancia de aplicar unas guías que son institucionales y que mejorarán la calidad de la atención de los usuarios.

## BIBLIOGRAFIA

1. Norma técnica para la elaboración de guías clínicas, Ministerio de salud. 2005, p. 3 – 5.
2. Patiño R, José Félix. Medicina basada en la evidencia. Santafé de Bogotá. D.C. 2005, p. 1- 7.
3. Bravo Toledo, Rafael y Campos Asenso, Concepción. Medicina basada en pruebas Jano (EMC) 1997; LIII (1218):71-72.
4. Resumen de los criterios y estándares que conformaran los requisitos esenciales. Centro de Gestión Hospitalaria.
5. Ministerio de la Protección Social. RESOLUCIÓN NUMERO 1043 del 3 de abril de 2006
6. Ministerio de la Protección Social. DECRETO NUMERO 1011 del 3 abril de 2006
7. Ministerio de la Protección Social. LEY NUMERO 1122 del 9 de enero de 2007
8. Monteagudo Romero, Josefina. Que es y que no es la medicina basada en pruebas en las prácticas. La información médica y sus problemas.
9. Dr. Eslava, Javier. Medicina basada en la evidencia una aproximación rápida para el profesional de la salud, Centro de Epidemiología Clínica. Unidad de Anestesiología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

10. Sociedad colombiana de anestesiología y reanimación. Medicina basada en la evidencia en el contexto del sistema de calidad del seguro social de Colombia.
11. Field MJ, Kathleen N. Guidelines for clinical practice from development to use. Washington D.C, 1992.
12. Dr. Viera Valdés, Brandy y otros. Evaluación de guías de buenas practicas clínicas para diagnostico y tratamiento del infarto miocárdico agudo.  
<http://www.uninet.edu/cimc2001/comunicaciones/MIraola/MIraola2>
13. Red iberoamericana sobre guías de práctica clínica y mejora de la calidad de la atención sanitaria. Disponible en:  
[http://213.97.128.188:8080/iberoamericanagpc/DOCUMENTO%20MARCO IBEROAMERICANA ESPA.pdf](http://213.97.128.188:8080/iberoamericanagpc/DOCUMENTO%20MARCO%20IBEROAMERICANA%20ESPA.pdf)
14. Casariego Vales, Emilio y otros. Que son las GPC? Guías Clínicas 2007;7 Supl 1:1. Disponible en:  
<http://www.fisterra.com/guias2/FMC/queson.asp>
15. Pantoja, Tomás y otros. Guías de práctica clínica en atención primaria: Una evaluación critica, octubre 2007:(135). 1282-1290.
16. Sánchez Ricardo y otros. Evaluación de actitudes frente alas guías de práctica clínica en el Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá-Colombia. Disponible en:  
<http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v52n4/v52n4io1.htm>

17. Moreno Rajadle, René Esteban y otros. Evaluación de la adherencia a la guía de buenas practicas clínicas en la desviación del septo nasal. Disponible en:

**[http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol45\\_3\\_06/cir01306.html](http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol45_3_06/cir01306.html)**

18. Araujo Zemborain C<sup>2</sup>, Levit<sup>2-3</sup> Lebersztein G<sup>3</sup>; De Luca M<sup>3</sup>, Zambon F<sup>3</sup>; Morend I<sup>3</sup>; Peryra Araujo. F<sup>3</sup>. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO, ACEPTACIÓN Y UTILIDAD DE UNA GUÍA RÁPIDA DE HISTEROSCOPIA DE DESARROLLO LOCAL. Disponible en:

**[http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/jornadas2/27levit\\_evaluacióndelcumplimiento.doc](http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/jornadas2/27levit_evaluacióndelcumplimiento.doc)**

19. APLICACIÓN DE LAS PAUTAS DE DIAGNÓSTICO. Revista Colombiana de Neumología: Disponible en:

**<http://encolombia.com/medicina/neumologia/rev-neumvol12n3-editorial.htm>**

## **AGRADECIMIENTOS**

DESEAMOS EXPRESAR NUESTRA MAS SINCERA GRATITUD A:

A LA UNIVERSIDAD CES – MEDELLÍN.

AL ASESOR DE NUESTRA TESIS: DR. JORGE JULIÁN OSORIO.

AL GERENTE DE LA E.S.E. QUE NOS PERMITIÓ REALIZAR LA INVESTIGACIÓN.

A LOS MÉDICOS Y AL PERSONAL DE ESTADISTICA TANTO DE LA E.S.E COMO DE LA UNIVERSIDAD CES.

YA QUE SIN SU COLABORACION, NO HUBIESE SIDO POSIBLE EL DESARROLLO Y EJECUCION DE ESTA INVESTIGACIÓN.

**A TODOS MIL GRACIAS.**

