



Abril-Junio 2026
Vol. 4, núm. 2 / pp. 152-158

Recibido: 23 de Septiembre de 2025
Aceptado: 09 de Diciembre de 2025

doi: 10.35366/122428



De la opinión a la evidencia: rol fundamental de la declaración de posición en la construcción de consensos médicos y guías de práctica clínica en la educación médica

From opinion to evidence: the fundamental role of the position statement in building medical consensus and clinical practice guidelines in medical education

José María Jiménez Ávila,^{*,†} María Isabel Vásquez Reyes,^{*,§}
Andrea Soria Velázquez,^{*,¶} Ana Paola Ríos Campos^{*,||}

Palabras clave:

declaración de posición,
guías de práctica clínica,
consenso, educación médica,
toma de decisiones clínicas.

Keywords:

position statement, practice
guidelines, consensus,
education medical, clinical
decision making.

RESUMEN

Una declaración de posición (DP) se define como un documento de fuente secundaria cuyo propósito es expresar una opinión o postura frente a un problema específico de manera clara y concisa. Este tipo de documento, emitido por federaciones, asociaciones o autores individuales, se basa en una discusión fundamentada y no requiere evidencia experimental, aunque exige una justificación rigurosa de cada argumento para mantener objetividad. Su estructura suele ser breve e incluye secciones como introducción, definición del problema, revisión contextual, metodología de análisis, resultados derivados de la discusión, posicionamiento final, posibles soluciones y recomendaciones. Además, es esencial que el autor o grupo responsable declare los nombres completos de quienes respaldan la postura adoptada. El presente artículo busca establecer una guía estandarizada para la elaboración de este tipo de declaraciones y analiza el rol fundamental de las DP como herramientas para sintetizar evidencia y experiencia clínica en escenarios de evidencia limitada o contradictoria; se discute la metodología para elaborar una DP, que incluye la revisión crítica de la literatura y la obtención de consenso de expertos. Las DP proveen orientación clínica preliminar, sirven como el primer escalón para resolver controversias y son la base para el desarrollo de consensos formales y guías de práctica clínica (GPC), posicionándose como un pilar indispensable en la estandarización de la atención sanitaria y la educación médica continua.

ABSTRACT

A position statement (PS) is a secondary source document intended to express a clear and concise opinion on a specific issue. Unlike primary research, it does not require experimental evidence but relies on a well-structured, critical discussion supported by rigorous justification of each argument to maintain objectivity. This article provides a standardized framework for the development of PS, highlighting their role as essential tools to synthesize evidence and clinical expertise in scenarios of limited or contradictory data. The proposed methodology includes a

* Servicio de Traumatología y Ortopedia, Clínica de Columna, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México.

ORCID:

[†] 0000-0002-5532-5318

[§] 0009-0002-0785-5549

[¶] 0009-0004-0227-7289

^{||} 0009-0003-8423-4583

Correspondencia:

José María Jiménez Ávila

E-mail: josemajimenez@tec.mx

Citar como: Jiménez ÁJM, Vásquez RMI, Soria VA, Ríos CAP. De la opinión a la evidencia: rol fundamental de la declaración de posición en la construcción de consensos médicos y guías de práctica clínica en la educación médica. Cir Columna. 2026; 4 (2): 152-158. <https://dx.doi.org/10.35366/122428>



critical review of the literature and structured expert consensus processes, ensuring clarity and applicability in clinical practice. PS serve as preliminary clinical guidance, representing the first step in resolving controversies and forming the foundation for the development of formal consensus documents and clinical practice guidelines (CPG). Their strategic role lies in reducing variability in clinical decision-making, fostering the standardization of healthcare delivery, and supporting continuous medical education. Ultimately, PS are positioned as indispensable instruments within evidence-based medicine, bridging expert opinion and the rigorous frameworks of CPG, while contributing to the progressive improvement of medical practice.

Abreviaturas:

DP = declaración de posición
GPC = guía de práctica clínica

INTRODUCCIÓN

Un artículo declaración de posición (DP) es un documento de fuente secundaria que, académicamente, plasma la postura individual de un experto, o bien de un grupo de estudio, una asociación o una federación sobre un tema controvertido con el fin de guiar la práctica clínica, la investigación o las políticas públicas de salud.¹ Se clasifican con un nivel de evidencia IV (Shekelle), equivalente a la opinión de expertos, y se distinguen por su rigor en la justificación argumentativa, la cual se basa en el análisis crítico de la literatura científica, sin requerir datos experimentales originales.²⁻⁴

Estos documentos son esenciales en la medicina, donde la falta de consenso o evidencia contundente exige posturas claras para reducir variabilidad en la práctica clínica.

Su estructura debe integrarse, iniciando por definiciones conceptuales, hasta recomendaciones aplicables, sirviendo como puente entre la investigación y la toma de decisiones.⁵

Las DP, los consensos y las guías de práctica clínica (GPC) son documentos fundamentales en la medicina basada en evidencia, pero difieren en su propósito, metodología y nivel de rigurosidad.

A continuación se explica la interrelación jerárquica y funcional de estos documentos:

1. Declaración de posición

Documento de fuente secundaria (nivel de evidencia IV)^{3,4} que expresa la postura individual de una asociación, federación o grupo de expertos sobre un tema controvertido o emergente. Es orientativa, no vinculante, y sugiere recomendaciones.

Establece una postura institucional frente a un problema clínico, educativo o ético, y guía decisiones cuando la evidencia es limitada o contradictoria;

puede servir como preludio para futuros consensos, o bien, para la elaboración de guías de práctica clínica. Las DP suelen ser menos formales que los consensos, pero ambas comparten el uso de opinión de los expertos.

Algo importante es que las DP también pueden evolucionar a GPC cuando se acumula suficiente evidencia; los consensos suelen integrarse en GPC para temas con evidencia limitada.^{3,4}

2. Consenso

Se define como un acuerdo sistemático entre expertos (nivel de evidencia III-IV)^{3,4} que busca homogenizar criterios sobre un tema específico. Combina la evidencia científica con la opinión de expertos, utilizando metodologías estructuradas. Inicialmente también suele ser orientativo, pero su grado de vinculación va a depender de su formalización.

Si es un acuerdo informal entre expertos, puede ser informativo, pero si se adopta como norma institucional, por ejemplo, por una sociedad científica o autoridad sanitaria, puede adquirir carácter vinculante.

Los consensos suelen ser instructivos, pero su peso aumenta si están respaldados por instituciones relevantes o se integran en guías de práctica clínica. Reduce su variabilidad en la práctica clínica cuando faltan estudios concluyentes. Sirven de base para complementar o actualizar las guías de práctica clínica en áreas con lagunas de evidencia, validando recomendaciones mediante acuerdos multidisciplinarios. Es importante destacar que un consenso puede surgir para formalizar una DP previa, añadiendo mayor rigor metodológico.

3. Guías de práctica clínica

Es un documento de alto valor (nivel evidencia I-II) basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis que establecen recomendaciones estandarizadas para el manejo de enfermedades. Las GPC son procesos rigurosos de evaluación crítica y síntesis de literatura cuyo propósito es optimizar la atención clínica mediante algoritmos o árboles de decisión validados científicamente, reduciendo inequidades en la práctica médica.

Las GPC son vinculantes, mientras que las DP y los consensos son documentos orientativos e informativos (*Tabla 1*).

Estructura de una declaración de posición

Una DP debe contener los siguientes elementos:

1. Resumen y palabras clave

Extensión: 250-300 palabras. Debe resumir el problema, objetivo y propuestas clave.

Debe incluir de 3-5 palabras clave (MeSH/DeCS) para indexación, o bien, utilizar la herramienta Thesaurus.com.⁶

2. Introducción

Definir el problema con contexto epidemiológico (por ejemplo: prevalencia, impacto clínico), justificando la relevancia del tema en el ámbito local o global.⁷

3. Objetivo general

Describir el proceso de discusión (por ejemplo: paneles de expertos, metodología Delphi), proponiendo recomendaciones prácticas para médicos, educadores o investigadores.⁸

4. Metodología

Es importante detallar los criterios de selección de expertos (por ejemplo: experiencia, publicaciones previas) considerados en las revisiones y en la elaboración de un proceso de revisión literaria (bases de datos, palabras clave, años incluidos).^{9,10}

5. Contenido central (general y específico)

A. General:

Incluir definiciones (términos clave y marco conceptual).

Contexto: eventos recientes (políticas, avances científicos).

Revisión teórica: literatura que sustenta la postura.¹¹

B. Específica:

Posición oficial: conclusiones del grupo de trabajo.

Soluciones: alternativas basadas en evidencia.

Recomendaciones para la práctica clínica, enseñanza e investigación.¹²

6. Resultados

Presentar acuerdos cuantitativos (por ejemplo: porcentaje de consenso) o cualitativos, incluyendo tablas comparativas de evidencia.^{13,14}

7. Discusión

Contrastar los hallazgos con la literatura existente, abordando limitaciones y áreas de incertidumbre.¹⁵

8. Autores y responsabilidades

Listar los nombres completos y roles en el desarrollo del documento, así como las instituciones, tanto hospitalarias como universitarias, de donde son originarios los autores.¹⁶

9. Conclusión

Sintetizar la propuesta principal y su aplicabilidad, generando recomendaciones (*Tabla 2*).¹⁷

Estructura de las guías de práctica clínica

Una GPC o *guidelines* es un documento de fuente secundaria que tiene la intención de dirigir decisiones y criterios (asistencia, enseñanza, investigación y/o publicación). Establece la dirección de decisiones y criterios, elementos importantes que deben incluirse es el algoritmo o “árbol de decisiones”.

Las guías pueden y deben ser modificadas y adecuadas a cada lugar, y pueden funcionar como un documento legal cuando se hacen de manera colegiada.¹⁸⁻²⁰

Todas las GPC deben contener los siguientes elementos de una manera descriptiva y narrativa:

1. Introducción

Se deberán redactar todos los elementos teóricos esenciales para el entendimiento de la patología, tratando de no exceder una cuartilla.

2. Objetivo general

Definir de manera general cuál será el objetivo general de dicha guía.

3. Objetivos específicos

Definir de manera particular cuáles serán los objetivos particulares.

Tabla 1: Características de la declaración de posición, consenso y guía de práctica clínica.

Tipos	Fuente	Nivel de evidencia	Postura	Enfoque
Declaración de posición	Secundaria	IV	Individual	Orientativas
Consenso	Secundaria	III-IV	Institucional	Ambas
Guía de práctica clínica	Secundaria	I-II	Institucional	Vinculantes

Tabla 2: Estructura de una declaración de posición.

Apartado	Características	Desarrollo
Resumen	250-350 palabras	Resumir el problema, objetivo y propuesta
Palabras clave	3-5 palabras	Incluidas en MeSH/DeCS para indexación
Introducción	Definir el problema con contexto epidemiológico	Justificar relevancia en el ámbito local o global
Objetivo general	Describir el proceso de discusión	Recomendaciones prácticas
Metodología	Detallar criterios de selección de expertos	Incluir revisiones de la literatura
Contenido central general	Definiciones	Literatura que sustenta la postura
Contenido central específico	Conclusiones	Recomendaciones
Resultados	Acuerdos cuantitativos	Incluir tablas comparativas
Discusión	Contrastar hallazgos de la literatura	Limitaciones e incertidumbre
Autores y responsabilidades	Listar nombres	Roles en el desarrollo del documento
Conclusión	Sintetizar propuesta	Enfatizar su aplicabilidad

Tabla 3: Clasificación del nivel de evidencia y fuerza de recomendación en los contenidos de las guías de práctica clínica.^{3,4}

Ia. Evidencia para metaanálisis de estudios clínicos aleatorios Ib. Evidencia de por los menos un estudio clínico controlado aleatorio IIa. Evidencia de por los menos un estudio controlado no aleatorio IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudio de cohorte III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles, revisiones clínicas IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia, o ambas	A. Directamente basada en evidencia categoría I B. Directamente basada en evidencia (categoría II) o recomendaciones extrapoladas de evidencia (categoría I) C. Directamente basada en evidencia (categoría III) o en recomendaciones extrapoladas de evidencia (categorías I o II) D. Directamente basada en evidencia (categoría IV) o de recomendaciones extrapoladas de evidencia (categorías I o II)
---	--

4. Usuarios de la guía

Establecer quiénes serán los usuarios de las guías, definiendo si ésta será para uso de médicos generales o bien para el uso de médicos especialistas.

5. Población blanco

Definir cuál es la población a la que se le aplicará la guía.

6. Definiciones operacionales

Definir las palabras y conceptos relevantes contenidos en la guía.

7. Identificación y selección de datos

Se debe realizar una revisión sistemática de la literatura, tomando nota de las palabras clave, de cómo se hizo la búsqueda, cuáles fueron los buscadores utilizados y los años que abarcó.

Ejemplo: las palabras clave de búsqueda fueron “simulación”, “fractura”, “columna”, “epidemiología”, en fuentes de información que databan de 2000 a

2025. Se consultaron las base de datos Cochrane Library y Medline. Se incluyó bibliografía básica, así como guías de práctica clínica disponibles en diferentes páginas electrónicas.

El material localizado es analizado por los integrantes del equipo constructor de la guía, realizando una discusión entre los participantes. Se deben utilizar los criterios de las guías para los usuarios de la literatura médica publicados en JAMA entre los años 1993 y 2000.¹⁻²

Para la clasificación de la categoría de la evidencia y fuerza de las recomendaciones, se utilizan las características descritas en la clasificación de la *Tabla 3*.³

8. Anotaciones al algoritmo

Se indicará de manera precisa cada una de las actividades que se deberán seguir en el algoritmo, definiendo cada uno de los puntos. Ésta es la parte más importante de la GPC.²¹

9. Algoritmo

Describe de manera gráfica lo explicado en el punto anterior.

Ejemplo (*Figura 1*):

10. Anexo

Se agregarán todas las clasificaciones o tablas que se consideren de utilidad.

11. Bibliografía

Al ser un documento publicable, todas las referencias deberán ser citadas por orden de aparición, tratando de seguir el esquema tipo Vancouver.

Ejemplo:

Artículo publicado en revista: Dunn WR, Schackman BR, Walsh C, Lyman S, Jones EC, Warren RF, et al. Variation in orthopaedic surgeons' perceptions about the indications for rotator cuff surgery. J Bone Joint Surg Am. 2005; 87 (9): 1978-1984.
Libro: Owen R, Goodfellow J, Bullough P. Fundamentos científicos de ortopedia y traumatología. 1ª ed. Barcelona: Salvat; 1984.

Capítulo de un libro: Sisk DT. Principios generales de artroscopia. En: Campbell WC. Cirugía ortopédica. 7ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1988. pp. 2483-2502.

DISCUSIÓN

Escribir un artículo de DP puede parecer una tarea difícil, especialmente para los no expertos en el tema, pero con el suficiente material de investigación, sumado a la experiencia, se puede elaborar un documento que sea útil y que dé respuesta a las preguntas que la comunidad se hace y que muchas veces en los textos se dejan a la decisión del lector o se ofrece una respuesta ambigua, que no define conceptos concluyentes.

La DP no sólo proporciona sustento teórico, sino también hace propuestas y recomendaciones de solución de los problemas, mismos que pueden ser de utilidad en un futuro; tal es el caso de la elaboración, estructuración y actualización de las GPC.

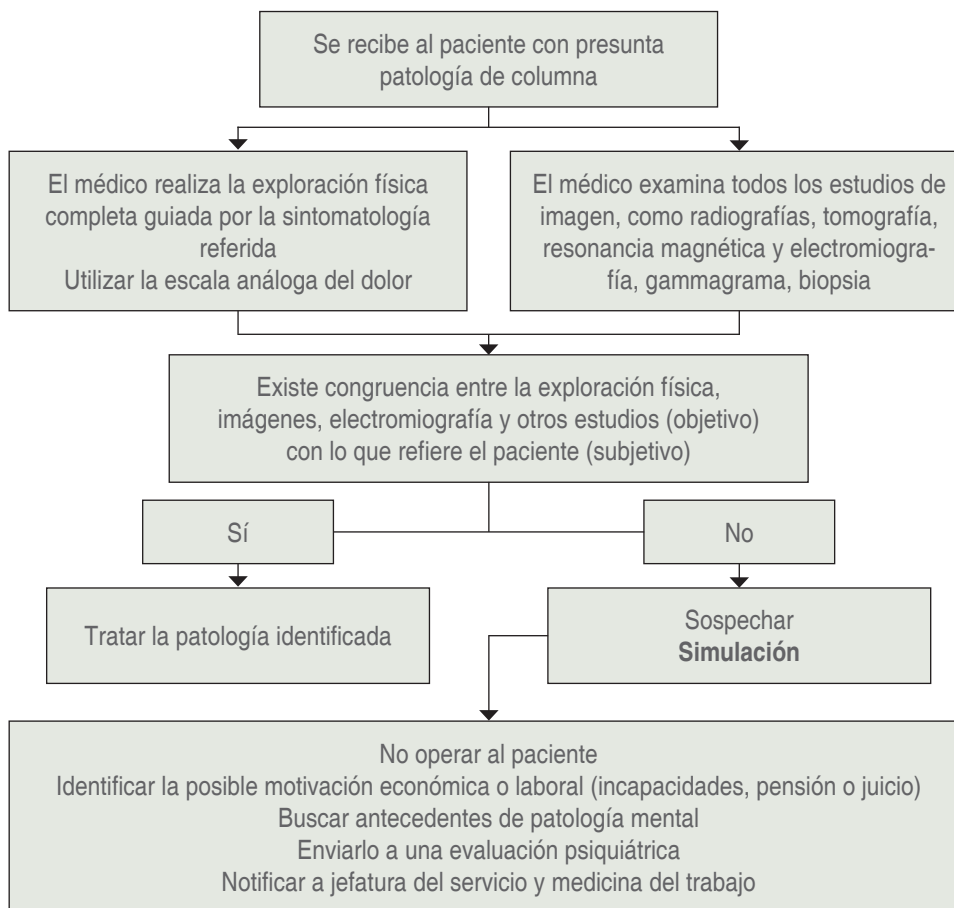


Figura 1:

Estructura del algoritmo.

Las declaraciones de posición (*position statements*) son cruciales cuando la evidencia científica es limitada o contradictoria; en tales casos, las sociedades médicas pueden emitir recomendaciones basadas en un consenso de expertos, experiencia clínica y principios biomecánicos o fisiológicos, esto es, cuando la evidencia es insuficiente, las sociedades, federaciones y asociaciones médicas pueden proporcionar orientación basada en el consenso de expertos para ayudar a los clínicos en la toma de decisiones y, en algún momento, dan sustento al desarrollo de un nuevo consenso o bien en una guía de práctica clínica.

Las GPC son instrumentos vinculantes de alto rigor metodológico (nivel evidencia I-II) fundamentados en revisiones sistemáticas y metaanálisis, cuyo objetivo es estandarizar el manejo de enfermedades a través de recomendaciones y algoritmos validados, optimizando así la atención clínica y reduciendo variabilidades injustificadas. A diferencia de las declaraciones de posición y los consensos, que son meramente orientativos, las GPC establecen el estándar de cuidado obligatorio.

CONCLUSIÓN

Elaborar una DP requiere de una síntesis crítica de evidencia, consenso estructurado y claridad en las recomendaciones. Aunque su nivel de evidencia es menor al de estudios primarios, su valor radica en resolver controversias y orientar la práctica médica. Estos documentos, junto con las GPC, son pilares en la estandarización de la atención sanitaria y la educación médica continua.

Las DP son el primer escalón para abordar controversias; los consensos formalizan acuerdos ante evidencia limitada, y las GPC consolidan recomendaciones basadas en evidencia sólida. Su interrelación es dinámica: una DP puede derivar en un consenso y éste, a su vez, en una GPC, conforme se genere más investigación. En conjunto, estos documentos optimizan la toma de decisiones clínicas y la calidad de la atención médica.

Como médico investigador, las DP son el punto de partida para transformar opiniones en evidencia estructurada; no se deben subestimar. Una DP bien fundamentada puede ser el primer paso hacia consensos nacionales o internacionales, así como la base para las actualizaciones de GPC y, sobre todo, para la mejora tangible en la práctica médica y quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Grafton D. Writing position papers: A guide for advocacy in professional contexts. *J Prof Commun*. 2018; 12: 45-60.
2. International Federation of Medical Associations. Standards for position statements. 3rd ed. Geneva: IFMA Press; 2020.
3. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing clinical guidelines. *West J Med*. 1999; 170: 348-351.
4. Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ*. 1999; 318: 593-596.
5. World Health Organization. WHO Handbook for guideline development. 2nd ed. Geneva: WHO; 2022.
6. American Psychological Association. Publication manual of the American psychological association. 7th ed. Washington (DC): American Psychological Association; 2020.
7. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines we can trust. Washington (DC): National Academies Press; 2011.
8. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of evidence. Oxford: OCEBM; 2009. Available in: <https://www.cebm.ox.ac.uk>
9. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington (DC): National Academies Press; 1990.
10. Woolf SH, Schünemann HJ, Eccles MP, Grimshaw J, Shekelle P. Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implement Sci*. 2012; 7: 61.
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009; 6 (7): e1000097.
12. Guyatt GH, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction — GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011; 64: 383-394.
13. Dalkey NC. The Delphi method: an experimental study of group opinion. Santa Monica (CA): RAND Corporation; 1969.
14. Ioannidis JPA. Why most published research findings are false. *PLoS Med*. 2005; 2: e124.
15. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al.; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Prev Med*. 2010; 51: 421-424.
16. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, Van der Wees P; Guidelines International Network. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 2012; 156: 525-531.

17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2016; 16: 15.
18. Sackett DL, Rennie D. The science of the art of the clinical examination. *JAMA*. 1992; 267: 2650-2652.
19. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care B. What are the results and how do they help me care for my patients? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*. 2000; 284: 478-482.
20. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/01.
21. Grol R, Grimshaw J. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA*. 2001; 286: 2578-2585.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este manuscrito.

Protección de personas y animales: los autores declaran que, para esta investigación, no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos: los autores declaran que, en este artículo, no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: los autores declaran que, en este artículo, no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento: los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios, sin ningún tipo de financiamiento.

Uso de inteligencia artificial para generar textos: los autores declaran que no utilizaron la inteligencia artificial como instrumento de apoyo en la redacción y búsqueda de información de este manuscrito.