

Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple

Gaudencio Gutiérrez-Alba, MC, MSP, D en C,⁽¹⁾ Miguel Ángel González-Block, D en C,⁽²⁾
Hortensia Reyes-Morales, MC, M en C, D en C.⁽³⁾

Gutiérrez-Alba G, González-Block MA, Reyes-Morales H.
Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple.
Salud Publica Mex 2015;57:547-554.

Resumen

Objetivo. Identificar, jerarquizar y relacionar barreras y facilitadores en la implantación de las Guías de Práctica Clínica (GPC). **Material y métodos.** Estudio cualitativo que compara la implantación de GPC a través de los dominios del marco consolidado para la investigación de implementación en hospitales de las tres principales instituciones públicas de una entidad. Se entrevistaron a funcionarios estatales y personal hospitalario. **Resultados.** Las principales barreras son ausencia de lineamientos, de capacitación, de recursos e incentivos. Los facilitadores se relacionan con las características de las GPC, percibidas con diseño adecuado, lenguaje sencillo y ventajas para mejorar el ambiente laboral. **Conclusión.** Las barreras deberán resolverse para alcanzar el objetivo de homologar el proceso en todo el sector; además, la buena percepción de las GPC deberá promover investigaciones para promover la actualización continua de las evidencias y una visión sectorial desde su elaboración para su implantación en los heterogéneos contexto que caracterizan a las instituciones de salud.

Palabras clave: guías de práctica clínica; diabetes mellitus tipo 2; calidad de la atención de salud

Gutiérrez-Alba G, González-Block MA, Reyes-Morales H.
Challenges in the implementation of clinical practice guidelines in major public health institutions in Mexico: A multiple case study.
Salud Publica Mex 2015;57:547-554.

Abstract

Objective. To identify, prioritize and relate barriers and facilitators in the implementation of Clinical Practice Guidelines (GPC, in Spanish). **Materials and methods.** We used qualitative methods to study and compare the introduction of GPC across the domains of the consolidated research implementation framework in hospitals of the three main public institutions in a state of Mexico. Authorities and hospital staff were interviewed using a semi-structured questionnaire. **Results.** The main barriers to implementation are the absence of standards, training, resources and incentives. The most important implementation facilitators are the characteristics of the GPC, which are perceived as properly designed and with simple language as well as with capacity to improve the work environment. **Conclusion.** The barriers to implementation must be solved to achieve the goal of standardizing the healthcare process across the sector; the positive perception of the GPC should promote the continuous actualization of the evidence and a sectoral view from their development stage to ensure adoption in the heterogeneous environments that characterize health institutions.

Keywords: clinical practice guidelines; quality of health care; diabetes mellitus type 2

- (1) Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana. México.
(2) Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Anáhuac México Norte. México.
(3) Hospital Infantil de México Federico Gómez. México.

Fecha de recibido: 17 de abril de 2015 • **Fecha de aceptado:** 26 de agosto de 2015

Autor de correspondencia: Gaudencio Gutiérrez Alba. Luis Castelazo Ayala s/n,
Col. Industrial Animas, 91190, Xalapa, Veracruz, México.
Correo electrónico: gagutierrez@uv.mx

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) han demostrado ser herramientas eficaces para traducir la evidencia científica en mejores prácticas de atención médica, componente relevante en educación continua y actualización, además de ser esenciales para homologar la calidad médica y mejorar los resultados en salud.¹

En México, el Sistema de Salud* se enfocó desde la década de 2000 en la gestión de la calidad,² y en 2003, con la creación del Seguro Popular (SP),³ promovió la implantación de estándares homogéneos de calidad en estructura y procesos al impulsar la acreditación⁴ y certificación de calidad en establecimientos de atención médica.⁵

Ante la segmentación del sector, la política de integración funcional (IF)⁶ del sistema de salud del año 2007 proyectó homologar las funciones del propio sistema. La IF se conceptualizó como el sistema de salud que opera como si fuera único para sus diversos actores, a pesar de estar conformado por organizaciones independientes.⁷ En esta conceptualización, el programa de GPC debe elaborar guías únicas para todo el sector, así como una implantación homogénea en todas las instituciones, para lo que es necesario identificar sus recursos, necesidades, prioridades y barreras con el objetivo de homologar calidad médica en el sistema de salud.

A partir de esta política, en 2008 se puso en marcha el Programa de Acción para el Desarrollo de GPC,⁸ hasta marzo de 2014 se publicaron 699 GPC, disponibles en el Catálogo Maestro de GPC. Paralelamente, se diseñó el Plan Estratégico Sectorial para la Difusión, Capacitación y Seguimiento de las GPC;⁹ sin embargo, dos evaluaciones^{10, 11} del proceso de implantación de las GPC en las instituciones públicas evidenciaron avances heterogéneos en estrategias de capacitación y uso entre las distintas instituciones, en los que los Servicios Estatales de Salud (SESA) son los de mayor rezago. Ambas evaluaciones mostraron la elaboración de un gran número de GPC, con alta dificultad en la implantación, aunque no se identificaron facilitadores y barreras en este ámbito.

La evidencia mundial ha demostrado barreras al implantar GPC por parte de los usuarios y a nivel institucional. En los usuarios, las barreras son de actitud, de poco compromiso para seguir las recomendaciones, dificultad para cambiar la inercia al tomar decisiones

y no superar los obstáculos.^{12,13} Las barreras institucionales son falta de incentivos, insuficiente tiempo para consultar y aplicar las GPC, ausencia de programas de educación continua, poco acceso a las GPC, carencia de recursos materiales y falta de liderazgo efectivo.^{14,15}

La diabetes tipo 2 (DM2) es uno de los principales problemas de salud en México, y tan solo en 2012 generó más de 150 000 egresos hospitalarios¹⁶ con costos elevados para su atención.

En 2010 se estimó que el sistema de salud destinó 3 430 millones de dólares para el manejo de la diabetes, y las instituciones de seguridad social gastaron hasta 9.5% de su presupuesto total.¹⁷

Lo anterior evidencia la necesidad de contar con criterios apropiados para su manejo en todos los niveles de atención de las instituciones de salud, para lo que las GPC son de gran apoyo; de las 13 GPC relacionadas con diabetes, nueve son de aplicación a nivel hospitalario y el resto para primer nivel de atención. A pesar de ello se ha documentado gran variabilidad en los procesos de atención para este padecimiento, con resultados insatisfactorios en salud; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, sólo a 7.7% de los pacientes diabéticos se les da seguimiento a través de la determinación de hemoglobina glucosilada y la proporción de control glucémico fue baja (25.4%).¹⁸

Dado el contexto del sistema segmentado en México y un programa incipiente en la implantación sectorial de GPC, se consideró la necesidad de identificar en hospitales de las tres principales instituciones del Sistema de Salud de México las barreras y facilitadores en la implantación de las GPC, con énfasis en guías de DM2.

Material y métodos

Se realizó un estudio de casos múltiple* con metodología cualitativa en una entidad federativa de México, usando como modelo de análisis la DM2. Se seleccionó como cada caso a cada una de las instituciones con mayor participación a nivel nacional en el Programa de GPC: las oficinas Directivas Estatales del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los SESA; a su vez, un hospital de cada institución de la entidad federativa seleccionada que figura entre las de mayor rezago en la implantación de GPC,¹⁰

* El sistema público de salud de México está conformado por instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) con normatividad federal (afilian a trabajadores del sector formal) y la Secretaría de Salud (proporciona servicios a población sin seguridad social), financiados estos servicios a través de un seguro público denominado Seguro Popular (SP) y atendidos en las entidades federativas por los Sistemas Estatales de Salud (SESA).

* El diseño de casos múltiple se define como el conjunto de varios casos únicos a la vez, estudiando en cada uno la realidad que se desea explorar, describir, explicar, evaluar o modificar. Es un estudio intensivo que permite desarrollar ciertas explicaciones en un marco representativo de un contexto más general. El estudio de caso no permite establecer generalizaciones de los resultados.¹⁹

y permite así enfocar con mayor claridad en las barreras a la implantación.

El trabajo de campo se realizó en el periodo 2012-2013. Se seleccionaron informantes clave por institución de acuerdo con su nivel de responsabilidad: encargados estatales de la implantación de las GPC, y a nivel hospitalario, subdirector médico, jefe de enseñanza, jefe del servicio de medicina interna y médicos especialistas en medicina interna; en total cinco, uno de cada turno, asignados por el jefe de medicina interna. Previo a las entrevistas se solicitó el consentimiento informado con todos los sujetos elegibles.

Se diseñó una guía de entrevista semiestructurada, orientada a obtener información sobre barreras y facilitadores que se sustentó en el Marco Consolidado para la Investigación de Implementación (CFRI por sus siglas en inglés)²⁰ y se aplicó a los componentes del programa de GPC. El CFRI (cuadro I) es una herramienta basada en una revisión sistemática de investigaciones de implantación de intervenciones sociales, integrando 19 modelos teóricos en cinco dominios, y es útil para

identificar determinantes y generar hipótesis acerca de los factores que favorecen u obstaculizan la implementación de intervenciones en salud. En esta investigación no se abordaron todos los constructos de los dominios, pero sí se profundizó en aquéllos donde los entrevistados lo permitieron.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Se codificaron y analizaron cualitativamente con base en los dominios del CFRI, seleccionando los testimonios sobresalientes y más repetidos. El análisis se apoyó con el software ATLAS.ti versión 6.0.

El proyecto contó con la aprobación de las comisiones de investigación y ética del Instituto Nacional de Salud Pública (CI Tesis: 484).

Resultados

Se realizaron 32 entrevistas (cuadro II). En el cuadro III se sintetizan los resultados encontrados de manera comparativa, por dominio, categoría e institución; además se identifican categorías que sustancialmente favorecen

Cuadro I
DOMINIOS, OBJETIVOS Y CATEGORÍAS DE CFRI PARA IDENTIFICAR BARRERAS Y FACILITADORES EN LA IMPLANTACIÓN DE GPC. MÉXICO, 2012-2013

Dominio	Objetivo de estudio del dominio	Categorías para identificar las barreras o facilitadores
Proceso de implantación	Identificar si el proceso de implantación en las unidades estudiadas es planeado o espontáneo, consciente o inconsciente, lineal o no.	<ul style="list-style-type: none"> Planificación Poder de atraer líderes de la unidad Acceso a GPC, insumos e infraestructura referidos en las GPC Capacitación Evaluación
Características de las GPC	Conocer el grado de adaptación que tienen las GPC al contexto de las tres instituciones públicas estudiadas. La implantación se dificultará si los actores no identifican un alto grado de adaptación de las GPC a su contexto.	Percepción de los usuarios sobre: <ul style="list-style-type: none"> GPC con lenguaje y estructura sencilla Calidad del diseño y empaquetado Brindar ventaja al uso Consumo de recursos por la implantación Autoría de las GPC Grado de adaptación al contexto organizacional Calidad de las recomendaciones de las GPC
Contexto externo	Identificar si las GPC están centradas en las necesidades del paciente y si existen lineamientos y recursos para la implantación. La implantación se dificultará si los actores no identifican lineamientos de implantación, involucramiento de actores clave e incentivos.	<ul style="list-style-type: none"> Centrado en las necesidades del paciente Lineamientos Incentivos Presión competitiva para implantar las GPC
Contexto interno	Identificar las características estructurales y políticas de la unidad médica estudiada. La implantación se dificultará si en las unidades de salud existe actitud negativa, ausencia de insumos, poco compromiso de los directivos, falta de capacitación y acceso de los usuarios a las guías, y si faltan redes de comunicación efectivas.	<ul style="list-style-type: none"> Prioridad otorgada a la implantación de GPC Redes de comunicación Recursos necesarios (insumos) Compromiso de los directivos
Características de los individuos	El objetivo es identificar el interés y grado de conocimiento de las GPC y la autoeficacia que tienen los internistas ante las GPC. La implantación se dificultará si los usuarios tienen poco interés y desconocimiento de las GPC, así como apatía y poca habilidad al uso de las guías.	<ul style="list-style-type: none"> Actitud Conocimientos y creencias acerca de las GPC Autoeficacia

Fuente: Creación propia, basado en el CFRI, aplicado a los componentes del programa de GPC

Cuadro II
NÚMERO DE ENTREVISTADOS POR INSTITUCIÓN,
NIVEL OPERATIVO Y CLAVE UTILIZADA.
IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.
México, 2012-2013

Niveles	SESA	IMSS	ISSSTE	Clave y ejemplo
Delegacional/Estatal	3	2	2	IMSSD
Dirección hospitalaria	4	3	3	ISSSTEHD
Médicos internistas	5	5	5	SESAM
Total	12	10	10	

Fuente: Creación propia a partir de entrevistas a actores clave. Lugar y fecha de origen de los datos: entidad de estudio, de julio de 2012 a febrero de 2013

SESA: Servicios Estatales de Salud
 IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
 ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

o son barreras para la implantación, denominadas “categorías determinantes”. A continuación se presentan los resultados por dominio.

Dominio proceso de implantación

Dominio con mayores barreras, donde los SESA e ISSSTE son los más afectados.

Planificación

A nivel federal, el IMSS diseña y establece lineamientos del programa, asigna responsables específicos para todo el proceso de implantación y ofertan cursos en línea para revisar GPC de diferentes tópicos; a nivel estatal, el departamento de enseñanza difunde y capacita en el uso de GPC y el área médica evalúa el apego; en el hospital, la difusión, capacitación en el uso y la evaluación a las GPC las realizan las jefaturas de enseñanza y de medi-

Cuadro III
BARRERAS Y FACILITADORES EN LAS TRES INSTITUCIONES ESTUDIADAS. IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA. MÉXICO, 2012-2013

Dominio	Categorías	Barreras y facilitadores		
		Instituto Mexicano de Seguro Social	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Servicios Estatales de Salud
Proceso de implantación	• Planificación*	+	-	-
	• Capacidad de atraer líderes en la unidad	+	+	+
	• Acceso* a GPC, insumos y equipo referidos en las GPC	+	+	-
	• Capacitación	+	-	-
	• Evaluación	++	-	-
Características de las GPC	Percepción de los usuarios sobre:			
	• GPC con lenguaje y estructura sencilla	++	++	++
	• Calidad del diseño y empaquetado	++	++	++
	• Brindar ventaja al uso de las GPC*	++	++	++
	• Consumo de recursos por la implantación	++	++	+
	• Autoría de las GPC*	+	+	-
	• Grado de adaptación al contexto organizacional*	+	-	-
Contexto externo	• Calidad de las recomendaciones de las GPC	+	+	+
	• GPC centradas en las necesidades del paciente*	++	++	++
	• Lineamientos*	++	-	-
	• Incentivos*	+	+	+
	• Presión competitiva para implantar las GPC	-	-	-
Contexto interno	• Prioridad otorgada a la implantación de GPC	++	+	++
	• Redes de comunicación	++	-	-
	• Recursos necesarios (insumos)*	+	+	-
	• Compromiso de los directivos*	-	-	-
Características de los individuos	• Actitud*	+	+	+
	• Conocimientos y creencias acerca de las GPC	+	+	+
	• Autoeficacia	+	+	+

* Categorías determinantes

El valor “-” significa que los actores perciben muchas barreras y pocas posibilidades de implantar las GPC. El valor “+” expresa avance en la implantación de las GPC, pero aún con barreras, i “++” representa que los entrevistados en su mayoría estaba de acuerdo con tener alto número de facilitadores con avances importantes en el proceso de implantación de las GPC.

Fuente: Creación propia a partir de entrevistas a actores clave. Lugar y fecha de origen de los datos: Entidad de estudio, de julio de 2012 a febrero de 2013

cina interna. Los especialistas, sin embargo, refirieron: "... hicieron acciones de implementación hace un par de años, pero no hubo continuidad e incluso las acciones se retoman sólo cuando existe alguna supervisión" (IMSSM2).

En los SESA, la implementación está a cargo de la Coordinación Estatal de Calidad con acciones de difusión y capacitación en diferentes foros; sin embargo, la Dirección de Atención Médica duplica de manera heterogénea estas acciones. A nivel hospitalario, el departamento de calidad difunde y evalúa el apego sin capacitación previa; el jefe de medicina interna y el titular de la formación de los médicos residentes revisan las GPC sin capacitar y sin evaluar el apego. A este nivel, las principales barreras se relacionan con la falta de lineamientos, capacitación, evaluación e insumos referidos en las GPC.

Al menos en el servicio de medicina interna nos dijeron: "las guías están ahí y están en papel", más no nos informaron ¿por qué? ¿para qué? Y ¿cuál es la finalidad de las GPC? no se integró a todo el personal, simplemente ahí están y las tienen que ocupar (SESAM5).

En el ISSSTE, la planeación a nivel delegación corresponde al departamento de atención médica, cuyas acciones se limitan a enviar a las unidades médicas las GPC en disco compacto provistas por el nivel federal

"... pues nos han dado los memorandos, oficios, hace como dos años creo que nos dieron un disco compacto, en el cual traía lo más frecuente, diabetes, hipertensión, colesterol, pero sólo eso (ISSSTEM5).

La categoría "capacidad de atraer líderes en la unidad" fue la mejor calificada en el dominio; las tres instituciones involucran a los jefes de medicina interna y a profesores responsables de la formación de los médicos residentes, con lo que se atrae a los líderes del hospital, quienes, además, presentaron buena actitud hacia el proceso.

En la categoría acceso, los SESA presentaron mayores barreras por falta de equipo de cómputo (dado el formato de las GPC) y gran desabasto en medicamentos, falta de alineación del catálogo de medicamentos a las GPC y carencia de insumos para realizar estudios de gabinete y laboratorio; las instituciones de seguridad social tuvieron mayor infraestructura, equipo y capacidad de subrogar servicios, sin embargo, también se identificó desabasto de medicamentos e insumos.

Ese es otro problema: no tenemos la infraestructura y tecnología en las unidades, no contamos con computadora.

Todo cambio requiere de actualización, también requiere un apoyo de insumos, infraestructura, de aspectos tecnológicos para tener acceso (SESAD1).

Hemos tenido escasez muy importante de claves (medicamentos); no teníamos alternativa de compra, incluso la GPC era paradójica a lo que teníamos. Si la GPC me decía que mi primera elección era eritromicina y teníamos azitromicina pues dábamos azitromicina; era mucho más caro, pero era el medicamento que en ese momento teníamos, y entonces muchas veces se perdió objetividad a nuestra guía (ISSSTEHD1).

Dominio características de las GPC

En este dominio se encontró alto número de facilitadores y los internistas los identificaron en los criterios *lenguaje, calidad y ventajas* al uso de las GPC; otros facilitadores fueron homologar criterios de diagnóstico, tratamiento, ahorro de recursos y mejorar resultados en salud.

[Las GPC] Sirven para homologar criterios, son *útiles* también a los directivos, y obviamente ayudarían a evitar complicaciones; implican menos días de estancia del paciente, evitan los retornos a urgencias y servirían principalmente para disminuir los costos y mejorar la salud del paciente (IMSSM1).

Las categorías *autoría de las GPC, grado de adaptación y consumo de recursos* presentaron más barreras estrechamente relacionadas entre sí.

Las GPC fueron hechas por burócratas, gente que está detrás del escritorio, que nunca ha visto un paciente y, por lo tanto, no son aplicables. Que vengan y vean cómo trabaja el hospital: no sirve el baumanómetro, al paciente diabético no le pedimos hemoglobina glucosilada como dicen las GPC porque no hay insumos, entonces pues no las podemos aplicar (SESAM1).

...sin embargo, al pretender ser guías sectoriales, no creo que hayan tomado en cuenta los diferentes contextos del sector, y eso es una barrera al momento de implementarlas. El IMSS ha sido la institución que más guías ha realizado, considerando únicamente su contexto, no nuestro contexto, por lo tanto, muchos de los medicamentos recomendados nosotros no los tenemos, incluso tenemos problemas para abastecer nuestro propio catálogo de medicamentos (ISSSTED1).

...al ser elaboradas por un grupo multidisciplinario y por instituciones de todo el sector, la autoría no es problema porque ese grupo representa a todo el sector (IMSSM2).

Dominio contexto externo

Hubo consenso acerca del enfoque de las GPC para mejorar la calidad en la prestación de servicios y de su repercusión directa para mejorar la salud de la población.

En cuanto a lineamientos, el IMSS tiene los propios, accesibles en su portal, que son conocidos y aplicados. Por su parte, los SESA y el ISSSTE refieren que solamente recibieron la indicación de implementar las GPC, más no los lineamientos; no saben si existen, pero refieren la necesidad de contar con ellos para dirigir la implantación en sus unidades de salud.

Se recibió la instrucción de que las guías tenían que socializarse e implementarse en los diferentes servicios, pero no mandaron ningún lineamiento específico, y la normatividad a nivel federal como tal no la hay (SESVERHD1).

Referente a incentivos, existió consenso en las tres instituciones acerca de la presencia de programas de incentivos a la calidad, pero no están vinculados con el uso de las GPC, y propusieron que los incentivos se otorguen a quienes usan las GPC.

... creo que ayudaría... Tal vez propondría un estímulo económico o dar ciertos días de descanso, relacionados con una adecuada aplicación de las guías propuestas, o simplemente dar un reconocimiento por un buen desempeño, eso podría ayudar (ISSSTEM5).

En la categoría *presión competitiva*, no identificaron acciones relacionadas con el nivel institucional, sin embargo, propusieron incorporar las GPC al sistema de referencia y contrarreferencia.

...debe ayudar a mejorar la referencia. Realmente que el primer nivel tome esa responsabilidad y sea un criterio de referencia; si logras que un médico use las GPC, y ese médico trabaja en dos instituciones, pues el manejo será igual entre instituciones (SESAM4).

Dominio contexto interno

En las tres instituciones se refirió alta prioridad para la implantación de las GPC; sin embargo, al explorar detalladamente esta prioridad se identificó insuficiencia en redes de comunicación, insumos, capacitación y poco compromiso de los directivos. Los SESA y el ISSSTE tuvieron más barreras que el IMSS.

Los criterios determinantes *recursos necesarios y compromiso de los directivos*, tuvieron mayores barreras en las tres instituciones.

Para nada, tenemos autoridades que no nos escuchan; son personajes políticos, no saben medicina, el hospital no cuenta con los insumos necesarios ni con la infraestructura, nos apegamos a las GPC con base en lo que tenemos, porque es imposible que un hospital de estas características, donde no hay nada, donde prácticamente todo lo compran los familiares y los pacientes, podamos apegarnos a las GPC (SESAM3).

... lo que faltaría es que los directivos se involucraran más, pero falta su participación; las guías son útiles en los diferentes puestos del hospital de acuerdo a cómo les hagamos caso. De que sirve que estén aquí si nadie las usa; el jefe de enseñanza debe involucrarse, hacer propuestas y evaluar (ISSSTEM1).

Dominio características de los individuos

Los resultados del análisis de este dominio son similares en las tres instituciones. Referente al criterio "actitud", los entrevistados clasificaron por unanimidad a sus compañeros en dos grupos:

- a) el grupo de médicos cercanos a jubilarse, con gran resistencia al cambio y a usar las GPC.
- b) el grupo de médicos jóvenes, representado principalmente por pasantes y residentes, y en quienes la MBE es parte esencial de su formación, con gran apertura, entusiasmo y buena actitud al uso de las GPC.

...existe obviamente el médico que no quiere abrir su mente a lo que está en renovación; es más difícil en aquellos que tienen más años de antigüedad, es difícil erradicar sus costumbres (IMSSM1).

...los médicos becarios las ven como una gran ayuda, como llevar el libro bajo el brazo; le sirve para el diagnóstico y van y lo revisan, y se actualizan con las GPC. Saben cómo estudiar y cómo manejar al paciente diabético (ISSSTEHD1).

Los especialistas entrevistados tuvieron conocimiento amplio de las GPC y de la metodología para construirlas (MBE). Refirieron críticamente sus alcances y limitaciones:

... las guías son solamente eso, guías; y todos los pacientes son diferentes y tenemos que aplicar nuestro criterio, pero entre más manejemos todos la misma información, pues esto va a beneficiar tanto al servicio como a los pacientes...(SESVERM5).

Discusión

A través de CFRI se lograron identificar los facilitadores y las barreras en la implantación de GPC, lo cual es esencial para ejecutar acciones orientadas a homologar la implantación a nivel sectorial. Si bien el CFRI permite un análisis por dominios y categorías, los resultados deben manejarse de manera integral, pues estos componentes se entrelazan en los diferentes dominios.

La implantación no está sistematizada sectorialmente y cada institución lleva a cabo el proceso de acuerdo con sus capacidades y recursos, lo que genera un proceso de implantación heterogéneo, demostrado también en evaluaciones previas;^{10,11} existe una gran brecha del principio de integración funcional (generar un horizonte plano) que en este caso sería una implantación homogénea de las GPC y, a futuro, homologar la calidad técnica al prestar servicios de salud con alta calidad técnica.

En este trabajo es relevante la identificación de las barreras relacionadas con una debilidad rectora que no logra conducir ni coordinar los trabajos para unificar a todo el sector salud en el proceso de implantación, que carece de lineamientos sólidos y de vinculación con otros programas, y que cuenta con incentivos débiles.

En el contexto interno se requiere reforzar con innovación en el proceso de implantación y con priorización de los tópicos de implantación más que por el número de GPC a elaborar, tal y como se ha recomendado por instituciones expertas en GPC.²¹ La alta prioridad de la implantación está solo en el discurso ya que no existen insumos, redes de comunicación, capacitaciones o compromiso de los directivos a nivel de los hospitales.

A nivel de usuarios, hay consistencia con otros autores en relación con las barreras de actitud, principalmente en los médicos de más antigüedad,^{12,13} así como con las relacionadas con falta de insumos e incentivos¹⁴.

Una limitación de este estudio es haber analizado una sola entidad federativa; si bien la metodología utilizada permite profundizar en la identificación de determinantes, los resultados aquí demostrados no buscan generalizarse, aunque se pretende ofrecer una herramienta aplicable para el monitoreo y mejora de los procesos de implantación de las GPC al identificar tanto barreras como facilitadores de su uso.

Los facilitadores se centran en las características de las GPC, sin embargo, deberá evaluarse en futuras investigaciones la calidad de las recomendaciones de las mismas, su proceso de elaboración y validación evaluando a los autores participantes en cuanto a disciplinas, instituciones y áreas de trabajo bajo esta visión sectorial.

En conclusión, la implantación de GPC dista mucho de ser homogénea; las instituciones con mayores

barreras para su implantación son los SESA e ISSSTE. Es determinante la ausencia de lineamientos y de capacitación de personal, la baja percepción de incentivos y el poco recurso asignado para la implantación. Los facilitadores se relacionan con las características de las GPC como diseño, estructura adecuada, lenguaje sencillo y ventajas para mejorar el ambiente laboral.

Recomendaciones

Nivel federal. Se recomienda emitir lineamientos sectoriales considerando las diferencias institucionales; priorizar tópicos de GPC a implementar e integrar los procesos de elaboración e implantación, para identificar desde el inicio los determinantes y lograr un equilibrio entre ambos procesos. Asimismo, es pertinente coordinar acciones enfocadas a buscar un avance homogéneo en la implantación de GPC, identificando barreras y facilitadores, y posteriormente dirigir las evaluaciones al uso de las GPC más que sólo al avance del programa.

Nivel estatal. Es indispensable fortalecer el contexto interno mediante la creación de redes efectivas de comunicación entre instituciones y hospitales para compartir las experiencias exitosas; asimismo, se requiere garantizar el abasto en los establecimientos acorde con las recomendaciones clave de las GPC y con énfasis en medicamentos, insumos y equipamiento, además de proponer incentivos al uso de las GPC y vinculación con otros programas como el sistema de referencia y contrarreferencia.

Agradecimientos

A los funcionarios estatales y hospitalarios de las tres instituciones participantes por permitir el acceso a las unidades médicas, y a todos los actores entrevistados por sus aportaciones a esta investigación.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Reyes H, Gómez E, Gutiérrez G. Guías de práctica clínica: La experiencia Internacional y los retos para su implementación. En: Dávila J, González JJ, Saldívar JA, Viniestra A, Torres L del P. Medicina basada en evidencias. Las Guías de Práctica Clínica. México DF: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014:235-248.
2. Secretaría de Salud, Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México DF: Secretaría de Salud, 2001.
3. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. DF: Secretaría de Salud, 2006.
4. Secretaría de Salud. Manual para la Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud. México DF: Secretaría de Salud, 2007.

5. Diario Oficial de la Federación. Consejo de Salubridad General. Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. México DF: Junio de 2008.
6. Secretaría de Salud. México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud. México DF: Secretaría de Salud, 2010.
7. Musgrove P, González-Block MA. La integración funcional del Sistema de Salud de México: algunas consideraciones preliminares. Foro de Liderazgo en Salud. Hacia la Integración Sectorial. México DF, 2007.
8. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. México DF: Secretaría de Salud, 2012.
9. Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Plan Estratégico Sectorial para la Difusión Capacitación y Seguimiento de las GPC. [Consultado el 21 de julio de 2015] Disponible en: www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/instruccion/instruccion_283.pdf. Consulta 21 de julio de 2015.
10. González Block MA, López Santibáñez, Aguilera N, Aldama A, Barajas ME, Becerril V, et al. Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Resumen Ejecutivo. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
11. Secretaría de Salud. Evaluación de la difusión e implementación de las Guías de Práctica Clínica. México DF: Arapau y asociados. 2012.
12. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a metasynthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *British Journal of General Practice* 2007;57:971-978.
13. Cabana M, Cynthia R, Powe NR, Wu A, Wilson M, Abboud PA et al. Why don't physicians follow clinical practice guideline. *JAMA* 1999;282:1458-1465.
14. Taba P, Rosenthal M, Habicht J, Tarién H, Mathiesen M, Hill S, Bero L. Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines: A cross-sectional survey among physicians in Estonia. *BMC Health Services Re-search* [serie en internet] 2012 [Consultado el 17 de abril de 2014]; 12:2-7. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/455>.
15. Belizan M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M, Buekens P, et al. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. *Health Educ Res* 2007;22:839-853.
16. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cubos dinámicos [Consultado el 24 de febrero de 2015] Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html>
17. Arredondo A, De Icaza E. Costos de la diabetes en América Latina: evidencia del caso mexicano. *Value in Health* 2011;14:S85-S88.
18. Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales INSP 2012. [Consultado el 12 de diciembre de 2014] Disponible en <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
19. Rodríguez G, Gil J, García E. Métodos de la investigación cualitativa. 2da Ed. Granada, España: Aljibe, 1999:81-99.
20. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Forestering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation. *Implementation Science*, 2009;4:50:1-15.
21. NICE National Health Service, England and Wales. The National Institute for Clinical Excellence. The guidelines manual. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence, 2009. [Consultado el 21 de enero de 2015] Disponible en: www.nice.org.uk/page.aspx?o=422956