

# Globethics Repository


The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a blue rectangular background.

## Aspectos bioéticos de las guías integrales de atención [Bioethical aspects of integral care guides]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Rodríguez, Carlos Edgar
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-06-22 00:17:36
Link to Item	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12424/215548">http://hdl.handle.net/20.500.12424/215548</a>

## PRESENTACIÓN

 *a formación en Bioética a nivel de postgrado en la Universidad El Bosque se viene realizando desde 1995.*

*En Junio de ese año se organizó el Seminario Internacional, Bioética, Calidad de Vida en el siglo XXI, con el apoyo del programa regional de Bioética liderado en ese entonces por el Dr. Julio Montt y Mahal Da Costa. Participó también el Dr. Humberto Maturana de reconocida prestancia científica internacional.*

*Desde entonces, ininterrumpidamente, el programa de especialización se ha desarrollado con la cooperación de profesores colombianos y extranjeros que nos han acompañado en el esfuerzo de formación de docentes en Bioética con miras a la obtención de habilidades prácticas, la adquisición de conocimientos histórico – filosóficos y de fundamentación de los principios de la Bioética. Se pretende, también, que estos especialistas formados en el postgrado colaboren y participen en los cursos de pregrado de las ciencias de la salud y de las otras disciplinas que ofrece la universidad como carreras profesionales o bien en programas de formación avanzada que incluyen en sus currículos elementos de Bioética.*

*De otra parte, los profesionales formados en el Post-grado, hasta la fecha sesenta y uno, participan en actividades docentes en otras universidades y en los cursos de educación a distancia para educadores y maestros, aproximadamente 13.700 de estos han recibido un curso de Bioética en los programas que la Universidad El Bosque ofrece en todo el territorio Colombiano desde 1997.*

*Esta experiencia que extrapola las estrategias de toma de decisiones en ética clínica llevándolas a la resolución de conflictos escolares y de la comunidad civil, es un aporte que consideramos muy valioso como apoyo a la resolución de los múltiples conflictos que vivimos en la actualidad en Colombia.*

*La experiencia está siendo recogida y evaluada, con retroalimentación por parte de los maestros y constituirá motivo de publicación diferente a la Colección Bios y Ethos. Esta nueva colección llevará el nombre de PEDAGOGIA Y BIOETICA y sus primeros ocho fascículos están próximos a salir a la luz pública.*

*En el presente volumen de Bios y Ethos, el número 11 de la colección, presentamos seis trabajos seleccionados entre los realizados por los alumnos que se graduaron en la segunda promoción. Constituyen una contribución a la reflexión Bioética y son el fruto de la formación dada en el postgrado, y que como requisito de grado exige la universidad.*

*La elaboración de guías o protocolos para la práctica médica, que pretenden formalizar los diferentes pasos que se deben seguir en la atención de los pacientes con determinadas patologías, en busca de la calidad de la atención y eficacia del servicio de salud, es un tema importante de discusión. Las guías pueden constuirse en un excelente instrumento si se interpretan con la flexibilidad debida y en forma racional, también pueden convertirse en herramientas de control para reducir costos y hasta despilfarro de recursos en el sistema sanitario.*

*La toma de decisiones autónomas por parte del profesional de la salud puede verse seriamente restringida con las guías ante situaciones clínicas imposibles de definir en forma taxativa, en las que la incertidumbre es lo predominante.*

*En la mayoría de las ocasiones estas guías, que como su nombre lo indica no deberían ser más que orientadores para el ejercicio, pueden dar excesivo*

*énfasis a elementos técnico–científicos basados en evidencias, descuidando componentes de la relación interpersonal, tan importantes como los primeros, en la atención de los pacientes. También sus directrices pueden estar eventualmente orientadas por intereses particulares, especialmente de tipo económico. El diseño de las “guías” implica responsabilidades de tipo político, técnico – científico, administrativo y económico.*

*Carlos Edgar Rodríguez aporta su valiosa experiencia en el Ministerio de Salud y de allí surgen interrogantes como ¿Quién debe desarrollar las guías de atención? ¿Qué métodos hay que utilizar para elaborar las guías? ¿Qué criterios metodológicos se han utilizado y que rigor científico tienen? De estas preguntas se derivan múltiples respuestas y sugerencias incluyendo la poca utilización de dichas guías por parte de los profesionales que laboran en los centros de salud en donde se presta el servicio.*

*La Bioética y los Derechos Humanos tienen una íntima relación, dado que ambos tomaron gran auge en la segunda mitad del siglo XX. Los Derechos Humanos fueron proclamados en 1948 por la Naciones Unidas a manera de ideal común para pueblos y naciones, como criterio moral a seguir, posteriormente adquieren estatus jurídico en 1968. Por estos mismos días surge la Bioética como respuesta a los desafíos éticos planteados por la biomedicina. La relación entre Bioética y Derechos Humanos, en plena evolución, es amplia y abierta, se entrecruzan cada vez más en su dimensión histórica. Los Derechos Humanos pueden ser fuente de inspiración para la resolución de los planteamientos bioéticos. Los Derechos Humanos tienen una construcción tanto histórica como jurídica alrededor de la dignidad humana y de la vida con sentido y como derecho inalienable que comprende todos los demás derechos, explicables sólo a partir de la vida humana como posibilidades y horizontes en el tiempo.*

*Cristian Galvis discurre en torno a los dos temas, Bioética y Derechos Humanos y anota que el puro saber técnico disociado del saber humanístico, la concepción del mundo y de la vida basada sólo en la técnica con destrucción*

*de recursos naturales y daño al ambiente, conducen a mayor miseria y aniquilamiento no sólo de los seres humanos, sino de los demás seres vivos y de la naturaleza.*

*El diálogo, los acercamientos, el desinvertimiento de los dogmatismos y la racionalidad comunicativa permite, por un lado revitalizar los Derechos Humanos, y en otra esfera dar impulso a la Bioética. La educación en Derechos Humanos y en Bioética aparece como un instrumento primordial en la preparación de los ciudadanos para la convivencia.*

*Stella Núñez nos brinda las reflexiones sobre los cuidados intensivos en los que las personas necesitadas de estos servicios se encuentran incapacitados para satisfacer sus necesidades físicas y psicológicas básicas. Son vulnerables y dependientes tanto de sus cuidadores como de las máquinas que sostienen la vida del enfermo. Los conflictos éticos en la toma de decisiones florecen abundantemente en las unidades de cuidado crítico y las polémicas sobre el mantenimiento de la vida y el aplazamiento de la muerte es la constante bioética.*

*Muestra diversas reflexiones sobre diferentes aspectos en este campo, como los cambios psicológicos tanto del enfermo y sus familiares, como de quienes constituyen el equipo de salud. Finalmente relata en forma conmovedora su propia experiencia personal y las vivencias profundas que suscitan los cuidados intensivos. Señala la importancia del reconocimiento psicosocial del paciente y sus familiares y la necesidad de recuperar la dimensión humana de la relación como parte estructural de los principios bioéticos, aunque la autonomía del paciente este seriamente comprometida.*

*Un aspecto poco estudiado en el campo de la Bioética es el relacionado con la cirugía plástica. En su escrito Guillermo Marín aporta su amplia experiencia profesional y docente y sus valiosas e interesantes reflexiones acerca del tema. Como especialidad la cirugía plástica es una de las ramas médico- quirúrgicas más antiguas de la medicina que procura mejorar la imagen corporal, restablecer funciones y proporcionar calidad de vida al contribuir al equilibrio entre los*

*factores psicológicos (autoestima) sociales y culturales (estéticos) de la persona que requiere de estos procedimientos.*

*Destaca la importancia del cuerpo humano en sus dimensiones ontológicas y la de la medicina como la práctica misma del cuidado del cuerpo así concebido. Cada vez más se verán aumentar los problemas éticos, o mejor Bioéticos que llevan tras de sí el progreso y los avances en la cirugía estética, las exigencias de los pacientes y la sociedad, así como los conflictos que se desatan ante el fracaso o la no satisfacción que resulta del procedimiento. Debe existir una indisoluble comunidad entre la cirugía plástica y la Bioética.*

*En el escrito hace un recorrido de los problemas más frecuentes desde la reasignación de sexo, pasando por la cirugía fetal intrauterina del neonato con anomalías congénitas, hasta cambios faciales y delincuencia, defectos faciales y criminalidad, analizados a la luz de la Bioética.*

*La edad como determinante para fijar la capacidad de tomar decisiones maduras o razonables ha tenido siempre enormes imprecisiones pues no siempre coincide la edad cronológica con la madurez mental, moral y psicológica de la persona.*

*Mirtha Sáenz aborda el tema de la adolescencia como punto de encuentro de los paradigmas paternalista y autonomista y los conflictos que se suscitan cuando del consentimiento informado se trata, desembocando en la teoría del menor maduro. La Bioética es parte fundamental del ejercicio profesional que permite articular valores, derechos y principios morales en el ámbito de esta etapa de la vida en que se debate la plena adquisición de la autonomía personal y la responsabilidad en la toma de sus propias decisiones personales.*

*Con un recorrido histórico nos muestra cómo fue el desarrollo de la adolescencia hasta los umbrales del siglo XX cuando se abrió un escenario diferente en la evolución y análisis de esta etapa de la vida. Los métodos de investigación aplicados a las ciencias sociales formulan nuevas propuestas en torno al desa-*

*rrollo humano. Se habían aplicado a fines del siglo XIX los métodos investigativos de las ciencias naturales, la teoría darwiniana de la evolución y los estudios de S. Hall y Sigmund Freud sobre determinantes hereditarios de la personalidad.*

*Posteriormente, ya a mediados de este siglo, el acercamiento entre psicoanálisis y ciencias sociales origina tres tendencias en el estudio de la adolescencia: la psicoanalítica, el desarrollo cognitivo de J. Piaget y la conductista de Skinner y Pavlov.*

*El respeto a la autonomía de los adolescentes posibilita e instrumenta la utilización del consentimiento informado porque se considerará al joven como sujeto moral, dotado de la capacidad para tomar decisiones con conocimiento de causa al establecerse un equilibrio entre los paradigmas paternalista y autonomista; el profesional de la salud es un protagonista importante en las situaciones de conflicto que debe estar dispuesto al consenso entre las partes.*

*Señala la autora las tendencias históricas del paradigma autonomista que marcha paralelo con la teoría del consentimiento informado, especialmente en Norteamérica, tendencias dadas por la investigación de la psicología evolutiva de las capacidades cognitivas y morales del niño, la teoría legal norteamericana marcada por la aceptación mayoritaria del menor maduro y la discusión sobre la participación de menores en la investigación clínica en humanos.*

*Finalmente, Constanza Ovalle hace referencia a la odontología como rama de la medicina, que tiene y comparte con esta, responsabilidades comunes en muchos aspectos del ejercicio profesional. La odontología se encuentra sujeta y a veces en desventaja, en lo que se refiere a la distribución de recursos destinados a los servicios de salud.*

*Al enfoque curativo de la biomedicina no escapan la odontología y la salud oral, descuidándose así el aspecto preventivo. Las políticas de salud se afectan*

*por diferentes factores como el concepto salud – enfermedad, la relación profesional - paciente dentro de una construcción moral en la era de la medicina gestionada. Y el concepto de justicia distributiva dentro de un sentido de equidad. Dichas cuestiones deben debatirse en el marco de la Bioética.*

*A propósito de lo anterior M. Siegler ha descrito tres períodos en la relación profesional médico – paciente: la era del paternalismo, la era de la autonomía y la que hoy es tema de discusión, la era de la burocracia.*

*La Dra. Ovalle hace énfasis en su artículo, sobre la ley 100 de seguridad social vigente en Colombia y el desarrollo de un modelo de atención odontológica en el que se enfatizan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la utilización de la red de servicios y niveles de atención, la garantía de la calidad, oportunidad y eficiencia en la atención que contemplen el contexto social y económico y las situaciones personales de cada paciente.*

*Es válido éticamente que los usuarios tengan la autonomía de decidir sobre la entidad de servicio que consideren les da mayor beneficio.*

*JAIME ESCOBAR TRIANA - M.D  
Santafé de Bogotá, Diciembre 1999*

# ASPECTOS BIOÉTICOS DE LAS GUÍAS INTEGRALES DE ATENCIÓN

*Carlos Edgar Rodríguez H. MD.*

## INTRODUCCIÓN

Uno de los temas que reviste mayor interés dentro del contexto actual de prestación de servicios en salud y del mejoramiento de su calidad es sin duda, la elaboración de criterios generales para la atención directa a los usuarios, valga decir la elaboración de guías, protocolos y normas para la práctica médica y demás ciencias de la salud.

Debe resaltarse que el tema no es una novedad en el sector, desde hace mucho tiempo diferentes profesionales de la salud, han intentado formalizar los diferentes pasos que se deben seguir en la atención de un sinnúmero de patologías.

La Ley 100 incluye como uno de sus principios fundamentales la calidad en la prestación, para lo cual se definió la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, en el que se deben incluir como elementos fundamentales entre otros: los requisitos esenciales, la auditoria, la historia clínica y la información al usuario<sup>1</sup>.

---

1. LEY 100., (1993). Artículo 227.

En el contexto de la calidad se repite con mucha frecuencia que la formulación de procesos y la definición de los pasos para la prestación de servicios, contribuyen a disminuir los costos, reducir los desperdicios de recursos y evitar que se cometan errores fatales lo que en el caso de la atención en salud significa altos costos sociales y de vidas.

Las Guías de atención al intentar la estandarizar los procesos, contribuyen entonces, de manera global al mejoramiento de la calidad<sup>2</sup>. En ese contexto el Ministerio de Salud expidió recientemente un conjunto de normas generales, estableciendo unos criterios mínimos de calidad en la prestación de algunos servicios<sup>3</sup>. En dichos documentos se plantean requerimientos que trascienden el ámbito de la estructura o la dotación, para desplazarse a otras condiciones por ejemplo, el personal mínimo, los elementos para hacer auditoría, la definición de procedimientos técnico administrativos etc.

La existencia o no de guías o protocolos de atención, ha generado muchos debates, inclusive sobre su razón de ser, contestar la pregunta sobre si: ¿deben existir guías de atención? No siempre es tan fácil como se cree. Muchos autores han publicado recientemente informes sobre la conveniencia en unos casos y la inconveniencia en otros.

Los argumentos a favor señalan como ya se dijo, la pertinencia de las guías por cuanto tienden a optimizar la atención y reducen riesgos potenciales de error, por iniciativas que carezcan de contexto técnico.

De otra parte es evidente que definir taxativamente las conductas del personal de salud, puede perjudicar notoriamente la capacidad autónoma de respuesta ante situaciones clínicas que no siempre son factibles de predefinir y se convertiría la atención en la aplicación de una receta, carente de análisis.

---

2. OPS; (1993 y 1994). *Memorias del Taller Latinoamericano de Urgencias*. Medellín.

3. DECRETO 2753 Y RESOLUCIÓN 4252., (1997). *Requisitos Esenciales*. Ministerio de Salud.

Sin embargo, el punto más crítico sería saber si las guías son realmente útiles, si los médicos las utilizan o no, si ello incide o no en mejores resultados para los usuarios y sobre todo saber cómo evitar que las guías den excesivo énfasis a los elementos técnico-científicos descuidando los elementos de relación interpersonal tan críticos en el objetivo de una atención integral.

El presente artículo intenta hacer una revisión general de los principales conceptos sobre el tema, con el fin de orientar a los que llevan menos tiempo trabajando sobre los problemas o ventajas de este tipo de instrumentos. Se relatan algunos hechos basados en lo que ha significado la práctica de elaboración de guías, y se plantea algunas inquietudes para tener en cuenta en la participación real de organismos de dirección respecto de las situaciones que deben analizar, antes de desarrollar guías. Y se propone también efectuar algunos estudios, análisis e investigaciones tendientes a evitar el gasto innecesario de los escasos recursos.

## **¿QUÉ SON LAS GUÍAS DE ATENCIÓN INTEGRAL?**

Las guías son un conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales de la salud y a los usuarios a seleccionar y utilizar la mejor opción de diagnóstico y tratamiento de determinadas condiciones clínicas en circunstancias concretas<sup>4</sup>.

En adición a esta definición se incluyen algunos de los elementos que deben caracterizar las guías:

1. Los procedimientos que incluyen se basan en rigurosas evidencias científicas.

---

4. LOHR, Kathleen., (1995). "Guidelines for Clinical Practice: what they are and why they count". En: *Journal of Law, Medicine & Ethics*.

2. Las decisiones que se toman acerca del cuidado de la salud, incluye a los prestadores y a los usuarios (algo que realmente plantea dificultades prácticas, dados los escasos espacios reales de participación ciudadana que tienen los usuarios).
3. Incluye un amplio rango de condiciones clínicas y de problemas teniendo en cuenta la atención primaria en cuanto que sean prácticas, explícitas, documentos de trabajo y no sólo prolongadas revisiones de la literatura.
4. Aunque no es lo usual, las guías de atención deben tener en cuenta elementos humanísticos de la relación médico – paciente o mejor prestador de servicios al usuario, lo cual ha sido poco debatido hasta la fecha por lo menos en nuestro medio.

Para otros autores, las guías se describen como “indicaciones apropiadas”. Y para la Asociación Médica Americana el término preferido es “Parámetros de práctica”.

Tal como se describe, es evidente la existencia de múltiples definiciones y probablemente no todas, se refieran al mismo tipo de documentos, esta observación es válida en particular para los términos guía y protocolo, que muchos autores han diferenciado concretamente<sup>5</sup>. Dado que el vocablo protocolo implica rigidez y tiene carácter normativo, por ejemplo, en el contexto de protocolo de investigación. Según algunos autores el concepto de protocolo es más adecuado para definir procesos basados en el consenso y en la opinión de expertos, que suelen realizarse en centros asistenciales y que no incorporan una revisión sistemática y estructurada de la evidencia científica.

Para el caso de las guías, por el contrario, los criterios son diferentes, incluyendo la evaluación de la condición clínica, la existencia de controversia respecto

---

5. JOVELL y NAVARRO., (1995). “Guías de Práctica Clínica”. En: *Formación Médica Continuada*. Vol.2.

a la idoneidad de tales intervenciones, la disponibilidad de evidencia científica y la variabilidad en el abordaje de la condición clínica<sup>6</sup>. Pero además el concepto de guía, está desprovisto de imposición y la idea concreta es que puede adaptarse a la situación real de cada caso particular.

Sea cual sea la definición y el término aceptado, existen evidencias de la utilidad y diferentes autores coinciden en la necesidad de establecer guías. Las razones principales incluyen en nuestro país, entre otras, la necesidad de unificar los parámetros de atención a veces promovidos por diferentes universidades. Muchas evidencias comprueban lo que ya se ha descrito para diferentes lugares: existe demasiada dispersión de un tratamiento a otro o de un diagnóstico a otro, superando las probabilidades estadísticas relacionadas con la variabilidad normal de la práctica clínica, las condiciones particulares de cada caso, las enseñanzas propias de cada escuela o la aplicación autónoma de los conocimientos por parte del médico. Esta variabilidad justifica el carácter ordenador de las guías sin que ello signifique una limitación.

La consideración propuesta para analizar más detalladamente la percepción de la variabilidad en la prestación del servicio, que ocurre incluso de un caso a otro, es preguntarse desde otra perspectiva, sobre la utilidad o no de las guías, esto es, cuando el prestador se coloca en la posición del usuario. En efecto cuando se interroga a un prestador sobre si estuviese dispuesto a tolerar la variabilidad del ejercicio profesional, cuando se trata de su propio hijo o de él mismo, la respuesta probablemente será que él, preferiría un control mínimo de las actuaciones que permita en un momento dado correlacionar lo que se le hizo con lo que se debió hacer, para lo cual estaría de acuerdo seguramente en algún tipo de estandarización.

A parte de esta evidente posibilidad, las guías son utilizadas con frecuencia para contener los costos de la atención, proteger tanto al prestador como al

---

6. FIELD, J. y LOHR, K., (1990). "Guidelines for Clinical Practice". En: *Journal of Law, Medicine & Ethics*.

usuario de los servicios en caso de discusiones de tipo legal en forma más objetiva de la práctica profesional y elevar los estándares de atención.

En los últimos cuatro años, la implementación de un nuevo modelo de Seguridad en Salud en Colombia, que incluye la concepción de un asegurador que recibe unos recursos definidos per-cápita con los cuales debe convertirse en garante de la salud de su afiliado en un contexto de “asegurado”, ha generado un profundo debate con relación a la conveniencia de elaborar guías. De hecho la propia Ley coloca en cabeza del Ministerio de Salud, la responsabilidad de orientar la adopción adicional sobre los problemas alrededor de la aplicación de dicha competencia. Se puede preguntar si esta función compete al Gobierno Nacional, ¿o no? De ser ello así, ¿Qué competencia tienen los entes territoriales (Departamentos y Municipios)?, y ¿Qué competencia tienen los aseguradores, los propios prestadores y desde luego las asociaciones científicas, las asociaciones de escuelas de medicina etc.?

Al respecto debe tenerse en cuenta que la elaboración de guías implica responsabilidades de diferente nivel: político, técnico científico, administrativo etc. Y que es incuestionable la responsabilidad del Estado con la regulación de determinadas actuaciones por ejemplo, en el ámbito de la salud pública.

Veamos como se definen las guías de atención integral y como se señalan estas responsabilidades en las normas citadas:

#### Artículo 4 Decreto 1938 numeral 4 GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL:

*“Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de estos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como*

*también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo”.*

Artículo 6 Resolución 5261 Inscripción obligatoria en las guías de atención integral.

*“El Ministerio de Salud orientará la adopción de Guías Integrales de atención para las principales enfermedades en razón del perfil de morbimortalidad y del costo efectividad de sus tratamientos, las cuales deberán contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica. Todo paciente que padezca alguna enfermedad cuyo manejo esté definido en una de las Guías de Atención Integral, deberá inscribirse en ella y seguir las recomendaciones tendientes a mantener su salud, recuperarse de la enfermedad y a evitar consecuencias críticas”<sup>7</sup>.*

Los problemas prácticos que han surgido a partir de esta formulación, se señalan parcialmente más adelante, sin embargo, cabe la pena resaltar que la ausencia concreta de orientaciones metodológicas de las guías ha generado una proliferación anormal de trabajos sobre el particular por parte de diferentes actores del sistema, todos seguramente bien intencionados, pero probablemente carentes de una dirección única, que permita conocer si se han incluido las premisas fundamentales contempladas en las propias normas y aquellas descritas en la literatura internacional como ingrediente básico. Más aún, el costo de implementación, el beneficio esperado, la utilidad práctica etc., son todos temas que ameritan un abordaje juicioso y multidisciplinario que aún no se ha hecho, salvo esfuerzos aislados.

---

7. DECRETO 1938 de Agosto de 1994, Resolución 5261 de Agosto de 1994., *Que reglamenta el plan de beneficios y el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan Obligatorio de Salud.*

Otro aspecto fundamental que se presenta como discusión de fondo, es el abordaje de los problemas éticos que la promulgación de guías plantea, especialmente, alrededor de la justicia sanitaria y de la introducción de conceptos como la relación costo-beneficio de las guías de atención integral o de términos contenidos en las propias normas como “elegible”, “financiable”, “resultados” etc. El problema fundamental al que se enfrentan los decisores políticos se relaciona con la distribución de recursos siempre limitados en consideración a la magnitud de los problemas que deben resolverse. Es necesario tener en cuenta los problemas que pueden presentarse desde este punto de vista, cuando se pretende que las guías sean herramientas para el control de los costos, lo cual plantea dilemas éticos para quienes elaboran o editan las normas y para quienes las aplican.

En este sentido, las guías jugarían un papel concreto en la definición de “igualdad” es decir de dar a todos los enfermos con determinado problema de salud, el mismo tratamiento, pero la situación se complica cuando es necesario definir “cuánto” de ese tratamiento ideal es posible dar en términos de los recursos disponibles. Este problema se debate continuamente en las teorías de justicia aplicadas al campo de la salud, que oscilan entre generalidades como “cuique suum” (dar a cada cual lo suyo) o tratar los casos iguales de la misma manera, que tienen su extremo opuesto en la teoría de dar a cada cual según sus necesidades y “a cada cual según lo que puedan adquirir legítimamente en una economía de libre mercado”<sup>8</sup>.

El problema fundamental es, desde qué distancia se aborda la justicia sanitaria, al respecto Jhon Rawls<sup>9</sup>, define la justicia no como proporcionalidad natural, libertad contractual ni como igualdad social, sino como equidad. La tesis fundamental es que una sociedad no puede considerarse justa a menos que cumpla con el siguiente principio: “Todos los valores sociales-Libertad y oportunidad, ingresos y riquezas, así como las bases sociales y el respeto de sí

---

8. DRANE, L., (1990). *Cuestiones de Justicia en la prestación de servicios de salud*. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 108 (5-6). Pág. 586.

9. *Ibid.*, citado por Gracia, D.

mismo habrán de ser distribuidos igualmente, a menos que una distribución desigual de alguno o de todos estos valores redunde en una ventaja para todos, en especial para los más necesitados”.

El problema de las guías en el contexto de la justicia es que también resulta injusto no conseguir el máximo beneficio al mínimo costo, por lo cual las guías deben en mi opinión apuntar a estos dos objetivos, lo que a veces contradice la racionalidad médica que propende por otorgar los máximos beneficios sin detenerse a valorar los costos, o el impacto global de las decisiones. Este problema es particularmente sensible en el caso de la aplicación de tecnología biomédica. Con respecto a esto, se ha dicho recientemente que las motivaciones de los médicos pueden oscilar desde un noble deseo de ayudar al paciente, hasta un posible afán de lucro, pasando por la reafirmación del prestigio del facultativo en un entorno académico y hospitalario, la fascinación de realizar un nuevo procedimiento o el simple afán de cubrirse contra una posible acción legal<sup>10</sup>.

Cabría admitir entonces, que las guías tienen efectos en términos de la distribución de los recursos para la salud y que este papel puede contraponer intereses de los planificadores y decisores políticos con los de los clínicos, es lógico sugerir entonces que el análisis de la elaboración de guías desarrolle estos elementos o por lo menos los tenga en cuenta como un punto que incide en las directrices generales de las guías.

En otra perspectiva, pero también desde el campo de la Bioética, surgen otros interrogantes con relación a la exclusión en muchas de estas guías de atención, de elementos relacionados con la dimensión humana de la atención, al punto que el excesivo encomio de lo técnico - científico ha causado un evidente deterioro de muchas de las virtudes<sup>11</sup>, que durante siglos constituyeron la razón de ser de los prestadores de servicios de salud, en un marco de principios que hoy parece relegado por la presión de la tecnología, los intereses económicos etc.

---

10. Ibid., Pág. 586.

11. PELLEGRINO, E., THOMASMA, D., (1993). *The Virtues in medical practice*. Oxford: University Press.

Al mismo tiempo, la reforma de la salud en el caso de Colombia, se caracteriza por determinados y específicos controles que buscan evitar un sistema de salud inflacionario; por ejemplo: la unificación de tarifas determina los precios de los procedimientos y al definir cuánto se paga por cada cosa establece parcialmente por lo menos, la calidad que debe tener, lo cual es particularmente cierto para el caso de los suministros. El hecho de que se afilie a la población en general y que se pague un determinado monto para cada uno de ellos, define unas responsabilidades con la salud individual que se supone deben estimular a los aseguradores a desarrollar guías de atención con el fin de brindar a sus afiliados planes de beneficios con procedimientos similares y costos parecidos, y, a la vez, la necesidad de tener parámetros para la contratación imponen criterios únicos de atención.

Por otra parte, el hecho de concebir a los afiliados como clientes con capacidad de escoger al asegurador, genera en estos el imperativo de estimular a sus clientes a permanecer afiliados para lo cual posiblemente se vean impelidos a desarrollar guías de atención incluyendo las diferentes etapas del proceso de atención: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación. De lo anterior se infiere que el sistema por lo menos teóricamente estimula vínculos de largo plazo entre afiliado y asegurador, acciones en diferentes etapas del proceso y por tanto la necesidad de unificar los criterios de atención.

Sin embargo, el proceso de elaboración de las guías presenta múltiples problemas y genera diversas preguntas, muchas de las cuales no tienen una respuesta precisa a la fecha. He aquí algunos de los interrogantes que los que hemos participado en el tema desde el Ministerio de Salud nos hemos hecho con más frecuencia:

### **¿QUIÉN DEBE DESARROLLAR LAS GUÍAS DE ATENCIÓN?**

Cabe distinguir varios niveles de decisión con relación a la implementación de guías para la atención. Me refiero a las responsabilidades de cada nivel de

decisión política, en este sentido, se plantea la pregunta sobre la pertinencia o no de que los organismos de dirección política (Ministerios, Direcciones territoriales de Salud etc.) desarrollen guías, manuales o protocolos, los cuáles deben ser ejecutados por los niveles operativos, valga señalar, por los que prestan directamente los servicios de salud a nivel público o privado.

La respuesta a éste planteamiento es una de las dificultades mayores para la operación de nuevos modelos de salud, en el marco de las reformas que están ocurriendo al sector salud en diferentes lugares del mundo. Para muchos, el problema radica en la aplicación práctica de guías, dadas las diferentes condiciones regionales. De un lado, homogenizar la situación de salud en un país tan heterogéneo como el nuestro, no es posible, en términos epidemiológicos, geográficos y culturales, entre otros. De otro lado, abiertamente generan rechazo, por ser consideradas una imposición, que no consulta la realidad social.

Al mismo tiempo la dificultad mayor de pretender definir pasos y procedimientos tiene que ver con la posibilidad real de cumplir con las exigencias técnicas, económicas, legales etc., que las propias guías generan; así, la definición de determinado examen radiológico, por ejemplo, una tomografía axial computarizada, como paso previo para el tratamiento de determinada condición clínica, significa inversiones y obligaciones que inclusive involucran al propio Estado, como garante de la salud de la población<sup>12</sup>.

A la vez, con relación a la calidad y con relación a la justicia, resulta paradójico el efecto de exigir ciertas condiciones para atender determinados problemas de salud, de hecho hasta reciente fecha, los traumas craneoencefálicos eran intervenidos quirúrgicamente con pronósticos bastante favorables sin la exigencia de exámenes paraclínicos que no era posible realizar como el TAC, hoy día las exigencias de exámenes previos a la intervención, que entre otros, tienen muchas veces e infortunadamente franco interés de protección legal para el médico o intereses francamente comerciales a los que los médicos tienen

---

12. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Artículos: 48 y 49.

que plegarse, han generado mayores costos y posiblemente, mayor morbimortalidad; en algunos casos no se dispone en forma oportuna de los mencionados exámenes<sup>13</sup>.

En este orden de ideas la responsabilidad de producir Guías Integrales de Atención trasciende el ámbito de lo técnico y se enmarca en el ámbito de las decisiones políticas. Este tema plantea profundas controversias éticas; las guías deben contener elementos de contención de costos y a su vez, el papel de los gestores políticos tiene que ver con medidas de ajuste dadas las limitaciones económicas que la mayoría de los sistemas tienen. Por tanto, cabe señalar la necesidad de hacer consensos que incluyan las necesidades clínicas pero también, las necesidades de los responsables de la formulación política, no siempre, es comprendido por los legisladores o por los propios profesionales de la salud, sobre todo, si no se establecen adecuadamente los niveles de decisión y el carácter diferente de las decisiones según el nivel en el que se tomen.

Estas controversias son muy evidentes para el contexto colombiano, de una parte, el sector científico considera que algunas de las decisiones tomadas por el sector político para racionalizar la atención en salud, por ejemplo, en el caso de los medicamentos del listado esencial, obedece a caprichos de los decisores políticos, a su vez, éstos consideran que los requerimientos de los clínicos son exagerados con relación a las posibilidades reales de financiación del sistema y por último, las instancias que administran justicia apelan en diferentes fallos a la consideración de los casos particulares de cada enfermo dando prelación a la vida de ese enfermo. Esto introduce nuevas exigencias a los sistemas de seguro que generan sobrecostos, que finalmente alguien debe pagar.

---

13. *Esta situación pone en evidencia los problemas de incremento global de los costos de atención que determinado tipo de tecnologías genera. La evaluación de costos beneficio toma cada día mayor importancia, una vez detectado que en algunos casos significa más costo que beneficio. Dichos problemas los hemos abordado en otros documentos alrededor de calidad y en particular de la evaluación de tecnologías.*

En igual forma, para definir quién debe desarrollar las guías es de interés analizar quién las puede elaborar y cómo se realiza el ejercicio cotidiano de la práctica médica. En Colombia hay en la actualidad 42 facultades de medicina, una parte de ellas están agrupadas en la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME. Un número importante de ellas elabora guías de atención, protocolos de manejo etc., bien sea para grupos de temas, ejemplo: medicina interna, urgencias, cirugía, etc., o bien para problemas definidos por ejemplo: diabetes, hipertensión etc. Por su parte los entes territoriales en algunas regiones del país han asumido la contratación de diferentes grupos de expertos para elaborar guías.

A esta producción debe sumarse la producción por diferentes mecanismos de guías de los aseguradores. Por ejemplo: el Instituto de los Seguros Sociales, recientemente contrató los servicios de ASCOFAME para el desarrollo de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, que a su vez, éste asegurador difundió entre su propia red de servicios y en la de sus contratistas. (A propósito es válido preguntarse: ¿los prestadores de servicios tienen o no, obligación de cumplir con lo establecido en guías o protocolos propuestos por aseguradores, sobre qué base legal lo harían y cómo se cumpliría este requisito si diferentes aseguradores desarrollan diferentes tipos de guías?). Otros actores elaborando guías de manejo incluyen a diferentes reparticiones del Ministerio de Salud, a la Federación Panamericana de Facultades de Medicina y a ciertas agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)., etc.

No debe extrañar entonces, la gran confusión existente. Cabe preguntarse:

¿Qué tipo de criterios se han utilizado, qué posibilidades de unificarlos existen y sobretodo qué duplicaciones de esfuerzo pueden evitarse?

Desde ese punto de vista, algunos defienden el argumento de que sea el nivel jerárquico superior el que desarrolle e implemente las guías.

## ¿QUÉ MÉTODOS HAY QUE UTILIZAR PARA ELABORAR LAS GUÍAS?

Aunque hay varios artículos clásicos sobre el tema<sup>14</sup>, llama la atención el escaso énfasis que se da al estudio de éste tema teniendo en cuenta los costos que la utilización de cada tipo de método propuesto genera.

Los métodos más frecuentemente utilizados para el desarrollo de las guías incluyen, en mi opinión, diferentes formas de recoger información, ordenarla, procesarla, editarla, etc., son los siguientes:

- El consenso de expertos
- La recopilación bibliográfica
- La revisión de temas específicos por grupos de expertos
- Las consideraciones del juicio de profesionales
- La publicación de trabajos seleccionados
- La adaptación de guías previamente desarrolladas
- La investigación para casos específicos

En este listado más que las formas tradicionales mencionadas en la literatura, se señalan algunos de los métodos utilizados con alguna frecuencia en nuestro país. Éste es uno de los puntos que recojo como recomendación final de esta revisión:

¿Qué criterios metodológicos se han utilizado realmente y qué rigor científico tienen?

Cada una de las diferentes posibilidades de elaboración, presenta ventajas y desventajas que deben tenerse en cuenta. Los riesgos incluyen la necesidad de tener guías que representen suficientemente el criterio de la mayoría; cuando

---

14. WOOLF, S., (1992). "Practice Guidelines, a New Reality in Medicine". En: *Arch Intern Med*. Vol. 152. May.

una guía es asumida como el producto individual de alguien los demás interlocutores no consultados se opondrán seguramente a su implementación. A la vez, existen celos entre diferentes instituciones lo cual es particularmente evidente en el caso de las diferentes facultades de medicina, debido a esto la adopción de un modelo producido por determinado grupo genera inmediato rechazo en otros.

El problema de los métodos, tiene que ver además con los costos. Por ejemplo: las reuniones de expertos implican el desplazamiento de especialistas en la materia; en otros casos, la edición de materiales voluminosos, o la contratación de la recopilación bibliográfica puede encarcer notablemente los costos.

Otro punto metodológico de gran importancia, es evaluar la manera como se recopila, la información bibliográfica. A veces, se utilizan los criterios de profesionales connotados y de publicaciones de indudable valor científico. En otras ocasiones, el criterio sobre quién tiene la razón o qué es más técnico se vuelve tremendamente subjetivo, y ocasiona problemas de validez. No es infrecuente que se dé mucho valor a las publicaciones más recientes a aquellas que más circulación tienen, o peor aún, a aquellas en las cuáles la información científica tiene asociados intereses comerciales, como en el caso de los numerosos estudios que nos entregan diversos asesores comerciales acerca de medicamentos que impone otras discusiones éticas. Esta problemática le ha dado mucha fuerza al contexto de los consensos como mecanismo que resuelve buena parte de estas inquietudes al unificar criterios en un marco de discusión científica y a la medicina basada en la evidencia como argumento más fuerte.

Teniendo en cuenta estos factores las guías deben contener atributos generales que deben ser conocidos y aplicados por todos.

## REQUISITOS Y ATRIBUTOS DE LAS GUÍAS

Para ser consideradas adecuadas las guías deben llenar una serie de requisitos que incluyen las necesidades de los usuarios, tanto los prestadores, como los propios pacientes. Desde el punto de vista práctico el IOM, (Institute Of Medicine de USA), define una serie de atributos para las guías:

- Válidez
- Reproducibilidad
- Aplicabilidad clínica
- Flexibilidad
- Claridad
- Multidisciplinariedad en su elaboración.
- Revisión planificada
- Documentación

Por otra parte, es necesario tener en cuenta otros elementos tanto de fondo como de forma sobre los que hemos ido aprendiendo luego de revisar diferentes tipo de guías. De fondo hemos visto la necesidad de concebir cierto tipo de principios como la objetividad, la aplicación explícita de algunas dimensiones más importantes de la calidad, por ejemplo; la seguridad, la oportunidad etc. En cuanto a la forma se sugiere incluir elementos como, la facilidad para ser leídos, el tipo de letra, la facilidad para ser transportados, el tamaño del documento y si son de fácil manipulación y transporte, por ejemplo; si cabe o no, en un bolsillo, la dureza de la pasta y la resistencia del tipo de papel utilizado etc. El otro elemento a utilizar cada vez más, es el medio magnético y la posibilidad de incluir las guías en herramientas como el CD Rom, lo que obliga a revisar si existe el Hardware necesario en las instituciones que utilizarían éste tipo de guías<sup>15</sup>.

---

15. Este tipo de detalles, cuentan para el caso de determinados servicios, cómo se observó al desarrollar el proyecto: RODRIGUEZ, Carlos., (1994). *Guías de Atención de Urgencias*. Santafé de Bogotá: Colombia: Ministerio de Salud.

En cuanto al tipo de guías, también existe mucha discusión con relación a la información que deben contener, con frecuencia se menciona la necesidad de incluir:

- Información epidemiológica
- Evolución de la enfermedad
- Datos claves del interrogatorio
- Métodos de diagnóstico
- Tratamiento más utilizado
- Pronóstico
- Diagnóstico diferencial
- Aspectos de promoción y prevención
- Elementos básicos de rehabilitación
- Relaciones humanas y trato digno e igualitario
- Consentimiento informado

En parte el problema radica en la existencia de verdaderas guías y no malos libros de medicina; en mi opinión se requiere mucho sentido común, gran capacidad de síntesis, priorización de aquella información que ayude a la toma de decisiones y sobre todo un buen comité editorial con poder suficiente para incluir o excluir aquello que se considere de interés de acuerdo con el mecanismo utilizado para la producción de las guías. De las reuniones de dichos comités es prudente dejar constancia acerca de las decisiones mediante actas.

Se ha discutido mucho, particularmente alrededor de la complejidad del trauma, sobre la necesidad de convertir las guías en instrumentos ágiles de consulta, del tipo flujogramas, algoritmos, criterios para decisión ágil en condiciones complicadas etc. De acuerdo con la presencia o no de ciertos hallazgos claves desde el punto de vista clínico o paraclínico durante el examen del paciente en determinado momento de la evolución del trauma.

Este tipo de guías introduce la discusión de la evidencia clínica como elemento que sustenta el proceso de toma de decisiones en el ámbito de la

clínica, pero a su vez esta concepción plantea otros problemas referidos a cómo evitar incurrir en reduccionismos que limitan la práctica médica e impiden que los médicos apliquen en forma idónea y oportuna sus conocimientos cuando la condición del paciente requiera esfuerzos o intervenciones adicionales a las establecidas.

Al mismo tiempo, y retomando el papel del Estado como garante del derecho a la salud (que entre otras, debe analizarse en términos conceptuales, para entenderlo más como derecho al acceso con una calidad mínima y no como derecho a la salud a secas) el papel regulatorio puede significar la promulgación de guías con parámetros per se de obligatorio cumplimiento. Sobre todo cuando la obligación cobija al sector privado prestador de servicios. (Estos elementos deben ser tenidos en cuenta por los organismos rectores cuando elaboran guías de atención).

Vista hasta aquí de manera general la situación, surge la evidente necesidad de evaluar los diferentes tipos de guías desarrolladas, pues es evidente que muchas guías implican variabilidad y confusiones tanto para el prestador como para el usuario.

Desde nuestra experiencia, el Ministerio de Salud, ha intentado cumplir con su obligación en esta materia y ha utilizado diferentes métodos para generar herramientas de tipo guía: reuniones de consenso, guías contratadas a expertos, recopilación de bibliografía y otros mecanismos, que deben ser analizados, sobre todo alrededor de la unificación de criterios y el trabajo en equipo.

Se propone a partir de esta breve revisión realizar un trabajo de investigación que incluya, la compilación del material de guías desarrollado hasta la fecha, para analizar si cumple o no con los elementos básicos descritos.

Como puede verse, planear, conectar, definir y establecer los modelos más adecuados para hacer las guías presentan unas dificultades evidentes. Sin embargo, las dificultades son mayores cuando se evalúa el impacto. En un ejemplo

cercano a mi experiencia desarrollamos las guías de atención de urgencias. Se envió por correo certificado un ejemplar a cada puesto de salud, y centro de salud. Cuando se le pregunta a los miembros de estas instituciones por el documento, responden que no lo conocen. Por esta razón, la posibilidad de que sea aplicado se reduce notablemente. Éste problema, es decir, el del uso de la información es un gran debate que lleva a preguntarse si vale la pena invertir cuantiosos recursos en la edición de costosos materiales luego de grandes esfuerzos de concertación o consenso que finalmente no van a beneficiar a los usuarios pues los prestadores los desconocen, los menosprecian o no los aplican.

La actual disponibilidad de un variado menú de información a través de las modernas autopistas de información y de cientos de bases de datos que contienen mucha más información que la que un médico pudiera utilizar; nos cuestiona alrededor de la necesidad de agregar información a veces de menor calidad para preguntarnos si no es mejor desarrollar mecanismos de capacitación, por ejemplo, para utilizar la variada información existente.

Finalmente, he propuesto en diferentes foros realizar estudios que permitan determinar la utilidad práctica, evaluar la forma en que son elaborados dichos documentos y plantear la unificación de criterios que permita optimizar los recursos y obtener los mayores beneficios posibles. No debe olvidarse que la razón de ser de las guías no es otra, que brindar a los usuarios atención con calidad, oportunidad, eficiencia y humanización, en un marco de aplicación de los recursos con criterios de equidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Artículos: 48 y 49.*
- *DECRETO 1938 de Agosto de 1994, Resolución 5261 de Agosto de 1994., Que reglamentan el Plan de beneficios y el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud.*

- *DECRETO 2753 y RESOLUCIÓN 4252., (1997). Requisitos Esenciales. Ministerio de Salud.*
- *DRANE, J., (1990). "Cuestiones de Justicia en la prestación de servicios de salud". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 108 (5-6). Pág. 586.*
- *FIELD, J. y LOHR, K., (1990). Guidelines for Clinical Practice. Editores.*
- *Ibid., Citado por Diego Gracia. Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia Universidad Complutense de Madrid.*
- *Ibid., FARRAR, Jhon.,(1990). Citado por Francisco. Of Sanit Panam. Vol.108 .(5-6).*
- *JOVELL y NAVARRO., (1995). "Guías de Práctica Clínica". En: Formación Médica Continuada. Vol. 2.*
- *Colombia, LEY 100., (1993). Artículo 227.*
- *LHOR, Kathleen., (1995). "Guidelines for Clinical Practice: What They Are and Why They Count". En: Journal of Law, Medicine & Ethics.*
- *OPS; (1993 y 1994). Memorias del Taller Latinoamericano de Urgencias. Medellín: Moraes de Novaes.*
- *PELLEGRINO, E., THOMASMA, D., (1993). The Virtues In Medical Practice. Oxford University Press.*
- *RODRÍGUEZ, Carlos., (1994). Guías de Atención de Urgencias. Santafé de Bogotá: Colombia. Ministerio de Salud.*
- *WOOLF, S., (1992). "Practice Guidelines, a New Reality in Medicine". En: Arch Intern Med. Vol. 152, May.*