

ORIGINAL

Características y calidad de las guías de práctica clínica en el Seguro Social de Salud del Perú



R. Timaná^a, C. Alva-Díaz^{a,b,c,*}, V. Suárez^a, P. Pimentel^a y V. Dongo^a

^a Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación del Seguro Social de Salud (IETS), ESSALUD, Lima, Perú

^b Red de Eficacia Clínica y Sanitaria (REDECS), Lima, Perú

^c Facultad de Medicina, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

Recibido el 10 de diciembre de 2017; aceptado el 2 de junio de 2018

Disponible en Internet el 13 de octubre de 2018

PALABRAS CLAVE

Guías de práctica clínica;
Perú;
Calidad de la atención de salud

Resumen

Objetivo: Elaborar una línea de base al describir las características y calidad de las guías de práctica clínica (GPC) del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) producidas hasta diciembre de 2015.

Material y métodos: Estudio de corte transversal. Se solicitaron las GPC de las 33 redes asistenciales de EsSalud hasta diciembre de 2015. Se evaluó la calidad metodológica con el instrumento AGREE II.

Resultados: Se recibieron 710 GPC; el 79% de estas fueron desarrolladas en Lima y Callao, siendo la mayoría del área clínica (62%) y con una antigüedad mayor de 5 años (52%). Se realizó la evaluación de calidad de 31 GPC; se obtuvieron puntuaciones bajas en los 6 dominios, siendo los referidos al rigor metodológico (6%) y aplicabilidad (8%) los que menor promedio obtuvieron. Las GPC elaboradas en regiones diferentes a Lima y Callao obtuvieron puntajes promedios aún menores.

Conclusiones: Existe una creciente producción de GPC, pero de baja calidad y poco recomendables para ser usadas.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

KEYWORDS

Clinical practice guidelines;
Peru;
Quality of health care

Characteristics and quality of the of clinical practice guidelines in the Social Security of Health of Peru

Abstract

Objective: To describe the characteristics and quality of the clinical practice guidelines (CPG) of the Social Security of Health (EsSalud) of Peru.

Material and methods: A cross-sectional study was conducted on the CPGs of the 33 EsSalud networks. The methodological quality of 31 CPGs was evaluated using the AGREE II tool.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlos.alexander.alva@gmail.com (C. Alva-Díaz).

Results: A total of 710 CPGs were assessed, of which 79% were developed in Lima and Callao, with the majority being from the clinical area (62%), and more than 5 years in use (52%). In the quality evaluation of 31 CPGs, low scores were obtained in the 6 domains, with those referring to the methodological rigour (6%) and applicability (8%) obtaining the lowest mean scores. The CPGs developed in regions other than those of Lima and Callao obtained even lower mean scores.

Conclusions: There is an increasing production of CPGs, but of low quality and not really recommended for use.

Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Introducción

Las guías de práctica clínica (GPC) son definidas por el Instituto de Medicina (IOM, del inglés *Institute of Medicine* de EE. UU.) como «declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención al paciente que se elaboraron mediante la revisión sistemática de las evidencias existentes y la evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes opciones de cuidados». Además, para ser confiables, las GPC deben: 1) basarse en una revisión sistemática de la evidencia existente; 2) ser desarrolladas por un equipo de expertos, multidisciplinario y representativo de los grupos afectados; 3) considerar las preferencias de los pacientes y grupos especiales de ellos; 4) basarse en procesos explícitos y transparentes que minimicen las distorsiones, prejuicios y conflictos de interés; 5) proporcionar explicaciones claras de la relación entre las opciones de cuidado y los resultados de salud, y proporcionar calificaciones tanto de la calidad de la evidencia como de la fuerza de las recomendaciones; y 6) reconsiderar y revisar de forma conveniente cuando nuevas evidencias justifican la modificación de recomendaciones¹.

Por tanto, las GPC debieran desarrollarse para sustentar el manejo adecuado de patologías prevalentes en cada país, brindando soporte a los profesionales de la salud en el uso de intervenciones de beneficio y riesgo probados². Una GPC de alta calidad metodológica en su desarrollo tiene más probabilidades de contar con recomendaciones adecuadas para el paciente³. Sin embargo, Grilli et al. desarrollaron uno de los primeros estudios sobre evaluación de calidad de GPC de sociedades de especialistas en EE. UU. publicadas en Medline, de las cuales el 67% no reportó ninguna descripción de los usuarios, el 88% no informó la estrategia de búsqueda utilizada y el 82% no dio ninguna clasificación explícita de su sistema de recomendaciones. Solo 22 (5%) GPC cumplieron con los criterios evaluados⁴.

Se han dado importantes avances para mejorar el desarrollo de GPC. Se reconoce su importancia e impacto positivo para los sistemas de salud en resultados clínicos y sanitarios, como reducción de mortalidad⁵, menor riesgo de infecciones⁶, reducción de la estancia hospitalaria^{6,7} y de costos⁸. A nivel internacional, instituciones como la

OMS también realizan mayores esfuerzos en la elaboración de GPC, y desde el año 2010 se ha evidenciado su mejora⁹. En países latinoamericanos como Colombia, algunas instituciones con apoyo público, como el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), lideran la elaboración de GPC que cumplen con estándares de calidad óptimos¹⁰.

En Perú, el año 2015, el Ministerio de Salud (MINSA) aprobó la norma técnica de salud para la elaboración y uso de GPC¹¹, que actualizó la norma técnica del 2005 N.º 027-MINSA/DGSP-V.01¹². Esta norma, a diferencia de la previa, marca un hito en el desarrollo de GPC; contempla la elaboración de GPC de novo y adaptadas, organiza el proceso de elaboración, el ciclo de producción normativa, los pasos para la elaboración de GPC, la aprobación ante situaciones de emergencia o urgencias, incluyendo responsabilidades a nivel nacional, regional y local. En la misma se establecen las pautas para el desarrollo de GPC siguiendo una metodología de alta calidad y de acuerdo a estándares internacionales: formulación de preguntas PICO, búsqueda sistemática en bases de datos biomédicas, evaluación de la calidad de la evidencia y formulación de recomendaciones mediante el sistema GRADE¹³.

Actualmente, para evaluar la calidad de las GPC uno de los instrumentos de mayor uso es el AGREE (por sus siglas en inglés de *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*) y su actualización: el AGREE II, validado internacionalmente y traducido a más de 33 idiomas¹⁴⁻¹⁶.

El Seguro Social de Salud (EsSalud) en el Perú, para diciembre del 2015, tuvo aproximadamente 11 millones de asegurados, es decir, más de la tercera parte de la población peruana¹⁷. En mayo del 2015 EsSalud constituyó el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETS), que tiene entre sus funciones evaluar y aprobar GPC, y elaborar las mismas en caso de que se traten de temas prioritarios^{18,19}.

En EsSalud se han venido desarrollando guías en sus diferentes servicios de salud. Sin embargo, no existen estudios que hayan reportado la cantidad y calidad de las guías disponibles. El presente estudio tiene como objetivo elaborar una línea de base al describir las características y calidad de las GPC en EsSalud.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Estudio de corte transversal.

Selección de las guías de práctica clínica

Mediante un comunicado dirigido a las 33 redes desde el IETSI, que es una gerencia desconcentrada de EsSalud, se solicitó información de GPC existentes. Se incluyeron las que contaban con documento de aprobación y se excluyeron documentos referidos a procedimientos asistenciales. Para la evaluación de calidad se incluyeron GPC con un máximo de 5 años de antigüedad hasta diciembre del 2015. La unidad de análisis fueron las GPC que cumplían con los criterios de selección.

Muestreo

Para la evaluación de la calidad de las GPC mediante el instrumento AGREE se seleccionó una muestra de forma aleatoria. Para el cálculo del tamaño muestral se asumió que la frecuencia de GPC con adecuada calidad metodológica es del 10%²⁰, con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 90%. Se calculó una muestra de 31 GPC.

Evaluación de las guías de práctica clínica

El instrumento AGREE II consta de 23 ítems, agrupados en 6 dominios. Estos dominios evalúan: ámbito y objetivo (ítems 1-3), participación de decisores (ítems 4-7), rigor metodológico (ítems 8-14), claridad en la presentación (ítems 15-18), aplicabilidad (ítems 19-21), independencia editorial (ítems 22-23) y evaluación global. Como se especifica en la metodología del instrumento AGREE II, se asignó a cada uno de los 23 ítems un puntaje tipo Likert desde 1 (fuertemente en desacuerdo) a 7 (fuertemente de acuerdo)^{15,16}.

Para la aplicación del instrumento AGREE II se convocó a dos evaluadores expertos (RT y NL). El proceso por el cual se aplicó el instrumento fue el siguiente: 1) se enlistó y codificó cada GPC seleccionada; 2) cada GPC fue evaluada de forma individual e independiente; 3) cuando se encontró discordancia entre los evaluadores se resolvió mediante consenso, como en estudios previos³; 4) se calcularon los puntajes promedios de acuerdo a lo establecido según las pautas de instrucción del instrumento AGREE II²¹. Además, para los ítems, se consideraron las puntuaciones de 1 a 2 como de «escaso», de 3 a 5 como «moderado» y de 6 a 7 como de «alto desarrollo», para cada ítem evaluado de acuerdo a la escala Likert utilizada. El puntaje final de cada dominio se calcula en porcentaje de 0 al 100%, siendo el mínimo y máximo, respectivamente, de acuerdo a lo indicado en la metodología del instrumento AGREE II¹⁶.

Las puntuaciones con el instrumento AGREE II para los dominios se consideraron muy bajas y bajas cuando fueron menores del 30% y entre el 30 y 60%, respectivamente. Además, se considera que una guía es recomendada para el uso

cuando presenta un puntuación mayor del 60% en la mayoría de los dominios^{22,23}.

Análisis y procesamiento de datos

Se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de promedios por dominio de acuerdo a lo recomendado en el instrumento AGREE II. Se calcularon medianas y rangos intercuartiles (RIC) para resumir los datos. El procesamiento de datos se llevó a cabo mediante el uso de Excel[®] 2011.

Resultados

De las 33 redes asistenciales consultadas, solo se obtuvo respuesta de 11. Estas redes fueron de las regiones de Arequipa, Ica, Cusco, Huánuco, La Libertad, Pasco, Loreto, San Martín, Lima y Callao. Se recibieron 903 documentos aprobados como GPC. De los enviados por las redes de Lima y Callao, 560 (90%) fueron realmente GPC, mientras que en provincias solo lo fueron 150 (54%); los restantes correspondieron a manuales de procedimientos. De estas 710 GPC identificadas, la mayor proporción fue del área clínica en Lima y en otras regiones (64% y 55%), seguidas por las de pediatría (19%) en Lima o por las quirúrgicas (19%) en otras regiones. De las 710 GPC de Lima y provincias identificadas inicialmente, las que no tenían una antigüedad mayor de 5 años fueron solo 185 para Lima y Callao (33%) y 124 para otras regiones (83%) (tabla 1).

De estas 311 GPC, que cumplían con el criterio de selección de no tener una antigüedad mayor de 5 años, se seleccionó la muestra aleatoria de acuerdo a la proporción de guías de Lima y Callao frente a otras regiones, que fue de 2 a 1 aproximadamente, siendo 21 GPC de Lima y 10 de provincias. Estas GPC se desarrollaron en diferentes temas, entre los que cuentan con mayor número las referidas a enfermedades infecciosas (32%), crónico-degenerativas (26%) y respiratorias (16%). De esta muestra de guías seleccionadas para conocer la proporción de GPC que presentan suficiente calidad para ser recomendadas para el uso, según lo establecido en el instrumento AGREE II, en ningún dominio se obtuvo una mediana de puntuación mayor del 60%. El dominio con mejor desarrollo fue el de independencia editorial (42%) y el de menor desarrollo fue el de rigor metodológico (6%) (tabla 2).

Además, se obtuvieron los puntajes de cada uno de los 23 ítems que componen los 6 dominios del instrumento AGREE (tabla 3), como se describe a continuación:

- **Alcance y objetivos.** La puntuación fue baja (mediana: 36%; RIC: 25-46). Solo una GPC obtuvo una puntuación del 67%. Las GPC evaluadas desarrollaron moderadamente los ítems de declaración de los objetivos, y población diana; el ítem con menos puntaje fue el de los aspectos de salud abordados de manera específica y clara (tablas 2 y 3, fig. 1).
- **Participación de decisores.** La puntuación fue muy baja (mediana: 11%; RIC: 8-17). Las GPC evaluadas incluyen escasamente a diferentes grupos profesionales en su elaboración, los puntos de vista y preferencias de la población diana, y a la audiencia a la cual va dirigida la GPC (tablas 2 y 3, fig. 1).

Tabla 1 Puntuación obtenida por dominio de las GPC de EsSalud

| Tipo de documento | Lima y Callao | | Otras regiones | |
|----------------------------|---------------------|-----|----------------------|-----|
| | N | % | N | % |
| Guías de práctica clínica | 560 | 90 | 150 | 54 |
| Manuales de procedimientos | 63 | 10 | 130 | 46 |
| Total | 623 | 100 | 280 | 100 |
| Área médica | Lima y Callao (560) | | Otras regiones (150) | |
| Clínicas | 360 | 64 | 78 | 52 |
| Quirúrgicas | 37 | 7 | 29 | 19 |
| Gineco-obstetricia | 55 | 10 | 11 | 7 |
| Pediatría | 107 | 19 | 20 | 13 |
| Otros | 1 | 0 | 12 | 8 |
| Antigüedad | Lima y Callao (560) | | Otras regiones (150) | |
| Menos de 5 años | 185 | 33 | 124 | 83 |
| 5 años o mas | 370 | 66 | 0 | 0 |
| No consignada | 5 | 1 | 26 | 17 |

EsSalud: Seguro Social de Salud del Perú; GPC: guía de práctica clínica.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2 Características y evaluación de las GPC seleccionadas en Lima y otras regiones

| Tema | Lima y Callao (21) | Otras regiones (10) | Total (31) % |
|----------------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
| Infecciones | 4 | 6 | 32 |
| Cáncer | 2 | 0 | 6 |
| Enfermedades crónicas | 8 | 0 | 26 |
| Enfermedades respiratorias | 2 | 3 | 16 |
| Condiciones obstétricas | 2 | 0 | 6 |
| Otros | 3 | 1 | 13 |
| Evaluación AGREE II | (%) | (%) | % (RIC) |
| Alcance y objetivos | 36 | 33 | 36 (28-44) |
| Participación de decisores | 14 | 11 | 11 (8-17) |
| Rigor metodológico | 7 | 1 | 6 (2-8) |
| Claridad de presentación | 39 | 33 | 39 (28-50) |
| Aplicabilidad | 13 | 0 | 8 (2-15) |
| Independencia editorial | 46 | 38 | 42 (38-58) |

AGREE: *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*; EsSalud: Seguro Social de Salud del Perú; GPC: guía de práctica clínica; RIC: rango intercuartil.

Fuente: elaboración propia.

- **Rigor metodológico.** Para este dominio, la puntuación fue muy baja (mediana: 6%; RIC: 2-8). Solo una GPC obtuvo una puntuación máxima del 26%. Las GPC evaluadas reportan escasamente la metodología para la búsqueda de evidencia, los criterios para la selección de la evidencia, la relación entre la evidencia científica y las recomendaciones, la revisión por un experto externo y el procedimiento de actualización (tablas 2 y 3, fig. 1).
- **Claridad de presentación.** La evaluación obtuvo una puntuación baja (mediana: 39%; RIC: 28-50). Solo una GPC evaluada presentó un puntaje del 67%. Las GPC evaluadas desarrollaron medianamente las recomendaciones para que fueran específicas y se contemplaran las diferentes opciones de manejo, pero escasamente para que sus recomendaciones fueran fáciles de encontrar (tablas 2 y 3, fig. 1).
- **Aplicabilidad.** La puntuación general obtenida fue muy baja (mediana: 8%; RIC: 2-15). La mayoría de GPC evaluadas incluyeron escasamente factores facilitadores y de barrera para su aplicación, recomendaciones para llevar a la práctica las recomendaciones o posibles implicancias e impactos en los recursos al llevar a cabo las recomendaciones. Algunas de las GPC incluyeron criterios para su monitorización y/o auditoría (tablas 2 y 3, fig. 1).
- **Independencia editorial.** Se obtuvo una puntuación baja (mediana: 42%; RIC: 38-58). Este dominio fue el de mejor

Tabla 3 Evaluación de las GPC seleccionadas por cada ítem del AGREE II

| Dominio | | Ítem | \bar{x} | DE |
|----------------------------|----|--|-----------|---------|
| Alcance y objetivos | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 4,0 | 3,1-4,9 |
| | 2 | El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s) | 2,4 | 0,8-3,9 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita | 3,1 | 2,1-4 |
| Participación de decisores | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes | 1,6 | 0,9-2,4 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.) | 1,2 | 0,7-1,8 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos | 2,7 | 1,5-3,8 |
| Rigor metodológico | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia | 1,1 | 0,7-1,5 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 1,0 | 1,0-1,0 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas | 1,1 | 0,7-1,6 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos | 1,1 | 0,7-1,5 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos | 1,6 | 0,7-2,4 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan | 1,5 | 0,8-2,3 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación | 1,1 | 0,8-1,3 |
| Claridad de presentación | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía | 2,5 | 0,9-4,2 |
| | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas | 3,3 | 2-4,5 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente | 3,2 | 2-4,5 |
| | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables | 2,9 | 1,5-4,2 |
| Aplicabilidad | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación | 1,2 | 0,7-1,6 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 1,5 | 0,7-2,4 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicancias de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos | 1,4 | 0,8-2,0 |
| | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría | 2,1 | 0,7-3,4 |
| Independencia editorial | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 2,5 | 1,8-3,3 |
| | 23 | Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía | 4,6 | 2,7-6,4 |

AGREE: *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*; DE: desviación estándar; GPC: guía de práctica clínica; \bar{x} : media.
Fuente: elaboración propia.

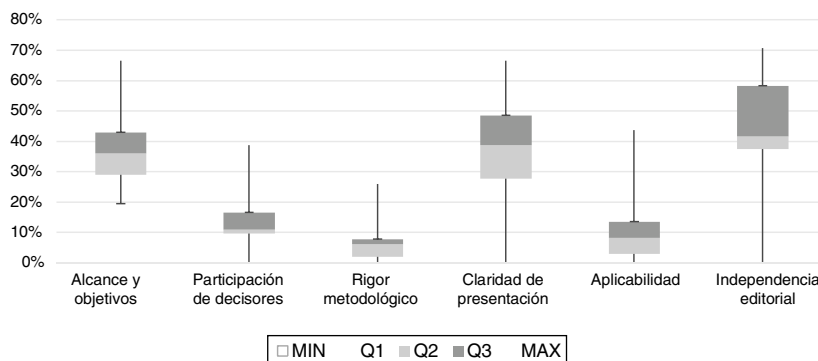


Figura 1 Puntuación obtenida por dominio de las GPC de EsSalud. EsSalud: Seguro Social de Salud del Perú; GPC: guía de práctica clínica; Q1, Q2 y Q3: cuartiles 1, 2 y 3. Fuente: elaboración propia.

desempeño y desarrollo de las GPC evaluadas (tabla 3, fig. 1). La mayoría de las GPC evaluadas declararon al Seguro Social como ente financiador y declararon la ausencia de conflicto de interés (tabla 2 y fig. 1).

Discusión

En general las GPC evaluadas mediante el instrumento AGREE II obtuvieron puntuaciones bajas en todos los dominios evaluados, lo cual indicaría una baja calidad en su desarrollo que nos permita recomendar su uso. Los dominios que evalúan alcance y objetivos, claridad de presentación e independencia editorial fueron los que presentaron mayores promedios, sin superar el 60%. Los dominios referidos al rigor metodológico y aplicabilidad son los que menor promedio obtuvieron, siendo el dominio metodológico uno de los más importantes para conocer la calidad de elaboración de las GPC, considerado crítico en nuestra norma nacional¹¹. Las GPC elaboradas en otras regiones obtuvieron puntajes promedios aún menores en comparación con las de Lima y Callao en los dominios rigor metodológico, claridad de presentación, aplicabilidad e independencia editorial.

Los procesos de elaboración de GPC han ido mejorando de acuerdo al desarrollo de metodologías como las de ADAPTE y GRADE. También instituciones representativas como la OMS han declarado la necesidad de elaborar GPC de calidad; ya desde el 2003 recomendaron que se utilicen revisiones sistemáticas para su desarrollo²⁴; en el 2007 conformaron el Comité de Revisión de Guías para mejorar su calidad de elaboración²⁵ mostrando mejorías significativas en estudios recientes de evaluación de calidad, donde el dominio rigor metodológico de las GPC incrementó del 30,7 al 68,3% y el de independencia editorial, del 20,9 al 73,6%⁹. Por tanto, para generar GPC de calidad han tenido que tomarse decisiones que pongan en marcha estos procesos, se han elaborado normas, se ha entrenado a personal en el dominio de las metodologías existentes y en el uso de evidencias científicas, se han invertido recursos importantes, entre otros. En el Perú, el desarrollo metodológico de GPC que contemple los criterios evaluados por AGREE II¹⁴⁻¹⁶ no ha sido una exigencia institucional. Solo recientemente la normativa sobre GPC del MINSA del año 2015¹¹ ha mejorado los requisitos y procesos para su desarrollo. Sin embargo, la

responsabilidad institucional en la elaboración de GPC aún no es clara, excepto por IETSI-ESSALUD, no se cuenta con suficientes profesionales capacitados y la experiencia en el desarrollo de GPC basadas en evidencia es inicial.

Nuestros hallazgos son concordantes con el estudio de Grilli, uno de los primeros sobre evaluación de calidad de GPC, donde se reportó que de 431 GPC publicadas en inglés, desde 1988 hasta 1998, el 67% no reportó ninguna descripción de los usuarios, el 88% no informó sobre la estrategia de búsqueda utilizada y el 82% no dio ninguna clasificación explícita de su sistema de recomendaciones. Estos tres criterios de calidad evaluados solo se cumplieron en 22 (5%) de las GPC⁴. Sin embargo, reportaron una mejoría en el tiempo para las búsquedas (del 2 al 18%, $p < 0,001$) y la clasificación explícita de las evidencias (del 6 al 27%, $p < 0,001$); no obstante, dicho estudio no utilizó un instrumento validado como el AGREE, el cual se desarrolló posteriormente¹⁴⁻¹⁶. También coinciden en que los mejores promedios fueron para los dominios «alcance y objetivos» y «claridad de presentación»; estos resultaron inferiores a los reportados por Alonso-Coello et al. en su revisión sistemática y evaluación de calidad de GPC mediante la primera versión del instrumento AGREE, con promedios del 64 y 60%, respectivamente, publicadas en Medline entre 1980 y 2007, con resultados aún menores para el dominio «rigor en la elaboración» (43%), y bajo para «participación de los implicados» (35%), «independencia editorial» (30%), y «aplicabilidad» (22%). También reportaron una mejora significativa en el tiempo para todos los dominios, con excepción de la «independencia editorial»²⁶.

En países latinoamericanos otros estudios han reportado resultados relativamente concordantes en relación con GPC y su desarrollo metodológico. En Argentina se evaluaron 101 GPC producidas entre los años 1994-2004: se reportó un incremento significativo en la producción de las mismas con un bajo desempeño en el dominio «rigor metodológico», que solo alcanzó un 10%; en Brasil se evaluaron 28 GPC, las cuales presentaron un mejor desempeño en el «rigor metodológico» (48%), específicamente en los ítems referidos a la búsqueda sistemática de la evidencia y la relación entre la evidencia y las recomendaciones, pero aún deficientes en los criterios para seleccionar la evidencia y actualizar la GPC; en Chile se evaluaron 60 GPC y los resultados también fueron bajos para el dominio «rigor metodológico» (45,7%)^{20,27,28}.

En el Perú también se han reportado resultados similares para GPC aprobadas por el MINSa; Canelo et al.²⁹ evaluaron 17 GPC de Perú entre los años 2009 y 2014, usando el instrumento AGREE II, y reportaron que la puntuación de los 6 dominios del AGREE II fue baja (< 60%) y muy baja (< 30%); asimismo, Neira-Sanchez y Málaga³⁰ reportaron resultados de la evaluación de las GPC de hipertensión arterial y diabetes mellitus, también recientemente aprobadas por el MINSa, con resultados igualmente similares a los nuestros.

Nuestro estudio constituye uno de los primeros de su tipo realizados en una institución de nivel nacional; sin embargo, presenta algunas limitaciones, como es la información limitada que se describe en las GPC de EsSalud que se reportaron. Una de las principales razones fue el difícil acceso a todas las GPC elaboradas en otras regiones diferentes a Lima y Callao, de tal modo que solo se pudo contactar con 11 de las 33 redes que conforman EsSalud las cuales corresponden a 10 de las 25 regiones del Perú. Estos aspectos podrían ser considerados en futuras investigaciones.

Existe una creciente producción de GPC en las diferentes redes asistenciales de EsSalud, con predominio de las redes de Lima y Callao en comparación con las redes de otras regiones del Perú. Sin embargo, las GPC desarrolladas en EsSalud son de baja y muy baja calidad y poco recomendables para ser usadas. Se debiera mejorar y estandarizar los procesos de desarrollo de GPC, poniendo mayor énfasis en el rigor metodológico, utilizando estándares de calidad internacional establecidos por la actual norma vigente, además de mejorar el acceso a estos documentos. También es necesario transparentar el proceso de desarrollo de las GPC e incorporar a los diferentes actores y usuarios de GPC en su elaboración y diseño, incluyendo a los representantes de los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que en este estudio no existen conflictos de interés relevantes.

Agradecimientos

Se agradece al Seguro Social de Salud (EsSalud) y a todos los miembros del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) por permitir la realización del presente estudio.

Bibliografía

- Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice G. En: Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editors. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington (DC): National Academies Press (US). Copyright 2011 by the National Academy of Sciences. All rights reserved; 2011.
- McAlister FA, van Diepen S, Padwal RS, Johnson JA, Majumdar SR. How evidence-based are the recommendations in evidence-based guidelines? *PLoS Med*. 2007;4:e250.
- Álvarez-Vargas ML, Galvez-Olortegui JK, Galvez-Olortegui TV, Sosa-Rosado JM, Camacho-Saavedra LA. Clinical practice guidelines in hypertension: a review. *Medwave*. 2015;15:e6290.
- Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet*. 2000;355:103-6.
- Frei CR, Attridge RT, Mortensen EM, Restrepo MI, Yu Y, Ormasonwu CU, et al. Guideline-concordant antibiotic use and survival among patients with community-acquired pneumonia admitted to the intensive care unit. *Clin Ther*. 2010;32:293-9.
- Willis ZI, Duggan EM, Bucher BT, Pietsch JB, Milovancev M, Wharton W, et al. Effect of a clinical practice guideline for pediatric complicated appendicitis. *JAMA Surg*. 2016;151:e160194.
- Diercks DB, Roe MT, Chen AY, Peacock WF, Kirk JD, Pollack CV Jr, et al. Prolonged emergency department stays of non-ST-segment-elevation myocardial infarction patients are associated with worse adherence to the American College of Cardiology/American Heart Association guidelines for management and increased adverse events. *Ann Emerg Med*. 2007;50:489-96.
- Beniwal LA, Kleven KL, Moody LT, Molin BM, Kantola SJ, Carlson ML, et al. Outcomes of a quality improvement initiative to prevent unnecessary packed red blood cell transfusions among extremely low birth-weight neonates. *Adv Neonatal Care*. 2016;16:E3-9.
- Sinclair D, Isba R, Kredt T, Zani B, Smith H, Garner P. World Health Organization guideline development: an evaluation. *PLoS One*. 2013;8:e63715.
- Delgado-Noguera MF, Merchán-Galvis ÁM, Mera-Mamián AY, Muñoz-Manquillo DM, Calvache JA. Evaluación de la calidad metodológica de las Guías Colombianas de Práctica Clínica en Pediatría. *Pediatría*. 2015;48:87-93.
- Norma técnica para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud. Norma técnica N.º 117-MINSa/DGSP-V.01. Resolución Ministerial N.º 302-2015/MINSa; 14 de mayo de 2015.
- Norma técnica para la elaboración de guías de práctica clínica. Norma técnica N.º 027-MINSa/DGSP-V.01. Resolución Ministerial N.º 422-2005/MINSa; 1 de junio de 2005.
- Documento técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica. Resolución Ministerial N.º 414-2015/MINSa; 1 de julio de 2015.
- Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:18-23.
- Makarski J, Brouwers MC. The AGREE Enterprise: a decade of advancing clinical practice guidelines. *Implement Sci*. 2014;9:103.
- Brouwers M, Browman G, Burgers J, Cluzeau F, Davis D, Feder G, et al. Instrumento AGREE II. Consorcio AGREE; 2009 [consultado 3 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.agreertrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE.II.Spanish.pdf>
- Estadística institucional de EsSalud. Lima, Perú: EsSalud; 2015 [consultado 03 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
- Reglamento de Organización y Funciones. Lima, Perú: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI); 2015, p. 19 [consultado 3 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/ietsi/index.html>.
- Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N.º 10-IETSI-ESSALUD-2015. Lima, Perú: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI); 2015 [consultado 3 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/ietsi/index.html>
- Esandi ME, Ortiz Z, Chapman E, Dieguez MG, Mejia R, Bernztein R. Production and quality of clinical practice guidelines in Argentina (1994-2004): a cross-sectional study. *Implement Sci*. 2008;3:43.

21. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Preve Med.* 2010;51:421–4.
22. Von Troschkel J, Selbmann HK, Encke A. [Health services research and guidelines-from the Association of the Scientific Medical Societies' (AWMF) perspective]. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 2006;100:597–602.
23. German Instrument for Methodological Guideline Appraisal. Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) 2005-2006 [consultado 28 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.english.delbi.de>
24. World Health Organization. Global Programme on Evidence for Health Policy; 2003. Guidelines for WHO Guidelines. Geneva: World Health Organization press.
25. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. Use of evidence in WHO recommendations. *World Hosp Health Serv.* 2007;43:14–20.
26. Alonso-Coello P, Irfan A, Sola I, Gich I, Delgado-Noguera M, Rigau D, et al. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. *Qual Saf Health Care.* 2010;19:e58.
27. Nobre MBW, Jatane F. Critical Appraisal of 28 Guidelines developed by the Brazilian Medical Association. En: 2nd International Conference of Evidence-Based Health Care Teachers & Developers-Italy; 2003.
28. Pantoja T, Valenzuela L, Leniz J, Castanon C. [Clinical practice guidelines in the Chilean health sector reform: a critical assessment of their quality]. *Rev Méd Chile.* 2012;140:1391–400.
29. Canelo-Aybar C, Balbin G, Perez-Gomez A, Florez ID. [Clinical practice guidelines in Peru: evaluation of its quality using the AGREE II instrument]. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2016;33:732–8.
30. Neira-Sanchez ER, Málaga G. [Are the MINSA clinical practice guidelines for hypertension and type 2 diabetes mellitus reliable?]. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2016;33:377–9.