

Conocimientos y actitudes de los docentes de una Facultad de Medicina y el uso de las guías de práctica clínica (GPC) nacionales

Aldanely Padrón Salas^{1*}, Abraham Torres Montes², Manuel Soria Orozco², Amado Nieto Caraveo¹ y Luis Meave Gutiérrez Mendoza¹

¹Departamento de Epidemiología Clínica y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, S.L.P.;

²Subdirección de Calidad, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, S.L.P.

Resumen

Introducción: En México, desde el año 2008, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) ha publicado 642 GPC, con el objetivo de estandarizar la atención, disminuir la variabilidad y, con esto, incrementar la calidad de los servicios de salud¹. **Objetivo:** Identificar los conocimientos y actitudes de los docentes de una Facultad de Medicina frente a la utilización de las GPC. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal en el año 2012 en una Facultad de Medicina del estado de San Luis Potosí. **Resultados:** El 97.1% de los médicos docentes (MD) refirieron saber qué eran las GPC y el 94.9% las habían consultado alguna vez. El 87.6% de los MD contestaron que sabían dónde podían encontrar las guías; sin embargo, sólo el 15.9% mencionaron la página electrónica del CENETEC como fuente, el 30.4%, la página de la Secretaría de Salud y el 7.3%, ambas páginas. **Conclusiones:** Es necesario que un equipo multidisciplinario desarrolle programas que faciliten la implementación y adopción de las GPC, estableciendo de manera específica la importancia de su utilización.

PALABRAS CLAVE: Guías de práctica clínica. Docencia. Calidad.

Abstract

Introduction: The National Center for Health Technology Excellence (CENETEC) has published 539 clinical practice guidelines (CPG) whose area of influence is nationwide. **Objective:** To conduct an assessment of the knowledge and attitudes of teachers at a medical school and the use of CPGs. **Materials and Methods:** We performed a cross-sectional study in 2012 among teachers at one medical school in San Luis Potosí, Mexico. **Results:** Overall, 97.1% of medical school physicians (MDs) reported knowing the existence of CPGs and 94.9% had consulted them. The 87.6% of the MD knew where they could find the guidelines. However, only 15.9% mentioned the CENETEC website as a source, 30.4% The Ministry of Health website, and 7.3% both pages. **Conclusions:** It is necessary to develop programs that facilitate the implementation and adoption of clinical practice guidelines by a multidisciplinary team that specifically establishes the importance of their use. (Gac Med Mex. 2014;150:137-43)

Corresponding autor: Aldanely Padrón Salas, aldanely.padron@gmail.com

KEY WORDS: Clinical practice guidelines. Teaching. Quality.

Correspondencia:

*Aldanely Padrón Salas

Departamento de Epidemiología Clínica y Salud Pública
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Av. Venustiano Carranza, 2405
Col. Los Filtros, C.P. 78210, San Luis Potosí, S.L.P.
E-mail: aldanely.padron@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 12-11-2013

Fecha de aceptación: 07-02-2014

Introducción

En la historia de la práctica médica, la experiencia y el juicio clínico han sido fundamentales. Sin embargo, en las últimas décadas este modelo ha evolucionado debido a los adelantos científicos, la innovación biomédica y los avances en la tecnología de la información².

La publicación, en 1999, de *To err is human: building a safer health system* puso de manifiesto los riesgos asociados a los cuidados de salud³, y, como consecuencia, a nivel mundial surgió la preocupación de sistematizar los procesos de atención, diagnóstico y tratamiento médico. Se identificó que los profesionales de la salud deberían contar con herramientas adecuadas que faciliten el desempeño y la toma de decisiones². Debido a ello, en México, al igual que en otras partes del mundo, se desarrollaron e implementaron las GPC⁴, que son un conjunto de información actualizada, sintetizada y estructurada, y son elaboradas metodológicamente por un grupo de expertos nacionales con base en la mejor evidencia científica disponible para facilitar el manejo de las principales causas de atención en la práctica médica cotidiana, con el afán de reducir la variabilidad de la atención y mejorar la calidad y seguridad del paciente⁴⁻⁷.

En México, desde el año 2008⁸ el CENETEC es el responsable de coordinar la elaboración e integración de las GPC. Existe un catálogo que contiene 642 guías disponibles en formato digital, en dos modalidades: evidencias y recomendaciones (ER) y guías de referencia rápida (RR)⁹.

La adopción, adaptación e implementación de las guías empieza con el conocimiento de la existencia y accesibilidad a las mismas. Los docentes de las facultades y escuelas de medicina, como tutores del proceso de enseñanza-aprendizaje, deben usarlas como parte de su práctica profesional cotidiana y han de fomentar su uso entre el personal de la salud en formación de pre y posgrado en el país^{10,11}.

En la Facultad de Medicina en la que se llevó a cabo el presente estudio se gradúan de promedio 110 médicos al año y se inscriben 196 médicos residentes en 20 especialidades (ES) y subespecialidades (SE) médicas¹². La práctica clínica se realiza en un hospital de enseñanza que ha fungido como campo clínico desde hace 68 años¹³.

Por todo ello, es necesario identificar los conocimientos y actitudes de los docentes frente a la utilización de las GPC.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, entre agosto y octubre de 2012, en una Facultad de Medicina del estado de San Luis Potosí. Se incluyó a todo el personal docente de la plantilla académica del ciclo escolar 2012-2013. El personal que impartía cátedra y participaba en las ciencias básicas fue excluido del estudio por no desempeñarse en la docencia de asignaturas relacionadas con la práctica clínica.

Para recabar la información se adaptaron los cuestionarios utilizados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)⁵ y por Giorgi, et al.¹⁴; a partir de ellos se generó un instrumento, que debía responder a los objetivos del estudio, que estuvo constituido por 11 preguntas de opción múltiple y 30 dicotómicas; se piloteó y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.7185. Previa aplicación de los cuestionarios, el protocolo fue sometido al comité de ética de la Facultad de Medicina en la cual fue realizado el estudio.

Los MD que cumplieron con los criterios previos fueron invitados a participar personalmente, y se solicitó su consentimiento informado de manera verbal.

Se diseñó una máscara de captura para integrar la información, que posteriormente se convirtió a la versión del paquete estadístico STATA v.11[®], utilizado para el análisis de la misma.

Se realizó una exploración de los datos para identificar posibles inconsistencias y valores aberrantes. Las variables cualitativas se describieron en proporciones y las cuantitativas, en medidas de tendencia central y de dispersión. Se utilizaron las pruebas de T-test, ANOVA, chi cuadrada y la prueba exacta de Fisher en función de la naturaleza de los datos.

Resultados

La Facultad de Medicina participante tenía una plantilla de 255 MD para el ciclo escolar 2012-2013; de éstos, 142 trabajaban en áreas clínicas. El 96.4% (137 MD) accedieron a contestar el cuestionario; el 34% de estos médicos pertenecían al Departamento de Medicina Interna (el resto de la distribución por departamentos se describe en la tabla 1).

El 82.5% de los docentes eran hombres. La edad mínima de los participantes fue de 32 años y la máxima, de 71, con un promedio de 50.8 ± 9.4 años, sin diferencias estadísticamente significativas entre la media de edad de los hombres (51.4 ± 9.2) y las mujeres (48.4 ± 10.1) ($p = 0.0813$).

Tabla 1. Distribución de MD participantes por departamento de adscripción

Departamento	Docentes	
	n	%
Anestesiología	5	3.6%
Cirugía	27	19.7%
Medicina Interna (incluyendo el Área de Propedéutica Clínica y Medicina Integrada)	46	33.6%
Ginecología y Obstetricia	17	12.4%
Pediatría	25	18.2%
Psiquiatría	6	4.4%
Radiología e Imagen	4	2.9%
Epidemiología Clínica	5	3.6%
Salud Pública	1	0.7%
Nutrición Clínica	1	0.7%
Total	137	100.0%

El 45.3% de los encuestados estudiaron una maestría (MS) o ES; el 53.3%, una SE y el 1.4%, un doctorado (DC) o posdoctorado (PD), sin diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres ($p = 0.296$). El 100% de los MD que contaban con un DC o PD eran hombres, y el 62.5% de las mujeres solamente contaban con una MS o ES.

El promedio de horas a la semana que impartían docencia frente a un grupo fue de 7.6 ± 6.7 , sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres (7.6 ± 6.5) y mujeres (7.5 ± 7.5) ($p = 0.4568$). El 56.2% de los MD impartieron 1-5 h frente a un grupo a la semana. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grado máximo de estudios y el número de horas frente al grupo ($p = 0.2046$) (Tabla 2).

El 95.6% de los encuestados mencionaron que realizaban práctica clínica de manera cotidiana y el 84.7% trabajaban además en el hospital de enseñanza antes mencionado.

El 97.1% de los participantes refirieron saber qué eran las GPC y el 94.9% dijeron haberlas consultado en alguna ocasión. El 87.6% de los MD contestaron que sabían dónde podían encontrarlas; sin embargo, sólo el 15.9% mencionaron la página electrónica del CENETEC como fuente, el 30.4%, la página de la Secretaría de Salud y el 7.3%, ambas páginas.

El 30.7% de los MD dijeron conocer quién elaboraba las GPC y el 50.4% conocían su proceso de elaboración. El 59.1% de los MD contestaron que en México existen personas capacitadas para elaborarlas y el 41.6%, que además hay recursos suficientes para

realizar esta labor. El 50.4% de los encuestados preferirían utilizar GPC elaboradas por expertos mexicanos y un 43.8% preferirían que fuesen elaboradas por personal tanto de México como del extranjero (Tabla 3).

Tabla 2. Distribución de MD por horas frente al grupo

Horas frente al grupo		
	Media \pm DE	Valor p
Sexo		0.4568
Hombres	7.5 ± 7.5	
Mujeres	7.6 ± 6.5	
Grado máximo de escolaridad		0.2046
MS o ES	8.5	
SE	6.8	
DC o PD	9.0	
Total	7.6 ± 6.7	
Rango de horas	n	%
0	3	2.2
1-5	77	56.2
6-10	31	22.6
11-15	15	10.9
16-20	6	4.4
Más de 20	5	3.6

DE: desviación estándar.

Tabla 3. Razones que pueden favorecer la adopción, adaptación e implantación de las GPC

Pregunta	Porcentaje de respuesta
¿Es más importante la guía que la experiencia personal?	
– Consulta la guía y le da igual importancia a su experiencia personal que a las recomendaciones que hace la guía	41.6
– Aunque tiene en cuenta su experiencia personal/profesional, da más importancia a las recomendaciones de la guía	36.5
Si usted fuera invitado por la Secretaría de Salud a la elaboración de una guía, ¿cuánto tiempo le dedicaría?	
– Tendría que repartir el tiempo de manera equitativa entre su jornada laboral y el tiempo libre en su casa	15.3
– Obtendría la mayor parte del tiempo de su jornada laboral, aunque debería dedicarle alguna parte de su tiempo libre	62.8
En relación con el personal requerido para elaborar las GPC, usted considera que:	
– Hay varias personas suficientemente capacitadas para esta tarea	59.1
– Hay muchísimas personas que pueden organizar completamente la elaboración de una guía	16.8
En relación con los recursos económicos requeridos para elaborar las guías, su opinión es que en México:	
– Hay pocos recursos para realizar esta labor	35.0
– Hay recursos que alcanzan para realizar esta labor	41.6
Si fuera invitado a participar en un grupo para elaborar una GPC, usted:	
– Le daría lo mismo participar que no participar	15.3
– Le gustaría participar, aunque si no lo invitaran esto no lo incomodaría	62.8
Su experiencia con la aplicación de GPC ha sido:	
– Algunas veces he recurrido a ellas cuando debo tomar decisiones clínicas	28.5
– Frecuentemente recurro a las GPC cuando debo tomar decisiones clínicas	45.3
En su opinión, el trabajo de elaboración de GPC:	
– Es un trabajo importante, puede dar elementos para mejorar la práctica clínica	70.1
– Es un trabajo absolutamente indispensable si se quiere conseguir una mejor práctica clínica	17.5
¿Cuáles son sus antecedentes de participación en la elaboración de GPC de nivel federal y/o institucional?	
– Nunca he participado en el trabajo de elaboración de GPC	67.2
– Participé sólo una vez	19.7
En relación con su experiencia con el uso de las guías, usted puede decir que:	
– Ocasionalmente las he consultado y me han servido para tomar decisiones clínicas	41.6
– Frecuentemente las consulto y me resultan útiles para tomar decisiones sobre mis pacientes	43.8
En relación con las dificultades económicas y administrativas que pueden tener las guías, cree que en su práctica médica cotidiana:	
– Generarían dificultades moderadas: alrededor de la mitad de las recomendaciones tendrían aplicabilidad	26.3
– Generarían dificultades menores, pero la mayoría de lo recomendado por la guía podría aplicarse	48.2
En la práctica médica usted preferiría utilizar unas guías:	
– Elaboradas por un grupo de personas que incluyera personal tanto de México como del extranjero	43.8
– Elaboradas por expertos mexicanos	50.4

Respecto a las actitudes frente a las GPC, el 41.6% de los MD consideraron que la experiencia personal es igual de importante que las recomendaciones de las guías y un 2.9% no tenían interés por consultarlas. El 45.3% de los entrevistados dijeron consultar las guías para tomar decisiones clínicas, pero un 10.2% nunca habían tenido la oportunidad de consultarlas o aplicarlas. El 48.2% de los participantes consideraron que aplicar las guías presenta dificultades operativas

mínimas, pero que la mayoría de lo recomendado podría aplicarse (Tabla 3).

En relación con el interés y tiempo para la participación y elaboración de las GPC, a un 62.8% de los MD les gustaría participar, y un 62.8% consideran que tendrían que dedicar alguna parte de su tiempo libre a la elaboración. Adicionalmente, un 31.8% de los MD han participado en la elaboración de GPC a nivel federal o institucional, y de éstos, sólo un 12.1% han

participado más de una vez. Un 13.2% no estarían para nada interesados en participar o preferirían no aceptar la invitación (Tabla 3).

El 70.1% perciben la elaboración de las guías como un elemento importante que contribuye a mejorar la práctica clínica y un 17.5% las consideran absolutamente indispensables para conseguir una mejor práctica clínica (Tabla 3).

En cuanto a los elementos que pueden favorecer la adopción, adaptación e implementación de las guías, los más importantes que se mencionaron fueron: la sistematización de conceptos y criterios (77.4%), las herramientas de aprendizaje y actualización (62.7%) y que contribuyen a la seguridad en la toma de decisiones (54.7%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las razones que pudieran limitar la adopción, adaptación e implantación de las GPC y el sexo ($p > 0.05$), pero sí entre algunas de las razones que pueden favorecer su adopción y el grado de escolaridad ($p < 0.05$) (Tabla 4).

De acuerdo con los encuestados, las razones que pueden limitar la adopción, adaptación e implantación de las GPC son la falta de cultura para su uso (64.9%), que no todos los casos son considerados por las guías (56.9%) y que éstas no son aplicables por limitaciones de tiempo y recursos (24.1%) (Tabla 4).

Discusión

El factor humano es el primer reto y el determinante más importante para el fracaso o éxito en la implementación, adaptación y adopción de las GPC. Actualmente el personal sanitario presenta resistencia al cambio, originando un factor latente que favorece la variabilidad de la atención y las prácticas relacionadas con los usos y costumbres, que no tiene como resultado el mayor beneficio para el paciente.

El uso de guías permite que el proceso de atención sea sistematizado y homogéneo, lo cual disminuye los posibles riesgos para el paciente; sin embargo, existen médicos que perciben la aplicación de las guías como una coartación de la libertad¹⁵ para el ejercicio de su profesión.

A pesar de la relevancia e impacto que tendría la aplicación de las guías en los escenarios clínicos, son escasos los estudios realizados en el ámbito nacional sobre su percepción y uso. El presente estudio muestra un contraste con los resultados de otros trabajos, como el del IMSS, que informó, en 2011, de que un 10.8% de los MD desconocía las GPC, a diferencia del

presente estudio, en donde sólo el 3% refirió no conocerlas⁵. Es importante mencionar que, a pesar del esfuerzo de las autoridades de salud para difundir las GPC en la localidad y en el territorio nacional, aún existe un 3% de la población docente con desconocimiento de las mismas. Esto podría ser considerado poco significativo, pero tiene un impacto negativo exponencial en los médicos en formación y en la generación de un cambio en la cultura de seguridad a mediano y largo plazo. La diferencia encontrada entre el estudio antes mencionado y el nuestro puede atribuirse al año en el que se realizaron: el segundo es más reciente y el personal encuestado ha estado expuesto a la mayor difusión de las guías; además, las características de la población de este estudio hacen inferir que el proceso de enseñanza-aprendizaje implica la actualización constante de los docentes en el uso de nuevas metodologías y tecnologías de la información.

Contrasta que en el estudio del IMSS únicamente el 1.4% mencionaran los sitios específicos en donde están localizadas, a diferencia de lo que ocurre en nuestro estudio, en donde el 39.13% mencionaron la página del CENETEC y/o la de la Secretaría de Salud¹⁶.

Adicionalmente, respecto a la consideración de la experiencia personal y las recomendaciones de las GPC, el 76.7% de los médicos del IMSS las consideraban igual de importantes que la experiencia personal, resultado que contrasta con lo encontrado en el presente estudio, en donde el 41.6% de los MD las sopesaban de la misma manera⁵.

Lo anterior, y a pesar de que actualmente todos los escenarios clínicos se encuentran sujetos a la evaluación de resultados, demuestra la resistencia que existe aún a la utilización de las GPC, y está distante el punto de encuentro entre la investigación y la adopción de protocolos estandarizados basados en la mejor evidencia existente y que deben ser aplicados a la cama del paciente. Los médicos aún ven con desconfianza las GPC, que consideran de poca utilidad y una mera normatividad administrativa que limita al médico clínico. No obstante, sólo son, como su nombre indica, una guía, una ayuda para los profesionales para una atención de calidad centrada en el paciente asimilando la mayor cantidad de información posible¹⁷.

Un estudio¹⁴ evidenció que las principales creencias del personal de salud que impiden la adopción, adaptación e implantación de las guías son el desconocimiento de las últimas actualizaciones, que las guías proponen métodos no realizables en los pacientes

Tabla 4. Razones que pueden favorecer o limitar la adopción, adaptación e implantación de las GPC

Razones que pueden favorecer la aplicación de las GPC					
	Hombres (%)	Mujeres (%)	MS, ES (%)	SE, DC, PD (%)	Total (%)
	(n = 113)	(n = 24)	(n = 62)	(n = 75)	(n = 137)
Permiten sistematizar conceptos y criterios	78.8	70.8	30.6	16.0	77.4
Son herramientas de aprendizaje, lo mantienen actualizado	62.8	62.5	37.1	37.3	62.8
Ayudan y dan seguridad en la toma de decisiones	56.6	45.8	48.4	42.7	54.7
Son útiles, prácticas, puntuales y ágiles	52.2	50.0	58.1	40.0	51.8
Tienen implicaciones legales, administrativas y éticas	52.2	45.8	43.5	53.3	51.1
Tienen credibilidad porque son realizadas por expertos	50.4	37.5	56.5	48.0	48.2
Facilitan la interdisciplinaridad	33.6	25.0	69.4	66.7	32.1
Tienen en cuenta recursos y experiencias locales	23.9	20.8	43.5	53.3	23.4
Razones que pueden limitar la aplicación de las GPC					
	Hombres (%)	Mujeres (%)	MS, ES (%)	SE, DC, PD (%)	Total (%)
	(n = 113)	(n = 24)	(n = 62)	(n = 75)	(n = 137)
No tenemos cultura para la utilización de las guías	63.7	70.8	61.3	68.0	65.0
No todos los casos pueden ser considerados por las guías	54.0	70.8	51.6	61.3	56.9
No son aplicables (tiempo, recursos)	23.0	29.2	25.8	22.7	24.1
Proponen métodos no realizables por los pacientes por falta de cobertura o recursos	18.6	25.0	19.4	20.0	19.7
Considero que son copia de lo que se hace fuera del país y no son aplicables localmente	16.8	16.7	21.0	13.3	16.8
Proponen utilizar recursos diagnósticos o terapéuticos no disponibles en mi trabajo	15.9	16.7	19.4	13.3	16.1
No son accesibles para la consulta o no son fáciles de conseguir	10.6	12.5	14.5	8.0	10.9
No se tiene en cuenta a todos los que han debido participar	9.7	12.5	12.9	8.0	10.2
Son poco prácticas para aplicarlas	8.8	12.5	12.9	6.7	9.5
No las necesito, vale más mi experiencia	8.8	8.3	11.3	6.7	8.8
No están actualizadas científicamente	8.8	8.3	8.1	9.3	8.8
Las metas que proponen alcanzar no son realistas	8.0	8.3	11.3	5.3	8.0
Son muy largas de leer o complicadas de entender	8.0	4.2	4.8	9.3	7.3
Contienen recomendaciones que son ajenas culturalmente a nuestro medio	8.0	0.0	9.7	4.0	6.6
Considero que mi propio conocimiento es más adecuado para manejar a los pacientes	6.2	4.2	6.5	5.3	5.8
No estoy en conocimiento de las últimas GPC	6.2	4.2	9.7	2.7	5.8
No representan la realidad de los pacientes que atiendo	4.4	0.0	4.8	2.7	3.6
No me alcanza el tiempo de atención al paciente para consultarlas y aplicarlas	2.7	4.2	4.8	1.3	2.9
No me interesan porque no son de aplicación en la práctica diaria	1.8	0.0	1.6	1.3	1.5
No están elaboradas por expertos en el tema	0.0	0.0	0.0	0.0	0

*p < 0.05.

por falta de cobertura y recursos, y que recomiendan utilizar recursos diagnósticos o terapéuticos no disponibles en el área de trabajo. Los MD del estudio afirmaron que no se tiene cultura de utilización de las guías, que no todos los casos pueden ser considerados por éstas y que no son aplicables por tiempo y recursos. Los resultados encontrados coinciden con la percepción de la limitada existencia de recursos, que influyen directamente en los resultados, dado que la práctica clínica no depende sólo de la eficacia rigurosa y científica demostrada en la teoría, sino también de la capacidad personal y de los recursos disponibles. Sin embargo, en cualquier sistema de salud los recursos nunca serán suficientes, y resulta necesario formar a profesionales de la salud con enfoque en la planeación y gestión sanitaria que se encarguen de salvaguardar y utilizar adecuadamente los mismos, así como generar protocolos propios de cada institución que se centren en ofrecer el mejor servicio posible con los recursos de que se dispone, evitando generalizar y justificar una mala atención médica con la falta de recursos¹⁴.

Finalmente, cabe recordar que los resultados encontrados en nuestro estudio difieren de los de otros que utilizaron los mismos instrumentos, dado que la población objetivo eran en estos casos los médicos adscritos a un hospital y en nuestro estudio, los MD^{5,14}.

Conclusiones

Las GPC se consideran una solución efectiva y de bajo costo para la disminución de la variabilidad de la atención y la consecución de una práctica médica más segura; sin embargo, la adopción, adaptación e implementación de su uso como herramienta no es una tarea sencilla. Resulta imprescindible conjuntar esfuerzos por parte de las autoridades sanitarias, los profesionales y docentes en el área de la salud y los propios pacientes, para el desarrollo de estrategias que se enfrenten al desafiante cambio del paradigma cultural de una medicina basada en los usos y costumbres a una medicina basada en la evidencia a través de la utilización de las GPC.

Bibliografía

1. CENETEC-SALUD. Nuevo catálogo maestro de guías de práctica clínica. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. [Internet] Consultado el 28 de octubre de 2013. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.
2. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2009. [Internet] Consultado el 30 de mayo de 2012. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/documentos/Manual_Implementacion.pdf.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Institute of Medicine). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
4. Echeverría ZS. Guías de Práctica Clínica. Instituto Mexicano del Seguro Social/Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/División de Excelencia Clínica. [Internet] Consultado el 22 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/index.aspx>.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Plan General para la Implementación, Aplicación y Control de las Guías de Práctica Clínica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Proyecto Estratégico para el Desarrollo e Implementación de Guías de Práctica Clínica. 2008-2012. Instituto Mexicano del Seguro Social/Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/División de Excelencia Clínica. [Internet] Consultado el 22 de mayo de 2012. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/PlanImplementacionGPC_IMSS_2011.pdf.
6. National Research Council. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies Press. EE.UU, 2011
7. CENETEC-SALUD. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Proceso de Integración de Guías de Práctica Clínica (GPC). Dirección de Integración de Guías de Práctica Clínica. [Internet] Consultado el 22 de mayo de 2012. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/2011/tallerMarzo/Proceso_de_elab.pdf.
8. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Subsecretaría de Innovación y Calidad. 1.ª ed. México, D.F. [Internet] Consultado el 24 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/PAES/gpc.pdf>.
9. CENETEC-SALUD. Nuevo catálogo maestro de guías de práctica clínica. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. [Internet] Consultado el 24 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.
10. Moreno SPE, Rosales-Nieto JG. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las Creencias en Salud. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2003;3(001):91-109.
11. Soto MF, Lacoste MJA, Papenfuss RL, Gutiérrez LA. Un modelo de creencias de Salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. Rev Esp Salud Publica. 1997;71(4):335-41.
12. Hospital Central. Ignacio Morones Prieto. San Luis Potosí, S.L.P.
13. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
14. Giorgi MA, Boracci RA, Calderón G, et al. Encuesta sobre el uso de Guías de Práctica Clínica en cardiólogos de Latinoamérica. Rev Argent Cardiol. 2012;80(2):108-13. [Internet] Consultado el 19 de octubre de 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482012000200003&lng=es.
15. Elias-Dib J. Guías de práctica clínica. Una propuesta para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. Cir Cir. 2009;77(2):87-8.
16. Centro para la Promoción de la Salud, Universidad de Toronto. La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. Rev Panam Salud Publica. 1998;4(2):142-8. [Internet] Consultado el 25 de octubre de 2013. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000800017&lng=en.
17. Hernández Rodríguez AR. Las guías de práctica clínica en la atención médica. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2008;22(2). [Internet] Consultado el 25 de octubre de 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2008000200006&lng=es.