



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL BREVE

¿Por qué los doctores no usan las guías clínicas? Una mirada desde la Biología del conocimiento

C. Cárcamo-Quezada

Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C., Director Médico del Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C., Santiago de Chile, Chile

Recibido el 26 de septiembre de 2008; aceptado el 18 de noviembre de 2008
Disponible en Internet el 23 de julio de 2009

PALABRAS CLAVE

Guía de práctica clínica;
Adherencia;
Conocimiento;
Liderazgo

KEYWORDS

Clinical practice guideline;
Guideline adherence;
Cognition;
Leadership

Resumen

Un problema frecuente con las guías clínicas es su bajo grado de aceptación e implementación por parte de los médicos. Las diversas estrategias utilizadas hasta el momento han demostrado ser inefectivas. Aplicaciones prácticas de la teoría de la Biología del conocimiento de Humberto Maturana pueden ser útiles para identificar cuáles son las barreras locales presentes e instaurar estrategias eficaces de intervención. En caso contrario, las guías no modificarán la práctica clínica ni mejorarán los indicadores sanitarios.

© 2008 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Why do physicians not use clinical guidelines? A view from the perspective of the biology of knowledge

Abstract

A frequent problem with clinical practice guidelines is their low level of acceptance and implementation by physicians. The diverse strategies used up until now have been shown to be ineffective. Practical applications of the Theory of the Biology of the Cognition by Humberto Maturana can be useful in identifying the present local barriers and how to incorporate effective intervention strategies. On the other hand, guidelines will not modify clinical practice nor will they improve health indicators.

© 2008 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Problema

En las últimas 2 décadas ha habido un gran interés en el desarrollo de guías de práctica clínica. En teoría, tienen el potencial de mejorar los cuidados al promover

Correo electrónico: ccarcamo@mutual.cl

intervenciones de probado beneficio y al descartar las inefectivas. De esa manera, los pacientes pueden acceder a un cuidado basado en las mejores pruebas científicas. Sin embargo, se han descrito barreras al proceso de implementación, lo que mantiene la brecha entre las pruebas y la práctica médica.

En un interesante artículo, Cabana et al¹ revisaron 76 trabajos que investigaron las barreras al uso de guías por parte de los médicos. Según los autores, los médicos no usaban las guías por las siguientes razones: desconocían la existencia de las guías, sabían de su existencia pero no les eran familiares, no estaban de acuerdo con las guías, no creían que sus recomendaciones iban a tener beneficios y, por último, tenían inercia al cambio de conducta. Respecto de esta última barrera, si la recomendación era suspender una práctica habitual, era más difícil lograrlo que si la recomendación era incorporar una nueva.

Richard Grol y Jeremy Grimshaw, en un exhaustivo artículo publicado en *The Lancet*², revisan las numerosas estrategias para lograr una efectiva implementación de las guías clínicas por parte de los médicos y las organizaciones. Las estrategias educativas^{3,4}, las auditorías y la retroalimentación⁵, los recordatorios⁵, el uso de la computación como apoyo a la decisión⁶, la sustitución de tareas, los estímulos financieros⁷, las intervenciones por medio de pacientes⁸, las estrategias de calidad total⁹, la cooperación multiprofesional¹⁰, las campañas mediáticas¹¹ y la combinación de intervenciones muestran resultados variables y pobres.

El resultado final es desalentador, sólo hay escaso éxito cuando se utilizan estrategias combinadas y habitualmente caras. El problema sigue sin resolverse. El autor de este artículo propone que es necesario desarrollar y validar nuevos desarrollos teóricos de cambio conductual profesional y organizacional.

Biología del conocimiento

En los últimos 30 años ha surgido en Chile una influyente corriente de pensamiento que, a partir de un planteamiento en lo tocante a la naturaleza de los seres vivos, ha ido ampliando su alcance a cuestiones gnoseológicas, epistemológicas, políticas y aun metafísicas. Esta línea o escuela de pensamiento tiene su origen principal en la obra del profesor Humberto Maturana Romesín. Alcanzar una idea precisa de los planteamientos de esta prolífica escuela requiere de esfuerzo arduo de lectura, comprensión, ordenamiento, explicitación y valoración crítica¹²⁻¹⁵. El presente trabajo no intenta examinar en toda su amplitud la temática abordada por el profesor Maturana, se centra solamente en sus potenciales aplicaciones para abordar el problema planteado.

Para Maturana, el ser humano como observador no puede tener acceso a una realidad objetiva independiente, y el observador es constitutivamente participante de lo que él o ella observa; entonces, lo que él propone es evidentemente radical: el pasaje de un «universo», esto es, de una realidad objetiva única que es la misma para todos, a un «multiverso», en el que hay tantos dominios de realidades como hay dominios de coherencias de la experiencia del observador, que se viven como dominios de explicaciones de las experiencias con coherencias de la experiencia. Tal y como

Maturana apunta, en la mirada del «universo» como un único dominio de realidad, la validez de una afirmación se apoya en sus conexiones con la realidad objetiva del «universo». En contraste, en la mirada del «multiverso», la validez de una afirmación se apoya en sus conexiones con las coherencias experienciales del dominio de realidad al que pertenece.

Además, Maturana dice que la existencia humana toma lugar en el espacio relacional del conversar. Esto significa que, aun y cuando desde una perspectiva biológica el ser humano es *Homo sapiens sapiens*, su manera de vivir, es decir, su condición humana, toma lugar en su forma de relacionarse unos con otros y el mundo que genera en su vida diaria es a través del conversar. Maturana mantiene que una cultura es una red cerrada de conversaciones y que un cambio cultural toma lugar en una comunidad humana cuando cambia la red de conversaciones que la define como tal. Una cultura como una red de conversaciones (coordinaciones de «lenguajear» y emocionar) se conserva cuando los miembros de la cultura se hacen miembros de ella y la realizan al vivirla. Como tal, la identidad de los miembros de una cultura surge continuamente de nuevo cuando ellos viven la cultura que ellos integran. Tal identidad puede cambiar si las personas cambian la red de conversaciones en las que ellas participan. Su identidad (emocional y conductual) no preexiste como un rasgo de la cultura, sino que surge momento a momento cuando ellas generan con su conducta la cultura a la que pertenecen.

De acuerdo con Maturana, lo que está implícito cuando se habla de emociones son disposiciones dinámicas corporales que especifican el dominio de acciones en las que el organismo se mueve. Para Maturana, la emoción define la acción. Es la emoción la que define cuándo un gesto dado es una agresión o una caricia. De acuerdo con Maturana, las personas siempre están en una dinámica emocional, en un fluir de un dominio de acciones a otro en la historia de interacciones recurrentes en la que viven.

Debido a que es solamente a través del lenguaje que los seres humanos pueden explicar sus experiencias y asimilarlas en su praxis del vivir, entender es el ver una experiencia en un contexto más grande de experiencias en el dominio de las conversaciones. Todo el reordenamiento racional cognitivo que pueden elaborar está basado en premisas tácitas provistas por experiencias inmediatas cuando ellas aparecen en el «lenguajear» y el emocionar. Todo sistema racional está fundado en premisas básicas aceptadas a priori a través de las preferencias (emociones) de uno, y es por esto que no es posible convencer a nadie con un argumento lógico si no hay una aceptación común a priori de esas premisas básicas. Desde la perspectiva de la gestión clásica, esta afirmación invalida la mirada racionalista que sostiene que, a través de la práctica de la lógica humana, es posible cambiar las emociones de los médicos.

Por otra parte, Maturana dice que para que haya una historia de interacciones recurrentes tiene que haber una emoción que constituya las conductas que resultan en interacciones recurrentes. Si esa emoción no se da, no hay historia de interacciones recurrentes y sólo hay encuentros casuales y separaciones. Así, si se mira la emoción que define el dominio de acciones en que se constituyen las relaciones que en la vida cotidiana se llaman relaciones sociales, se ve que ésta es el amor, porque las acciones que constituyen lo que se llama social son las de aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia. Pero, no todas

las relaciones humanas son de la misma clase, por el simple hecho de que estos encuentros se viven bajo distintas emociones que constituyen distintos dominios de acciones. O, en otras palabras, sólo si las relaciones de un ser humano con otro se dan en la aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia y, por tanto, en la confianza y el respeto, estas conversaciones con ese otro se darán en el espacio de las interacciones sociales.

Hasta ahora, las relaciones entre los médicos y los gestores se constituyen en el dominio de relaciones de trabajo, y son relaciones de tipo jerárquico. Las relaciones humanas que no se fundan en la aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia no son relaciones sociales. Las de trabajo y jerárquicas no son relaciones sociales, pues éstas se fundan en la negación mutua implícita, en la exigencia de obediencia y entrega de poder que traen consigo. El poder surge con la obediencia y la obediencia constituye el poder como relaciones de mutua negación. Las relaciones jerárquicas son relaciones fundadas en la sobrevaloración y en la desvaloración que constituyen el poder y la obediencia y, por tanto, no son relaciones sociales.

El poder no es algo que uno u otro tiene, es una relación en la que se concede algo a alguien a través de la obediencia, y la obediencia se constituye cuando uno hace algo que no quiere hacer al cumplir una petición. El que obedece se niega a sí mismo, porque por salvar u obtener algo hace lo que no quiere a petición del otro. El que obedece actúa con enojo, y en el enojo niega al otro porque lo rechaza y no lo acepta como un legítimo otro en la convivencia. Al mismo tiempo, el que obedece se niega a sí mismo al obedecer. Pero, el que manda también niega al otro y se niega a sí mismo al no encontrarse con el otro como un legítimo otro en la convivencia. Se niega a sí mismo porque justifica la legitimidad de la obediencia del otro en su sobrevaloración y niega al otro porque justifica la legitimidad de la obediencia en la inferioridad del otro. De modo que las relaciones de poder y de obediencia, las relaciones jerárquicas, no son relaciones sociales.

Emociones de los médicos

A la luz de la nueva epistemología que propone Maturana, se puede releer el artículo de Cabana et al¹ y preguntar: ¿qué emociones manifiestan los médicos para justificar no seguir las guías clínicas? Se podrían encontrar emociones como desinterés, apatía, enojo y desconfianza. Si las emociones son disposiciones dinámicas corporales que especifican el dominio de acciones en las que el organismo se mueve, estas emociones no van a especificar un dominio de cooperación. Por otra parte, cada una de esas emociones (fluir emocional) emergen en una cultura que las configura y que, a su vez, se moldea y perpetúa por estas emociones. Esa cultura no es de cooperación, sino de desconfianza.

Además, los médicos no están equivocados en su postura, ya que en un «multiverso» en el que hay tantos dominios de realidades como hay dominios de coherencias de la experiencia del observador, que se viven como dominios de explicaciones válidas de las experiencias con coherencias de la experiencia, la gestión clásica de cambio conductual seguirá sufriendo derrotas. Tal cambio es posible solamente si los médicos cambian sus premisas aceptadas emocional-

mente a través del emocionar implícito en las interacciones con el gestor durante conversaciones en dominios de confianza y cooperación.

Aquí, bajo la mirada de la teoría del conocimiento de Maturana, yacen los desafíos para los nuevos liderazgos que la gestión clínica requiere. Estos nuevos liderazgos deben ser capaces de obtener el compromiso y la participación de los médicos, no desde el dominio del poder y la obediencia, sino desde el dominio de la aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia del trabajo. Pues en este dominio de relaciones de confianza y respeto, fluirán las emociones que permitirán el cambio de conductas y el trabajo cooperativo.

Críticas a la teoría

Según Maturana, el problema de cualquier teoría del conocimiento es que debe explicar cómo funciona el mismo fenómeno que la formula: el observador debe observar a los observadores cuando observan, en particular cuando él observa a los observadores. La solución que propone es mantener una «contabilidad lógica». La solución, como todas las soluciones de aparentes contradicciones, consiste en salirse del plano de la oposición y cambiar la naturaleza de la pregunta pasando a un contexto más abarcador. La situación es, en realidad, simple. Como observador, se puede ver una unidad en dominios diferentes, según sean las distinciones que realice. Así, por un lado, puede considerar a un sistema en el dominio del operar de sus componentes y en el dominio de sus estados internos y sus cambios estructurales. Desde este operar, para la dinámica interna del sistema, el ambiente no existe, es irrelevante. Por otro lado, también puede considerar a una unidad en sus interacciones con el medio y describir su historia de interacciones en él. Para esta perspectiva, en la que el observador puede establecer relaciones entre ciertas características del medio y la conducta de la unidad, la dinámica interna de ésta es irrelevante.

Desde el primer punto de vista, el ser vivo construye su ontogenia al operar en una red cerrada de transformaciones que ocurren en el sistema nervioso del propio organismo. Desde la otra perspectiva —que es la tradicional—, el ser vivo exhibe un comportamiento en un medio en el que está inserto. El error está en confundir ambos puntos de vista. Si se tiene cuidado en mantener esta «contabilidad lógica», se pone de manifiesto lo que ya se ha adelantado: que no se apela a la realidad bajo ninguno de los 2 puntos de vista posibles. Esta propuesta, que consiste en proponer una distinción: la de la operación frente a la de la observación, tiene sus críticos. Desde la operación, el conocimiento está clausurado y sólo responde desde sus interiores determinaciones estructurales. El observador, que está colocado fuera de la operación y que mira desde un plano más abarcador, puede llevar a efecto enlaces causales entre operación y mundo circundante que no son accesibles (como observaciones conscientes, por ejemplo) a los organismos que los efectúan.

Si estas reflexiones se llevan al plano formal de la generalización, el que el conocimiento esté constituido por una operación que está clausurada quiere decir que no puede establecer ningún contacto con el entorno. Todo conocimiento sobre la realidad debe realizarse como

actividad interna del conocimiento, dirigida mediante distinciones propias (para las cuales no hay ninguna correspondencia con el entorno). La pregunta es entonces ¿cómo se configura el conocimiento? Toda la teoría del conocimiento depende de la respuesta que se dé a este planteo. Maturana, para este problema difícil, propone un concepto igualmente difícil: «acoplamiento estructural». Esta noción presupone que todo conocimiento (que es una operación emergente autopoyética) opera como un sistema determinado sólo desde el interior mediante sus propias estructuras. Se excluye, entonces, el que datos existentes en el entorno puedan especificar, conforme a las estructuras internas, lo que sucede en el sistema.

A la luz de esto, el afirmar que los sistemas se determinan estructuralmente implica que todo lo que en ellos ocurre no está determinado por nada externo a ellos y que, cuando como observador se ve algo que incide sobre un sistema, no es ese algo lo que provoca el cambio, sino sólo lo que desencadena dentro del sistema un cambio estructural que estaba previamente determinado en la configuración de éste. Pero, ¿cómo se puede saber si como observador tampoco uno se escapa al hecho de ser sistemas estructuralmente determinados? Mientras esta paradoja se resuelve en los dominios de la filosofía, el autor de este artículo propone un uso tecnológico de la teoría del profesor Maturana. Con esta invitación, se abre un amplio espacio de investigación en la gestión clínica, campo deseoso de recibir nuevas aportaciones y aprovechamientos prácticos del conocimiento científico.

Conflicto de intereses

No hubo apoyo financiero externo ni interferencia institucional en el diseño, el análisis o las conclusiones del estudio.

Bibliografía

1. Cabana MD, Rand CS, Power NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999;282:1458-65.
2. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362:1225-30.
3. Freemantle N, Harvey EL, Wolf F, et al. Printed educational materials to improve the behaviour of health care professionals and patient outcomes (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, issue 3. Oxford: Update Software; 1998.
4. Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Local opinion leaders to improve health professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, issue 3. Oxford: Update Software; 1997.
5. Grimshaw J, Eccles M, Walker A, Thomas R. Changing physician's behaviour: What works and thoughts on getting more things to work. *J Cont Educ Health Prof*. 2002;22:237-43.
6. Balas EA, Austin SM, Mitchell JA, Ewigman BG, Bopp KD, Brown GD. The clinical value of computerized information services: A review of 98 randomized clinical trials. *Arch Fam Med*. 1996; 5:271-8.
7. Hulscher MEJL, Wensing M, Grol RPTM, Van der Weijden T, Van Weel C. Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care. *Am J Public Health*. 1999; 89:737-46.
8. Gosden T, Torgerson DJ. The effect of fundholding on prescribing and referral costs: A review of the evidence. *Health Policy*. 1997;40. 103-14. part 1. Oxford: Update Software; 1997.
9. Oxman AD. No magic bullets. A systematic review of 102 trials of interventions to help health care professionals deliver services more effectively or efficiently. *CMAJ*. 1995;153: 1423-31.
10. Zwarenstein M, Bryant W, Sibthorpe B. Interventions to change collaboration between nurses and doctors (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, issue 3. Oxford: Update Software; 1997.
11. Grilli R, Freemantle N, Minozzi S, et al. Impact of mass media on health services utilisation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, issue 3. Oxford: Update Software; 2000.
12. Maturana H, Varela F. *El árbol del conocimiento*. 19 ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2008.
13. Maturana H. *La objetividad: un argumento para obligar*. 1 ed. Santiago de Chile: Dolmen; 1997.
14. Maturana H, Pörksen B. *Del Ser al Hacer: los orígenes de la Biología del conocer*. 1 ed. Santiago de Chile: JC Sáez; 2007.
15. Dávila X, Maturana H. *Habitar humano en seis ensayos de Biología-cultural*. 1 ed. Santiago de Chile: JC Sáez; 2008.