



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reflexión

De los acuerdos a los consensos

Edgar Cortés-Reyes*

Fisioterapeuta, Economista, MSc Epidemiología Clínica, Profesor Asociado, Departamento del Movimiento Corporal Humano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de marzo de 2012

Aceptado el 4 de abril de 2012

Palabras clave:

Consenso

Metodología

Investigación

Salud

Keywords:

Consensus

Methodology

Research

Health

R E S U M E N

Frente a la diversidad y la complejidad del conocimiento médico o con ocasión de no contar con suficiente evidencia para la toma de decisiones en salud, entre los profesionales del área se estila buscar acuerdos. Aunque se trata de una tarea aparentemente sencilla, se propone entender este proceso como de un nivel superior, asumiendo el consenso como una metodología de investigación multidisciplinaria rigurosa que permite sistemáticamente, además de superar los vacíos conceptuales, generar eventualmente nuevo conocimiento mediante rondas formales. El objetivo de este artículo es plantear una posición frente al rigor con que se realizan los consensos en el campo de la salud. Se presenta una metodología ampliamente utilizada para buscar consensos, el Delphi, identificando sus ventajas y los recursos a seguir. También se describen sus modificaciones y usos según las necesidades y los recursos de los investigadores, poniendo de presente la importancia de considerar el resultado final, manifiesto en las recomendaciones, como de impacto clave en los problemas de salud.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier.

Todos los derechos reservados.

From Agreements to Consensus

A B S T R A C T

In the light of the diversity and complexity of medical knowledge and considering the lack of sufficient evidence for health-related decision-making, medical professionals usually seek agreements. Though it may seem an apparently simple task, the idea is to understand that this is a high-level process. Assuming consensus is a rigorous multidisciplinary research methodology that, in addition to overcoming any conceptual gaps, systematically generates new knowledge via formal rounds of consultation. This article is intended to set forth a position with regards to the rigorous approach followed for health related consensus. A popular methodology is discussed – Delphi – identifying its advantages and steps followed, including its modifications and uses according to the researchers' needs and resources, keeping in mind the importance of considering the final result expressed in the recommendations in terms of its fundamental impact on health related issues.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier.

All rights reserved.

*Autor para correspondencia: Cr 22, N.o 45 B 38 Cons. 611, Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: ecortesr@unal.edu.co (E. Cortés-Reyes).

El actual desarrollo de la ciencia y la tecnología hace relativamente compleja la tarea de delimitar y/o identificar dónde comienzan y dónde terminan las acciones de los sujetos en relación con cómo se aborda el conocimiento frente a un fenómeno en particular. Un ejemplo de esta situación se presenta cuando existen diferencias conceptuales frente a qué profesional y en qué condiciones debe hacerse la sedación a pacientes odontológicos, lo que ha llamado a establecer recomendaciones mediante guías que permitan evitar desenlaces de morbilidad o muerte¹. En el ámbito de la salud, este no es un problema menor, en razón de que no son ciencias exactas y la diversidad de parecer está a la orden del día. En estas circunstancias es menester contar con referentes que permitan aportar elementos de estudio que, además de asegurar al paciente y al profesional que las tareas están asumidas responsablemente, estas se realicen con estrictos protocolos y siguiendo principios universalmente establecidos. El objetivo de este artículo es presentar una posición frente al rigor con que se realizan los consensos en el campo de la salud.

“Acuerdo” y “consenso” son expresiones generalmente aceptadas como sinónimos, cuando en realidad no lo son: “acuerdo” proviene del verbo “acordar” y la Real Academia Española de la Lengua lo define como “resolución que se toma en los tribunales, sociedades, comunidades u órganos colegiados” o “resolución premeditada de una sola persona o de varias” o “convenio entre dos o más partes”²; en tanto, la expresión “consenso” se refiere a “acuerdo producido por consentimiento entre todos los miembros de un grupo o entre varios grupos”². Podría considerarse además uno de los once constructos que los *National Institutes of Health* de Estados Unidos han desarrollado como término MeSH (encabezamiento de términos médicos) para definir “conferencia de consenso” como el escenario donde se presentan declaraciones resumidas que representan el acuerdo de la mayoría de los médicos, científicos y otros profesionales convocados con el fin de llegar a un consenso (a menudo con las conclusiones y recomendaciones) sobre un tema de interés. La conferencia, integrada por participantes que representan los puntos de vista científico y legales, es un medio importante de la evaluación del pensamiento médico actual y refleja los últimos avances en la investigación dentro del campo correspondiente que se trate³. Desde esta perspectiva, se intuye entonces que lograr acuerdos y consensuar se circunscribe en niveles distintos y que parte de tal diferencia se debe, por una parte, al rigor con que se examinan los fenómenos y, por otra, al impacto que se derive de los resultados esperados. Es por esta razón que ha de ser alta la exigencia metodológica que convoca un consenso.

Vale reconocer que las ciencias sociales han hecho un aporte interesante a este campo de estudio con la técnica Delphi, metodología empleada para hacer pronósticos y predicciones que fue desarrollada por Rand Corporation en los comienzos de la guerra fría con el objeto de analizar el impacto de la tecnología en la guerra, pero que después fue complementada por Linstone et al, según refiere Scott⁴. Se entiende como una técnica inscrita en la investigación exploratoria que, además de contribuir a consensuar, permite construir e incluso generar conocimiento sobre el conocimiento de quienes participan como miembros del equipo de expertos.

La metodología ha sido diseñada para lograr un consenso basado en la discusión entre expertos, mediante un proceso iterativo, en el que se envía a los convocados un cuestionario elaborado con el fin de identificar su postura frente a determinados tópicos de un asunto; cuando se recibe la información, el investigador analiza los comentarios escritos y los utiliza como retroalimentación a los expertos para la siguiente ronda de cuestionario, en la cual estos reevalúan sus opiniones a la luz de tal información. Lo que se va buscando, entonces, es alcanzar un consenso, lo que, traducido a términos estadísticos, equivale a “disminuir el espacio intercuartílico precisando la mediana”⁵. Así también, otro objetivo que se alcanza en forma secundaria es reducir gradualmente la información irrelevante dentro del proceso.

Algunas características formales que requiere este método se relacionan en el anonimato de los intervinientes, la repetición y la retroalimentación de estos y el análisis estadístico de las respuestas del grupo. El anonimato tanto en la aplicación como en la retroalimentación de los cuestionarios es parte esencial de esta metodología, pues proporciona a cada experto igual oportunidad para posicionar sus ideas, al tiempo que evita que haya líderes que disuadan o ejerzan presiones que de alguna manera sesguen los resultados; también es útil para evitar la influencia de “quienes ostentan autoridad en la organización”⁶. Aún existen diferencias acerca del número de iteraciones o veces en que se envían las respuestas a los expertos, pues Powell⁷ propone que sean tres etapas y Garavia y Gredler, previamente referidos, que sean cuatro, en el entendido de que los participantes puedan ir ajustando sus posturas a la luz de la información resultante de la discusión generada por los otros, para de esta manera intentar alcanzar la anhelada “mediana”.

El proceso requiere que previamente se delimite el contexto, el horizonte temporal en el que se espera analizar el tema y la selección del panel de expertos, con su compromiso de participación. La pluralidad en la conformación del grupo es un asunto clave a efectos de reducir el sesgo de selección, pues no se trata de reunirse con los áulicos, sino de generar una ampliada y generosa discusión. Algunos investigadores se han aproximado a definir experto como “la persona que pueda realizar contribuciones válidas, dado que posee conocimientos basados en la práctica y experiencias actualizadas”, como lo refiere Kennedy⁸. Motivo de discusión ha sido el número “ideal” de participantes, pues este depende de variadas características como el tema de estudio, los recursos disponibles, etc. Sin embargo, Okoli et al⁹ recomiendan que sean entre 10 y 18, lo que parece razonable. Otros⁷ piensan que el mínimo de expertos requeridos es siete y que la adición de uno más reduce el error; sin embargo, también se conoce que con más de 30 expertos no hay aportes importantes y sí se eleva el trabajo y el costo de la investigación.

Una vez establecido el grupo de expertos, el proceso se sigue con la explicación del método, en aras de que todos y cada uno de los participantes consigan información fiable. Obsérvese que el método está diseñado no para convencer al contrario de una opinión, sino que el sistema de rondas iterativas permite ir construyendo conjuntamente y generando consensos cada vez de más alta calidad.

De esta manera, se puede inferir que hacer consensos es un proceso investigador que requiere de la formulación de

una metodología rigurosa. En el campo de la salud, consensuar se ha convertido en una práctica extendida^{6,10,12}, pues la comprensión de las realidades, como ya se ha expresado, es muy compleja y, por otro lado, hay temas de interés de los que no se dispone de información concluyente. Frente al primer considerando, los sistemas de salud actuales, como sistemas que son, requieren de la participación activa de quienes lo conforman: en la mayor parte del mundo occidental los Estados se estructuran no como democracias representativas, sino como participativas, que dan cabida a que las comunidades aporten y construyan de acuerdo con sus intereses y necesidades, con lo que la participación consensuada es una herramienta ampliamente empleada para gestionar los servicios de salud. Ahora, si se concibe que estos se conforman en red, las redes mismas necesitan mecanismos expeditos que permitan la toma de decisiones, las cuales no provienen de una jerarquización desde el nivel central, sino que, cada vez más, se estructuran como resultado de la participación comunitaria: aquí entonces se pasa de los acuerdos (o las imposiciones, como acuerdos de unos pocos) a los consensos.

Respecto del otro considerando, esto es, cuando frente a un problema de salud no hay suficiente evidencia concluyente, los consensos se han convertido en una oportunidad para reducir el espectro de acciones diferenciales, así como para potenciar la alianza entre la evidencia y la experiencia. Las diversas guías de atención que actualmente se adelantan en el mundo entero tienen en sus recomendaciones un trasfondo metodológico que se apoya en la elaboración de amplias convocatorias para la conformación de los grupos desarrolladores (expertos temáticos), unidas a la convocatoria de conferencias de consenso (con expertos) que, además de legitimar el proceso, permiten ir buscando la mejor evidencia para la construcción de conocimiento.

Este tipo de experiencias, se constituye en un buen ejemplo de aplicación de lo que se entiende como “consenso”. Aunque la metodología Delphi referida es la más ampliamente conocida, no siempre se aplica fielmente, bien porque se han hecho modificaciones, bien porque se pretenden otros objetivos (p. ej., el Delphi de tiempo real: consenso que se realiza durante el curso de una reunión o conferencia; Delphi político: en el cual el grupo de expertos presenta todas las posibles opciones frente a un problema; Delphi jerárquico: donde se priorizan problemas o soluciones).

Las conferencias de consenso son cada vez más empleadas por las sociedades científicas para dirimir desacuerdos y están dando lugar —probablemente sin habérselo propuesto— a reducir la incertidumbre para que, como resultado, la población usuaria de los servicios de salud tenga en la prevención, el diagnóstico, la atención y la rehabilitación una oportunidad que se exprese en mejoras de su calidad de vida. Esta es una razón adicional para proponer que, cuando se piense en dirimir conflictos, se considere que las estrategias para abordarlos deben superar la aspiración de “ponerse de acuerdo” y “buscar consenso”, mediando siempre un proceso riguroso desde lo conceptual y lo metodológico.

Allí es, entonces, donde surge una excelente oportunidad de emplear los consensos para depurar información, construir a partir de las diferencias y analizar los fenómenos de

una manera más estructurada, sustituyendo el carácter unilateral o de mirada única por uno más integral. En este sentido, de las recomendaciones del trabajo presentado por Ibarra et al¹, se rescata el interés en proteger a los usuarios de sedación de posibles complicaciones, la descripción exhaustiva de los procedimientos que se debe considerar, así como el liderazgo de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) para incluir diversos grupos de expertos y sociedades científicas en las deliberaciones. Se propone que, en próximas ocasiones, se amplíe la información de la metodología de conformación y el número de rondas empleadas que permitió llegar al consenso, como una manera para que otros grupos puedan, en un futuro, replicar la experiencia de consenso.

Financiación

Recursos propios del autor.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado

REFERENCIAS

1. Ibarra P, Galindo M, Molano A, et al. Recomendaciones para la sedación y la analgesia por médicos no anestesiólogos y odontólogos de pacientes mayores de 12 años. *Rev Colomb Anestesiolog.* 2012;40:67-74.
2. Diccionario de la Lengua Española. 22.a ed. Madrid: Real Academia Española; 2001 [citado 7 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
3. US National Library of Medicine, National Institutes of Health [citado 5 Mar 2012]. Disponible en: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
4. Scott G. Strategic Planning for High-Tech Product Development. *Technology Analysis & Strategic Management.* 2001;13:343-64.
5. Dalkey N, Brown B, Cochran S. The Delphi Method, III: Use of self rating to improve group estimates. *Technological Forecasting and Social Change.* 1970;1:283-91.
6. Garavalia L, Gredler M. Teaching evaluation through Modeling: Using the Delphi technique to assess problems in academia programs. *Am J Eval.* 2004;25:375-80.
7. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing.* 2003;41:376-82.
8. Kennedy H. Enhancing Delphi research: methods and results. *Journal of Advanced Nursing.* 2004;42:504-11.
9. Okoli C, Pawlowski A. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management.* 2004;42:15-29.
10. Meyrick J. The Delphi method and health research. *Health Education.* 2003;103:7-16.
11. Cook C, Brismée JM, Fleming R, Sizer P. Identifiers suggestive of clinical cervical spine instability: A Delphi study of physical therapists. *Physical Therapy.* 2005;85:895-906.
12. Duque G, Close J, Jager J, Ebeling P. Treatment for osteoporosis in Australian residential aged care facilities: consensus recommendations for fracture prevention. *MJA* 2010;193:173-9.