

# Eines d'ajut a la presa de decisions clíniques a Catalunya

Carme Carrion<sup>1,2</sup>, Maria-Dolors Estrada<sup>1,3</sup>, Dolors Benítez<sup>1</sup>, Júlia López<sup>1</sup>, Mireia Espallargues<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Barcelona; <sup>2</sup>TransLab Research Group. Departament de Ciències Mèdiques. Universitat de Girona (UdG). Girona; <sup>3</sup>CIBER de Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP).

Nota: Aquest article correspon a un extracte de l'informe: Carrion C, Estrada MD, Benítez D, López-Valero J, Espallargues M. Eines per a la presa de decisions clíniques a Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014.

## Introducció

La majoria de països amb entorns culturals i científics similars al nostre abordem la millora de la qualitat de la pràctica clínica des de diferents perspectives. Els diferents instruments d'ajut a la presa de decisions clíniques són un element clau per tal de reduir la variabilitat en la pràctica mèdica i estan basats en la millor evidència científica existent. Les guies de pràctica clínica (GPC), conjuntament amb altres productes basats en l'evidència (APBE) com els protocols, vies o rutes assistencials són eines que es troben a l'abast dels diferents professionals del món sanitari i que han demostrat que poden millorar la qualitat en la prestació de serveis del sistema sanitari a nivell *micro*, *meso* i *macro*. La implementació de les GPC i APBE es fonamenta en la confiança que aquestes eines generen entre els diferents actors que les empren. Els elements que poden posar en dubte la credibilitat d'una guia o de qualsevol producte basat en l'evidència i que, per tant, són possibles barreres per a la seva implementació, són molt diversos i inclouen la qualitat de les evidències en què es fonamenten, la transparència sobre el grau de pes que té l'opinió dels experts en les seves recomanacions, la viabilitat de la implementació o els possibles conflictes d'interessos entre els seus autors<sup>1</sup>. En el camp de la implementació, s'han descrit algunes estratègies que poden ajudar a optimitzar aquest procés<sup>2</sup>. Avui per avui no hi ha un model de disseminació i implementació de les GPC/APBE en el context català que, de forma sistemàtica, estableixi les estratègies més adients per aconseguir una millor translació a la presa de decisions en salut. Existeixen alguns indicis sobre quines podrien ser les barreres que dificulten la implementació. Algunes d'aquestes barreres són inherents a les característiques dels pacients (demogràfiques, socioeco-

nòmiques, funcionals, de coneixement, o de les actituds i preferències), d'altres les generen els propis professionals de la salut (habilitats professionals, expertesa pròpia, actituds, creences i preferències). Un factor remarcable és la naturalesa de les institucions on s'implanten les guies i l'entorn global on es troben aquestes institucions. Així doncs, són molts els aspectes que cal optimitzar per tal que les barreres que obstaculitzen la implantació de les GPC/APBE<sup>3</sup> es converteixin en facilitadors.

Dins del marc del Pla de salut (2011-2015) de Catalunya<sup>4</sup> s'inclou l'objectiu de potenciar l'avaluació sistemàtica de tecnologies, qualitat i recerca en salut, de manera que es pretén impulsar el desenvolupament i ús d'aquestes eines a casa nostra. Així doncs, l'objectiu d'aquest estudi és descriure l'estat de la situació de les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques en els diferents centres de titularitat pública d'atenció primària, especialitzada, sociosanitària i de salut mental de Catalunya.

## Metodologia

Estudi descriptiu, transversal, realitzat mitjançant una enquesta electrònica, que s'ha distribuït entre les 130 organitzacions sanitàries de titularitat pública a Catalunya a data de març de 2014 (dades proporcionades pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya). S'entén com a organització sanitària tant aquella formada per una sola unitat o servei com aquelles integrades que engloben diferents línies de serveis en una mateixa organització. En l'enquesta s'han inclòs 21 preguntes que fan referència a tres aspectes diferents: a) *identificació del centre* (nom, adreça i dades de contacte), b) ús i organització de les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques (desenvolupament, ús, aprovació, actualització, adaptació, difusió o implementació) i c) *identificació de les GPC més emprades* en el maneig de les malalties cròniques prioritzades pel Pla de salut per a l'any 2012. Els resultats d'aquesta part de l'enquesta no es presenten en aquest article.

Les variables d'estudi que s'han analitzat han estat: taxa de resposta, patronal d'entitat proveïdora a la qual pertany cada organització sanitària, tipus d'actuació davant la necessitat d'una nova eina d'ajut a la presa de decisions clíniques, òrgan responsable d'aquestes eines, existència d'un

Correspondència: Carme Carrion i Ribas  
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)  
C/ Roc Boronat, 81-95, segona planta  
08005 Barcelona  
Tel. 93 551 39 02  
Fax 93 551 75 10  
Adreça electrònica: ccarrion@gencat.cat

procediment formal per aprovar-les, criteris a seguir, existència de procediment formal per actualitzar-les, criteris a seguir, ubicació, existència d'un procés formal d'implementació i tipus d'instruments d'implementació.

## Resultats

### Taxa de resposta i filiació de les organitzacions sanitàries

La taxa de resposta de l'enquesta ha estat del 82%. La n esperada era de 130 organitzacions sanitàries. Del total de 106 respostes, 39 pertanyen al Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSSC), 73 a la Unió Catalana d'Hospitals (UCS), 9 a l'Associació Catalana d'Entitats de Salut (ACES) i 12 a l'Institut Català de la Salut (ICS). Cal esmentar que algunes organitzacions sanitàries gestionen un nombre molt elevat d'equips, com és el cas de l'atenció primària de l'ICS on s'engloben fins a un total de 282 equips tots sota una mateixa resposta. Algunes organitzacions sanitàries tenen doble filiació patronal i s'han fet constar les dues entitats a què pertanyen.

### Elaboració de noves eines d'ajut a la presa de decisions clíniques

Davant la necessitat d'una nova eina d'ajut a la presa de decisions clíniques (Figura 1), el que més se sol fer en les organitzacions sanitàries catalanes és elaborar-la de nou (un 75% de les organitzacions sanitàries afirmen fer-ho sempre o sovint) o bé adaptar-ne alguna desenvolupada externament al nostre propi context (un 60% ho fa sempre o sovint). L'opció menys emprada és la d'adoptar com a pròpia una eina desenvolupada per altres institucions sense contextualitzar-la al centre, de manera que aquesta opció no es contempla mai en més del 50% dels casos. Hi ha hagut 7 organitzacions sanitàries que han fet constar altres maneres d'actuar o bé algunes particularitats remarcables, davant la necessitat de tenir eines noves d'ajut a la presa de decisions clíniques. Totes elles giren en torn el treball en xarxa entre diferents organitzacions sanitàries agrupades en un territori o bé entorn a un organisme superior.

En referència a l'aprovació de les eines que han estat elaborades *de novo*, adoptades i/o adaptades es constata que en la majoria d'organitzacions sanitàries (86%) és el comitè de direcció qui fa aquesta funció. Gairebé la meitat de les organitzacions (n = 43) compten amb un comitè de qualitat especialitzat. Cal esmentar que en 28 organitzacions sanitàries s'informa que ambdós comitès són decisoris (direcció i qualitat) i, en alguns casos, s'especifica que el comitè de qualitat és qui proposa, per tal que ho acabi aprovant el comitè de direcció. Finalment, hi ha un total de 41 organitzacions sanitàries que fan constar altres òrgans decisoris, entre els quals cal destacar: el consell d'administració, comitès *ad-hoc*, comissions formades pels directors mèdics i d'infermeria, comissions hospitalàries, juntes facultatives formades pels caps de servei o bé persones in-

dividuals com són els directors mèdics o alguns caps de servei concrets. Cal destacar que totes les organitzacions sanitàries que han respost l'enquesta han fet constar que compten amb algun òrgan decisor sobre aquest aspecte.

Els mecanismes que se segueixen per tal d'aprovar les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques són diversos i dos terços de les organitzacions sanitàries disposa d'un mecanisme formal establert, mentre que el terç restant no disposa de cap procediment formal. En tot cas, aquests procediments es veuen necessaris i s'està treballant per tal d'establir-los.

Els criteris que se segueixen per aprovar aquestes eines d'ajut són diversos, però els que més s'esmenten solen ser els criteris tècnics (un 82% de les organitzacions sanitàries afirmen que sempre tenen aquest aspecte en compte). Cal destacar que els criteris territorials són tinguts en compte sempre o sovint en un 67% dels casos, i l'alineament amb les polítiques de farmàcia en un 80% dels casos. Per con-

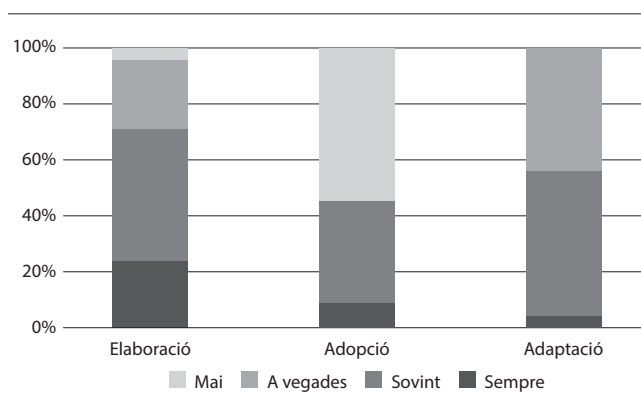


FIGURA 1. Percentatges de freqüència d'organitzacions sanitàries que elaboren de novo, adopten o bé adapten les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques davant la necessitat d'una nova eina (n = 106)

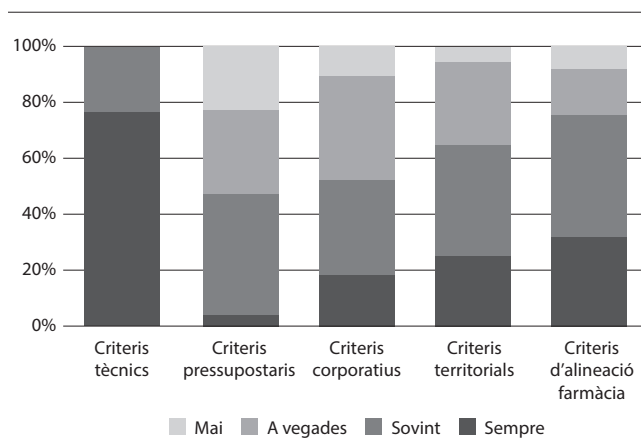


FIGURA 2. Percentatges de freqüència dels diferents criteris que les organitzacions sanitàries consideren a l'hora d'aprovar les eines d'ajut a la presa de decisions (n = 106)

tra, els criteris pressupostaris són tinguts poc en compte (Figura 2). Val a dir que hi ha altres criteris que de manera més aïllada també s'han informat com a importants a l'hora d'aprovar les eines d'ajut a la presa de decisions. És el cas dels criteris de qualitat assistencial i de millora dels indicadors de resultat.

### Actualització d'eines d'ajut a la presa de decisions clíniques

Pel que fa a l'actualització de les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques, els resultats són molt similars quant a l'existència, o no, de procediment formal. Un 64% de les organitzacions sanitàries segueixen procediments establerts basats en criteris molt clars. Algunes de les organitzacions que no utilitzen procediments formals específics fan constar que l'actualització es va fer per inèrcia i per necessitat, de forma menys estructurada. El criteri que més se segueix a l'hora d'actualitzar les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques és la pròpia vigència de l'eina (Figura 3). Aquest criteri és considerat per la gran majoria d'organitzacions sanitàries sempre o bé sovint (93%). Les alertes de farmacovigilància també són tingudes força en compte (78% sempre o sovint), així com l'aparició de noves tècniques diagnòstiques o noves línies terapèutiques (82% sempre o sovint). El fet de no seguir cap criteri específic per actualitzar les eines no és una estratègia considerada gairebé per cap organització sanitària. Finalment, val a dir que hi ha altres criteris que també són tinguts en compte de forma més aïllada, com són les auditories internes periòdiques, l'aparició de nova evidència rellevant, els propis canvis organitzatius dins de la institució o en el territori en què s'ubica, o bé s'aprofita el procés d'acreditació del centre per a formalitzar les eines, atès que hi sol haver una asincronia entre l'actualització de la pràctica clínica *de facto* i la formalització documental pròpiament dita de l'actualització, que sovint queda endarrerida.

### Implementació i ús de les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques

Les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques es troben ubicades en registres corporatius accessibles via web en 66 organitzacions sanitàries, dada que suposa el 62%. La resta d'organitzacions sanitàries han fet constar altres ubicacions, entre les que cal destacar: estacions clíniques de treball dels professionals (eCAP), format paper a les biblioteques corresponents, intranets locals, bases de dades pròpies, arxius tècnics. En alguns casos s'esmenta que paral·lelament es fa difusió de les eines via e-mail enviant-ho a les persones directament implicades en el seu ús. Val a dir que en varis casos s'ha fet constar que hi ha diverses eines i plataformes digitals que s'estan actualitzant i implementant per tal que la ubicació de les diferents guies, protocols i procediments sigui més accessible per als professionals.

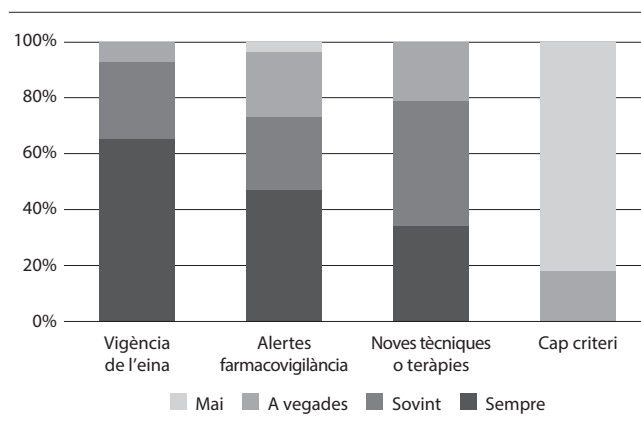


FIGURA 3. Percentatges de freqüència dels diferents criteris que les organitzacions sanitàries consideren a l'hora de decidir actualitzar les eines d'ajut a la presa de decisions (n = 106)

El procés d'implementació és una etapa clau per al coneixement i ús de l'evidència que es recull en les diferents eines d'ajut a la presa de decisions clíniques. Un total de 64 organitzacions sanitàries disposen d'un procés formal d'implementació de les diferents eines d'ajut a la presa de decisions clíniques, mentre que els altres 42 no empen processos formals d'implementació. Això no vol dir que no donin importància a la implementació com a tal; en la majoria de casos, el procés d'implementació es va adaptant a l'eina i al moment en què es duu a terme. Es considera un procés d'alta complexitat i difícil acompliment. Es fa constar la necessitat de definir indicadors objectius i clars per poder fer una avaluació de la implementació, aspecte que es considera clau.

Pel que fa a les diferents eines i instruments d'implementació que utilitzen les diverses organitzacions sanitàries, cal destacar els algorismes i les sessions formatives didàctiques passives com les estratègies més emprades, seguides de les sessions formatives interactives i la difusió dels materials educatius. Les auditories i els recordatoris en paper també són força emprats, ja que al voltant d'un 50% de les organitzacions sanitàries han esmentat que ho empen sempre o sovint. Per contra, tant els incentius econòmics com els diferents materials complementaris com ara les versions de butxaca o les aplicacions per a dispositius mòbils són recursos molt menys utilitzats i un terç de les organitzacions sanitàries considera que no ho empra mai. Cal remarcar que les estratègies que s'utilitzen solen ser multipalanca i diferents segons quina sigui l'eina que es vol implementar i els usuaris a qui va destinada (Figura 4).

### Conclusions

A partir dels resultats d'aquest estudi podem concloure que hi ha un elevat percentatge d'organitzacions sanitàries que desenvolupen eines d'elaboració *de novo* sovint o sempre.

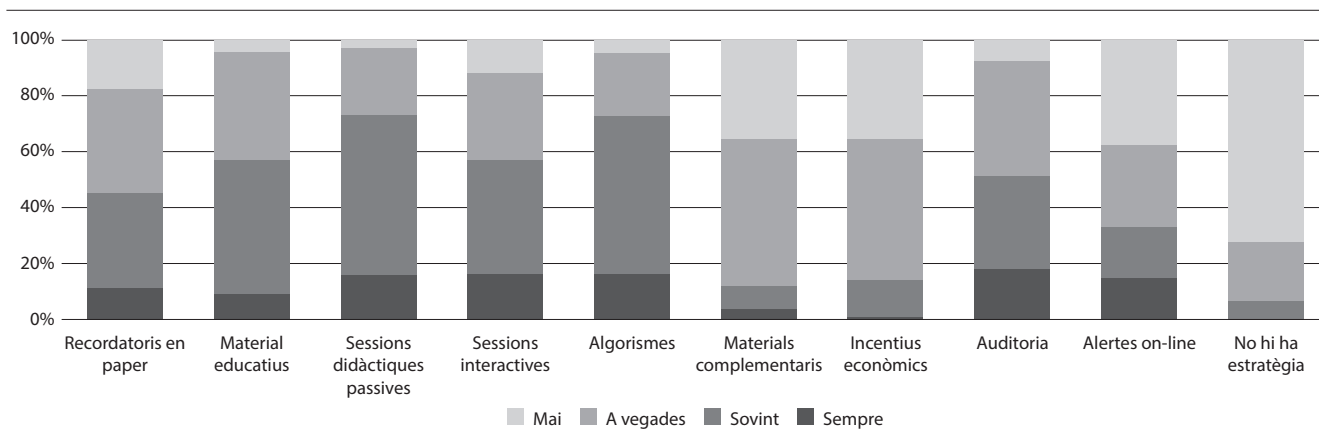


FIGURA 4. Percentatges de freqüència d'ús de les diferents estratègies d'implementació de les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques (n = 106)

Tenint en compte l'elevat consum de recursos que suposa l'elaboració, especialment de GPC, tant en temps com en recursos humans, potser caldria plantejar-se altres estratègies més eficients com l'elaboració de forma coordinada o bé adaptar més sovint elements de qualitat elaborats en d'altres contextos, fet que potser comportaria millorar i ampliar la formació dels professionals, de manera que s'optimitzi el temps i la qualitat final de les eines adaptades. Per altra banda, sembla important esmerçar esforços en formalitzar processos d'actualització de les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques, ja que hi ha un terç de les organitzacions sanitàries que no tenen cap procediment establert.

Per altra banda queda clar que hi ha una "formalització institucional" majoritària a l'hora d'aprovar les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques, dins d'una organització sanitària i sembla que aquesta segueix en la meitat dels casos un procés professionalitzat. Això pot ser rellevant de cara a futures estratègies de coordinació suprainsitucional, atès que ja hi ha unes estructures internes que poden afavorir aquesta coordinació, comunicació i treball conjunt, i d'altra banda permet assegurar uns estàndards de qualitat de les eines aprovades, tenir un control/seguiment del que s'està aplicant i, sobretot, detectar necessitats.

Referent als criteris que predominen per aprovar les eines, val la pena destacar que els criteris pressupostaris són dels que s'apliquen menys i cal fer èmfasi en el fet que aquests potser haurien de formar part cada vegada més d'aquesta decisió ja que per determinar allò que pot afegir valor a la pràctica clínica habitual s'han de sospesar els resultats (beneficis) obtinguts en relació als costos de l'assistència (que determinarà l'impacte pressupostari). A partir d'aquí caldria valorar la importància d'incorporar els aspectes de costos i de consum de recursos en la formulació de les recomanacions adreçades a la pràctica clínica.

Un aspecte a destacar és el fet que en la majoria de casos les eines que es van elaborant i emprant es troben disponibles de forma electrònica i solen ser de fàcil accés en repo-

sitoris o registres de les pròpies organitzacions sanitàries. Un aspecte que caldria optimitzar seria definir estratègies internes de les organitzacions sanitàries per tal que les GPC elaborades *de novo* quedin registrades en repositoris del nostre entorn. En aquest sentit, cara a tenir utilitat a nivell de Catalunya, seria interessant desenvolupar un repositori o registre per saber quines eines existeixen en el territori i es faciliti que les diferents eines puguin ser compartides i alhora avaluades per consemblants (*peer-review*).

En el camp de la implementació, tot i que es reconeix la necessitat d'aplicar estratègies multipalanca, no es fa esment a estratègies específiques per avaluar l'impacte de la implementació d'aquestes eines. Sovint en parlar d'implementació, es parla només de disseminació i difusió dels materials. Són molts els aspectes que cal optimitzar per tal d'impulsar el procés d'implementació de les GPC/APBE, de manera que permetin la introducció sistemàtica de les recomanacions que formulen. A banda, val a dir que el fet d'implementar una GPC/APBE no implica necessàriament implementar totes i cadascuna de les seves recomanacions. Pot donar-se el cas que els recursos disponibles o bé les característiques del context on es vol implementar una GPC/APBE concreta, puguin impedir o desafavorir que certes recomanacions s'implementin o bé que calgui una certa adaptació a nivell local. Sembla clar que, per tal de dur a terme la implementació, cal un procés previ de prioritització i selecció de les recomanacions a implementar.

Seria molt important poder analitzar fins a quin punt l'ús de les GPC o APBE tenen un impacte sobre els indicadors de procés o sobre els indicadors que determinen una millor pràctica clínica. L'objectiu últim de desenvolupar i emprar GPC o APBE és homogeneïtzar i optimitzar els processos i protocols assistencials. En conseqüència, caldria incorporar el procés d'avaluació de la implementació de les GPC des del principi del seu desenvolupament, de manera que aquesta avaluació es considerés com un pas més en el procés d'elaboració.

Per acabar, cal remarcar el fet que gràcies a aquest estudi es pot tenir una idea més acurada de quina és la situació actual de les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques a les organitzacions sanitàries catalanes. No es coneixen anàlisis similars en d'altres contextos estatals o internacionals, que ens permetin situar-nos en termes relatius respecte a d'altres realitats. Tot i això, sembla clar que hi ha un ús destacable de les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques basades en l'evidència, tot i que aquest ús és força heterogeni i probablement comporta duplicitat d'esforços, aspecte que seria convenient unificar i compartir per tal d'homogeneitzar i fer més eficient la pràctica clínica en les diferents organitzacions catalanes.

### Limitacions de l'estudi

L'enquesta realitzada en aquest estudi presenta unes limitacions que és important constatar. Tot i que la taxa de resposta és prou elevada (82%), val a dir que la mostra emprada presenta algunes particularitats que cal especificar. Com ja s'ha esmentat prèviament, s'han considerat com una sola unitat d'anàlisi totes aquelles línies de serveis englobats en una organització sanitària i que, en alguns casos, engloba un nombre molt considerable d'equips i centres i, per tant, professionals. És el cas dels centres d'atenció primària de l'ICS, que s'han considerat com una sola unitat d'anàlisi, i d'altres molts casos. Aquest fet fa que, tot i el volum important de centres individuals que hi ha al sistema sanitari de titularitat pública de Catalunya, la mostra sigui només de 130 unitats d'anàlisi, algunes d'elles de grandària molt superior a la resta.

Un altre aspecte important és que en fer l'enquesta no s'han proporcionat definicions específiques de cadascun dels conceptes pels quals es demanava informació, i això podria haver introduït un cert biaix, atès que hi ha conceptes que segons el context es poden interpretar de manera molt diversa.

**Agraïments:** Per una banda, volem agrair a totes les organitzacions que han emplenat l'enquesta el temps que hi han dedicat i el fet de facilitar-nos les dades que han permès analitzar quina és la situació sobre les eines d'ajut a la presa de decisions clíniques al context del sistema sanitari català. Per l'altra, volem agrair a ICS, UCH i CSSC per la seva col·laboració en l'estudi. Finalment, volem agrair a aquestes patronals d'entitats proveïdores, conjuntament amb el Centre Cochrane Iberoamericà, la seva col·laboració en el disseny de l'enquesta.

**Declaracions d'interès:** cap.

### REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Laine C, Taichman DB, Mulrow C. Trustworthy clinical guidelines. *Ann Intern Med.* 2011;154:774-5.
2. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *Am J Public Health.* 1999;89:1323-7.
3. 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-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-02.
4. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012 [consultat 14 Feb 2014]. Disponible a: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut\\_vfinal.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf)