

VARIABILITAT A LA PRÀCTICA CLÍNICA

Dr. Jordi Esquirol Causa^{1,7,8}, Dr. Josep Sánchez Aldeguer^{2,7,9}, Dr. Ishar Dalmau i Santamaria^{3,7,10},
Sra. Vanessa Bayo Tallón^{4,5,6,7}, Sra. Maider Sánchez Padilla^{4,5,7}

¹ Doctor en Medicina Interna ² Doctor en Medicina ³ Doctor en Medicina i Cirurgia ⁴ Fisioterapeuta ⁵ Màster en Osteopatia ⁶ Màster en Investigació Translacional en Fisioteràpia ⁷ Servei Universitari de Recerca en Fisioteràpia. Escoles Universitàries Gimbernat (adscrites a la Universitat Autònoma de Barcelona) ⁸ Centre Mèdic Teknon. Barcelona ⁹ Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona ¹⁰ Dept. de Medicina, Grau de Fisioteràpia. Universitat Autònoma de Barcelona

Contacte (primer autor): Dr. Jordi Esquirol Causa. Tel.: 93.589.37.27 jordi.esquirol@eug.es

Agraïm la col·laboració i l'impuls d'aquest projecte al Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya.

RESUM

La Variabilitat a la Pràctica Clínica implica que davant problemes similars de salut s'utilitzin diferents recursos sanitaris, suposant que davant un mateix pacient els professionals prescriuin diferents recursos assistencials (abordatges preventius, diagnòstics o tractaments), originant greu manca d'equitat i malbaratament de recursos sanitaris (per excés o per defecte) i un dèficit en salut dels resultats assistencials.

La Variabilitat a la Pràctica Clínica s'ha observat en tots els serveis sanitaris i disciplines, observant que un mateix pacient rebrà diferents abordatges diagnòstics i terapèutics depenent de quin professional l'atengui, sense que aquest fet sigui produït per la pròpia decisió

informada del pacient després d'un procés de deliberació clínica i decisió clínica compartida en l'entorn de l'atenció centrada en el pacient (variabilitat desitjable). Les patologies amb gran consens científic presenten molt poca variabilitat, mentre que aquelles patologies en què l'evidència científica és insuficient presenten gran variabilitat.

La variabilitat indesitjable i la variabilitat inexplicable únicament poden reduir-se amb l'augment del coneixement científic, la seva difusió i el seu ús per part de tots els professionals sanitaris en cada cas concret, a partir de la formació continuada i l'elaboració de guies de pràctica clínica.

PARAULES CLAU: Avaluació de Programes i Projectes de Salut.
Guies de pràctica clínica. Atenció centrada en el pacient.

EL PROBLEMA DE LA VARIABILITAT

L'exercici de totes les ciències de la salut és alhora un art i una ciència: l'art aporta una alta variabilitat, ja que cada professional fa allò que li sembla millor a partir de la seva experiència, les seves habilitats i coneixements; la ciència aporta coneixement i evidències de què és més probablement el més adequat en cada cas concret, per tant tendeix a disminuir la variabilitat dins la lògica incertesa inherent a les ciències biològiques.

La Variabilitat a la Pràctica Clínica (VPC) es defineix com les "variacions sistemàtiques, no aleatòries, en les taxes ajustades d'un procediment clínic a un determinat nivell d'agregació de la població", implicant que davant problemes similars de salut s'observen diferents utilitzacions dels serveis sanitaris; bàsicament, suposa que davant un mateix pacient els professionals prescriuïn diferents recursos, diagnòstics o terapèutics. La VPC s'ha observat a tots els serveis de salut i a totes les professions sanitàries i implica que la utilització dels serveis de salut no ve determinada per la necessitat dels pacients o els determinants clínics.

Històricament, el primer en estudiar aquest concepte fou William A. Guy, que el 1856 detectà gran disparitat en les taxes d'hospitalització entre diferents parròquies de Londres. Posteriorment, l'any 1938 J. Allison Glover demostrà que segons el districte escolar, l'amigdalectomia en nens als 12 anys variava entre menys d'un 10% i més del 50%, observant com a causa de l'alta variabilitat que entre els metges no hi havia uniformitat de criteri sobre les indicacions i beneficis de la intervenció, introduint que la VPC és producte de la manca de coneixement científic. Als anys 1960 s'analitzà que els coneixements aconseguits per les grans inversions en biomedicina no es distribuïen equitativament entre els usuaris. Wennberg, als anys 1970, va concloure que "en atenció sanitària, la geografia determina el destí": existeixen grans diferències entre àrees i regions quant a la disponibilitat de recursos sanitaris, la seva utilització i els seus efectes i resultats, implicant que a un mateix pacient se li proposen mètodes diagnòstics o de tractament diferents, segons el servei de salut que l'atengui, tant en ingressos i estades hospitalàries, ús de procediments diagnòstics i de tècniques terapèutiques entre professionals diferents, en àrees o regions diferents i en tots els sistemes sanitaris.

Individualment, la VPC implica que l'atenció sanitària per a un mateix pacient sovint *no depèn* de l'estat del propi pacient, sinó del lloc on serà atès: un mateix pacient rebrà diferents abordatges diagnòstics i terapèutics depenent de quin professional l'atengui. Però dos tractaments no poden donar idèntics resultats terapèutics en el mateix temps, al mateix preu i amb el mateix esforç humà, així que alguns dels pacients no reben el tractament més correcte.

Per causa de la VPC, dos pacients o dues poblacions similars reben serveis de salut diferents: aquells que

més serveis utilitzen són els que més els necessiten? Són els que millors resultats obtenen? L'anàlisi de resultats demostra que no és així, sinó que la VPC implica una mala qualitat de l'atenció sanitària i un ús inadequat dels recursos (per sobreutilització o per infrautilització): es considera la baixa VPC com un factor determinant en la correcta utilització dels recursos humans i econòmics dels sistemes sanitaris, ja sigui per excés (malbaratament) o per defecte (manca d'equitat).

Segons observà Wennberg, la utilització de serveis de salut està directament relacionada amb *l'estil de pràctica professional*, acceptat com inherent i propi de les professions sanitàries de mitjans del segle XX però considerat obsolet actualment, en què es concep que cada pacient té dret a rebre "el millor" tractament conegut possible per al seu cas, prescindint del professional que l'atengui: no és acceptable el "*cada maestrillo tiene su librillo*", igualment que no és acceptable l'exercici d'un professional sanitari que no actualitzi els seus coneixements; tots els pacients tenen dret a rebre el millor tractament conegut per al seu cas i tots els professionals sanitaris haurien d'estar d'acord amb quin ha de ser l'abordatge concret per a cada pacient, ja que només un dels possibles abordatges és capaç de donar els millors resultats per a cada cas, en el menor temps possible, amb el menor sofriment i al millor preu. Bàsicament, tots els pacients han de ser atesos per professionals amb el "*librillo*" correcte.

CAUSES DE VARIABILITAT

La VPC ve determinada per quatre grans grups de causes (veure Taula 1): per la inexactitud de les dades o del tractament, per factors de la població lligats a la demanda, per factors del propi sistema sanitari lligats a l'oferta i per factors del proveïdor directe. S'ha observat que la VPC no es produeix principalment per diferències en la morbiditat de les poblacions, sinó per la incertesa en les indicacions dels procediments: les patologies amb gran consens científic tenen molta menys variabilitat, mentre que la VPC apareix deguda a la ignorància dels professionals i de la ciència en patologies sense tant consens científic: diferències en l'"estil de pràctica professional" es donen quan hi ha incertesa i poc consens en la comunitat científica sobre els resultats de les diferents alternatives terapèutiques per a un mateix problema de salut (en aquests casos l'actuació sanitària ve modulada per l'oferta de serveis disponibles amb la combinació d'oferta de recursos, preferències personals dels professionals sanitaris i utilització de serveis). Tots els factors productors d'incertesa, sumats a l'oferta de serveis sanitaris, poden portar a un augment en la VPC (veure Il·lustració 1).

La VPC obre la porta a un malbaratament de recursos: una major utilització pot no implicar major benefici o millora de la qualitat assistencial (sobrediagnòstic, sobretractament, disminució d'efectivitat i eficiència), però una menor utilització tampoc té perquè implicar

una bona qualitat (infradiagnòstic, infratractament, pèrdua d'equitat). En tots els àmbits sanitaris s'observa que a major disponibilitat de recursos, major utilització dels mateixos (lleï de Roemer, "llit instal·lat, llit ocupat"), prescindint de les necessitats "objectives" de les persones.

TIPUS DE VARIABILITAT

Es pot discriminar la VPC en tres tipus diferents:

- **VCP desitjable:** quan la variabilitat es deu a la decisió informada del pacient, d'acord amb el consell del professional sanitari (decisió clínica compartida i atenció centrada en el pacient).¹
- **VCP indesitjable:** quan és producte d'una manca d'equitat en l'accessibilitat dels usuaris a serveis sanitaris de qualitat i eficients; comprèn no únicament defectes en els propis sistemes sanitaris, sinó també la manca de formació o de coneixements dels professionals individuals que no recomanin l'abordatge òptim per al pacient individual.
- **VCP inexplicable no justificada o incomprensible:** quan es deu a diferències inexplicables en les tècniques de diagnòstic i de tractament emprades (ja sigui per excés o per defecte), originant malbaratament de recursos.

La VPC implica alhora una manca d'equitat (diferències en la justa distribució dels recursos) i un excés d'utilització de serveis sanitaris sense la deguda millora en la salut de la població.

DISMINUCIÓ DE LA VARIABILITAT INDESITJABLE I INEXPLICABLE

La presa de decisions en Ciències de la salut es pot realitzar mitjançant un model interpretatiu (basat en l'experiència subjectiva personal i en idees preconcebudes) o a través d'un model científic (basat en dades de l'evidència científica obtingudes per la investigació estructurada i analítica, encara que aquesta no sempre és tan sàvia i exacte com caldria esperar); ambdós models haurien de ser complementaris en la pràctica clínica diària. La presa de decisions clíniques sempre es realitza en condicions d'incertesa (veure Il·lustració 2), ja que l'acte sanitari és un acte d'interpretació i, com a tal, sempre hi ha un punt de fal·libilitat.

La VPC implica que no sempre s'ofereix la millor qualitat científica possible a cada persona atesa: es poden

practicar de manera perfectament eficient procediments amb nul·la efectivitat clínica, o aplicar inadecuadament procediments amb bona efectivitat teòrica. És imprescindible millorar la qualitat científica de la pràctica sanitària.

Per aconseguir una adequada utilització dels recursos i maximitzar els resultats de les intervencions, cal conèixer el marge correcte d'utilització (aconseguir els millors resultats de les intervencions, amb el menor risc d'efectes secundaris): la relació correcta entre beneficis, riscos i ús de recursos ha de ser avaluada i coneguda per tots els professionals.²

Les variabilitats indesitjables i inexplicables poden ser reduïdes mitjançant la posada en valor de la pràctica clínica dotant als professionals sanitaris de mecanismes capaços de millorar la presa de decisions en cada pacient concret: cal aplicar el coneixement científic a cada pacient individual.³ Per tant, la Ciència ha d'acordar què és "el millor" per a cada patologia i per a cada pacient i que aquest coneixement sigui distribuït entre els professionals sanitaris (formació continuada) i resumit en guies de pràctica clínica contemplant la variabilitat desitjable (originada per la decisió informada del pacient a partir del procés de decisió clínica compartida amb el professional sanitari en l'entorn de l'Atenció Centrada en el Pacient),¹ ja que si els científics no es posen d'acord en què és el millor per als pacients, algú altre ho decidirà i la seva motivació fonamental no serà el màxim benestar de les persones ateses. Per tant, és necessari millorar la pràctica sanitària a través de:

- investigar per augmentar el coneixement científic (investigació de resultats),
- difondre els resultats de les investigacions i resumir-los en guies de pràctica clínica,
- acceptar que, en absència de coneixements fermes, l'exercici es fonamenta en la incertesa,
- reconèixer que per a cada tractament hi ha diferents resultats possibles (clínic, en qualitat de vida o en costos) i només podem predir la probabilitat de la seva aparició, i
- admetre que finalment la persona atesa és qui ha de decidir el tractament a seguir (Principi d'Autonomia de les Persones),² en una decisió clínica compartida (Atenció Centrada en el Pacient).¹

¹ El proper article d'aquesta sèrie anirà dedicat íntegrament a l'Atenció Centrada en el Pacient i a la presa compartida de decisions clíniques.

² Veure l'article titulat "Bioètica i requeriments bioètics per a la investigació" d'aquesta sèrie.

³ Veure l'article d'aquesta sèrie titulat "Fisioteràpia Basada en l'Evidència i translacionalitat".

TAULES, GRÀFICS I FIGURES

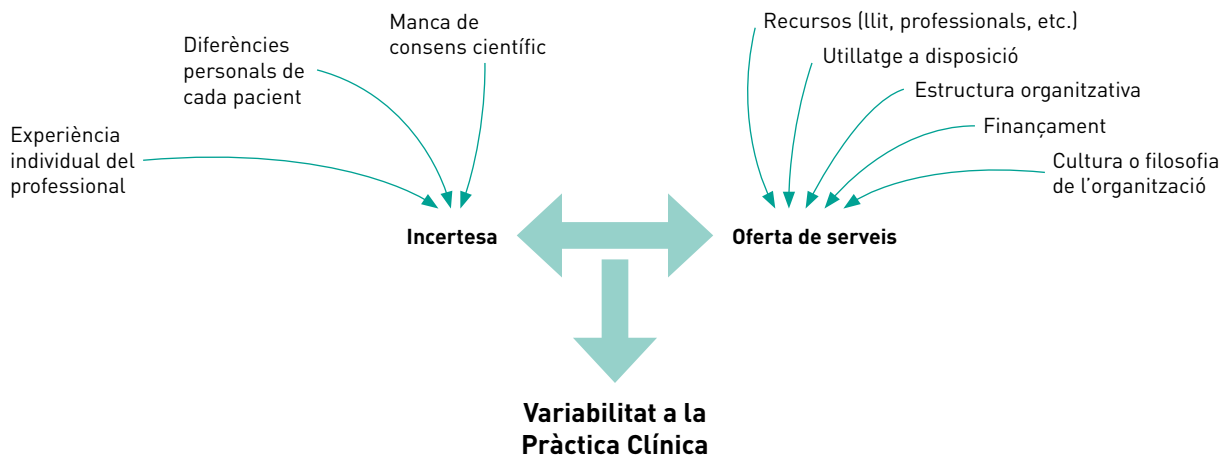
Taula 1

Principals factors que expliquen la Variabilitat a la Pràctica Clínica (VPC).

Inexactitud en les dades o en el tractament: <ul style="list-style-type: none">- Errors o omissions en les bases de dades- Problemes de codificació- Problemes del denominador- Variacions aleatòries: anuals, àrea d'estudi, etc.
Factors de la població (lligats a la demanda) <ul style="list-style-type: none">- Factors demogràfics (edat, sexe)- Característiques sociodemogràfiques- Diferències en morbiditat- Expectatives o demandes de les persones ateses- Costums amb més prevalença- Oferta de recursos
Factors del sistema sanitari (lligats a l'oferta) <ul style="list-style-type: none">- Sistema de finançament i de pagament- Organització de serveis- Cobertura i accessibilitat- Incertesa
Factors del proveïdor directe o professional sanitari (lligats a l'oferta) <ul style="list-style-type: none">- Ignorància, per manca d'actualització o manca d'evidència científica

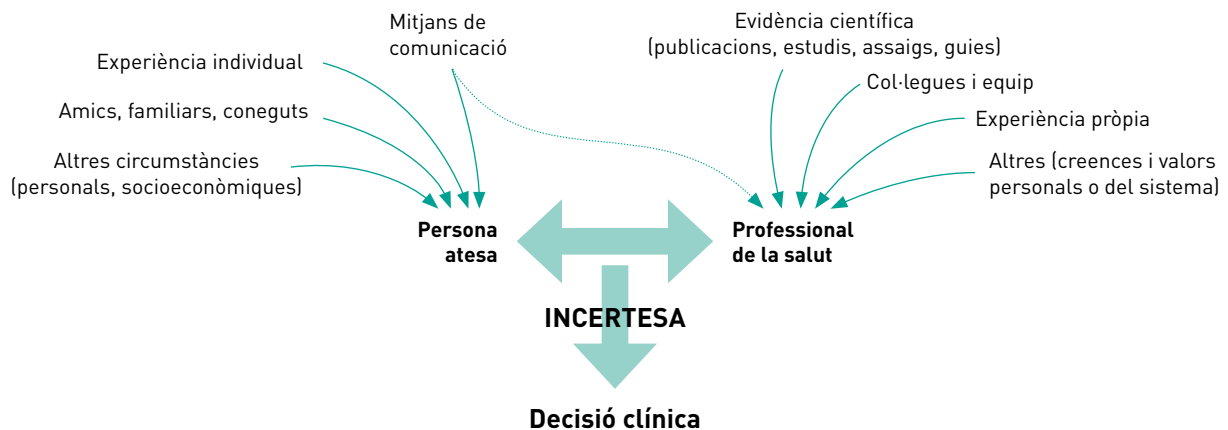
Il·lustració 1

Factors externs d'augment de la Variabilitat a la Pràctica Clínica.



Il·lustració 2

Principals factors que influeixen en els processos de decisió clínica.



BIBLIOGRAFIA I INFORMACIÓ ADDICIONAL

1. Esquirol Causa J, Herrero Vila E, Sánchez Aldeguer J. Metodologia i estadística per a professionals de la salut. (Trivium 5) I- Conceptes bàsics de Metodologia científica. Bellaterra (Barcelona): Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
2. Fritz J, Flynn TW. Autonomy in physical therapy: less is more. J Orthop Sports Phys Ther. 2005 Nov;35(11):696-8.
3. Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. Proc Royal Society Med 1938; 31:1219-1236.
4. Kennedy PJ, Leathley CM, Hughes CF. Clinical practice variation. Med J Aust. 2010 Oct 18;193(8 Suppl):S97-9.
5. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc). 1998; 110: 382-90.
6. Mesaroli G, Bourgeois AM, McCurry E, Condren A, Petropanagos P, Fraser M, Nixon SA. Enhanced Patient-Centred Care: Physiotherapists' Perspectives on the Impact of International Clinical Internships on Canadian Practice. Physiother Can. 2015 Fall;67(4):385-92.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia 10: mejorar la práctica clínica. Excelencia clínica. Plan Nacional de Calidad. Disponible a: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec_pnc05.htm [consultat el 05/06/2017].
8. Salinas M, López-Garrigós M, Díaz J, Ortuño M, Yago M, Laíz B, et al. Regional variations in test requiring patterns of general practitioners in Spain. Ups J Med Sci. 2011 Nov;116(4):247-51.
9. Salinas M, López-Garrigós M, Tormo C, Uris J. Primary care use of laboratory tests in Spain: measurement through appropriateness indicators. Clin Lab. 2014;60(3):483-90.
10. Thomas E, Lowe R, Kistmacher S, Buxton S, Khadi SA. Clinical Guidelines. Physiopedia. Disponible a: http://www.physio-pedia.com/Clinical_Guidelines [consultat el 05/06/2017].