

INFORME

**Análisis del cuestionario sobre
“*IMPLANTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:
INSTRUMENTOS, RECURSOS Y REDES*”
PROYECTO GUIASALUD**

Informe actualizado, junio 2003

INDICE

Presentación y objetivos	3
Resultados	8
Conclusiones e implicaciones prácticas	25
Anexo 1	28
Anexo 2	31
Anexo 3	33
Anexo 4	40
Anexo 5	48

PRESENTACION Y OBJETIVOS

La adopción local de Guías de Práctica Clínica (GPC) implica gestionar un cambio cultural, organizacional y profesional que permita aumentar los conocimientos de los facultativos, que estos comprendan los beneficios educativos aportados por la GPC, que interioricen que las recomendaciones de la GPC mejoran los cuidados y que cambien comportamientos, de modo que la práctica clínica tenga en cuenta las recomendaciones de las guías, mejorando la calidad de la atención, los resultados de salud y la satisfacción de los pacientes.

Las principales barreras para la adopción de GPC tienen relación con los facultativos, con la prestación de servicios y con el contexto organizativo.

- ✓ Las **barreras relacionadas con los propios clínicos** incluyen la falta de conocimientos y habilidades, actitudes (adaptadores tempranos, mayoría y rezagados), presión asistencial y carga de trabajo, falta de tiempo para leer o acceder a la guía, falta de incentivos y miedo al cambio. Una estrategia de implantación puede resultar inefectiva cuando los facultativos conocen la guía, pero no la adoptan porque no creen en las recomendaciones que en ella figuran, entra en conflicto con sus creencias o su práctica habitual, piensan que constituye una interferencia (vulnera la “libertad clínica”) o que está diseñada para reducir costes y no para aumentar la calidad. La ausencia de acreditación o apoyo por parte de sociedades profesionales contribuye también a generar rechazo de los facultativos hacia las GPC.
- ✓ Las **barreras relacionadas con las GPC y la prestación de servicios** incluyen la existencia de GPC no utilizables por su complejidad y/o extensión, guías disponibles en formatos poco “amigables”, guías no aplicables a nivel local (no adaptadas a las condiciones locales de práctica), guías que recomiendan el uso de recursos no disponibles localmente o que no

consideran el contexto social de la prestación de la atención (pacientes, colegas y autoridades sanitarias).

- ✓ Las **barreras relativas al contexto organizativo** incluyen aspectos como la disponibilidad de recursos, el clima laboral, la cultura de trabajo, la percepción de aumento de carga de trabajo por el uso de la GPC, sospechas de inferencias políticas en la práctica médica, etc.

Los problemas de estructura de diversa índole (falta de tiempo y recursos, lagunas de formación e información, no adaptación del conocimiento externo a las características locales de la práctica, inexistencia de directrices políticas transparentes, en definitiva, la ausencia de introducción de elementos motivadores del cambio) parecen estar en el origen de las barreras al desarrollo de las GPC, o en el hecho de que estas permanezcan en el tiempo. En este sentido, parece necesario que –sin descuidar otros aspectos- las administraciones sanitarias intervengan en la gestión y planificación del cambio que supone la implantación de GPC.

En España, parece existir una actividad relativamente importante en cuanto a elaboración de GPC. Sociedades científicas, agencias de evaluación de tecnologías y departamentos de calidad asistencial en las administraciones autonómicas producen GPC (de mayor o menor calidad, basadas en la evidencia o en consensos de expertos), y bastante accesibles. Se intuye también la existencia de un importante volumen de producción de GPC, protocolos y trayectorias clínicas, que provienen de la actividad “no oficial” de grupos de facultativos y centros asistenciales, y que constituyen un potencial reservorio de conocimiento tácito, no evaluado –en términos generales- por desconocido o conocido tan sólo muy localmente.

El **PROYECTO GUIASALUD**, en el que actualmente participan 16 Comunidades Autónomas (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia,

Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco), así como la Fundación SIS, tiene como principal objetivo desarrollar y poner a disposición de las CC.AA. participantes, instrumentos de información, registro, selección, adaptación, implantación y actualización de Guías de Práctica Clínica.

Entre los resultados esperados del **PROYECTO GUIASALUD**, destacan la realización de un diagnóstico cualitativo -análisis de situación en terminología del proyecto- para la valoración de la situación de la elaboración, diseminación, implantación y utilización de GPC en cada CC.AA. por parte de representantes informados de las autoridades sanitarias responsables, y la construcción de un registro nacional de GPC en uso, así como la puesta en marcha de un portal en Internet con recursos de calidad relacionados con las GPC.

Los métodos cualitativos son técnicas de investigación cuyos objetivos son explorar y comprender las actitudes, creencias, motivos y comportamientos de un colectivo con respecto a un fenómeno o proyecto concretos. Son especialmente útiles en proyectos centrados en temas de cambio social, pudiendo proporcionar una comprensión global del contexto sujeto a análisis a partir de la interpretación de la información obtenida. De otro lado, son menos costosos en tiempo y dinero que los análisis cuantitativos y, en contextos como en el que se desarrolla el **PROYECTO GUIASALUD** –con reducida información acerca del estado de situación del fenómeno estudiado: el estado de elaboración, diseminación, implantación y utilización de GPC a nivel de CC.AA.- era deseable obtener información rápida, pero profunda y matizada, con el fin de obtener una visión panorámica y ordenada del fenómeno en estudio y permitir una mejor orientación de posibles estudios -cuantitativos o no- posteriores.

En este informe se presentan los resultados del CUESTIONARIO ESTRUCTURADO que cumplimentaron los coordinadores del **PROYECTO GUIASALUD** de las 16

Comunidades Autónomas participantes, actualizando un informe previo que sólo incluía información de 8 Comunidades¹.

El principal objetivo del estudio es obtener información *cualitativa* acerca de actitudes, percepciones y valoraciones, *desde la perspectiva de los Departamentos de Salud de las Comunidades Autónomas participantes*, sobre la situación actual de la elaboración, diseminación, implantación y utilización de guías de práctica clínica en nuestro entorno. En el **ANEXO 1** se describe el material y método del trabajo. En el **ANEXO 2** se comentan algunas limitaciones del análisis resultados y en el **ANEXO 3** se detallan los resultados por Comunidades Autónomas, y el **ANEXO 4** se comparan los resultados del actual informe respecto al de diciembre de 2000. Finalmente, el **ANEXO 5** recoge la encuesta estructurada utilizada.

Los objetivos concretos del cuestionario eran:

1. Conocer las instituciones y agentes que intervienen en los diferentes procesos de relacionados con las GPC (priorización de temáticas, elaboración, acreditación, actividades de diseminación, de promoción de la implantación, financiación de iniciativas, y evaluación de la calidad o de los procesos de implantación) en las CC.AA.
2. Conocer los ámbitos asistenciales con mayor elaboración de GPC, los métodos utilizados para su elaboración y diseminación, la opinión de los expertos sobre la efectividad de tales métodos, la presencia de programas oficiales de implantación de GPC y la opinión sobre los mismos, así como las actitudes de los entrevistados, respecto a la introducción de incentivos para favorecer la implantación de GPC.

¹Análisis del cuestionario sobre "IMPLANTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: INSTRUMENTOS, RECURSOS Y REDES" Proyecto GUIASALUD. Zaragoza: Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de Aragón y Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2002 (mimeo).

-
3. Conocer actitudes y opiniones sobre beneficios esperables de las GPC, obstáculos a su implantación, ámbitos con mayor utilización y beneficios percibidos por los ciudadanos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra el número de Comunidades Autónomas (n=16) en las que los diferentes agentes realizan diferentes procesos relacionados con las GPC. Los servicios regionales de Salud y las Direcciones Generales de las Consejerías priorizan temáticas de desarrollo de GPC en 10 CC.AA., los Departamentos de Calidad en 5 y las Agencias de Evaluación de Tecnologías Médicas en 4 CC.AA. Las diversas sociedades científicas también están implicadas en la priorización de GPC, aun con diferente presencia en las diferentes Comunidades, al igual que algunos Hospitales y centros asistenciales. Las fundaciones y entidades no lucrativas, mutuas aseguradoras y la industria farmacéutica también desarrollan actividades de priorización en algunas CC.AA.

La elaboración de GPC, la actividad mas difundida junto con la de diseminación, es desarrollada fundamentalmente por las Sociedades Científicas, Departamentos de Sanidad, Hospitales/Centros de Primaria y la industria farmacéutica, mientras que la acreditación de GPC es una actividad limitada –con mínimas excepciones- a la Sociedades Científicas.

Las actividades de diseminación y promoción de la implantación son también lideradas por las sociedades científicas, seguidas por los distintos organismos de los Departamentos de Sanidad. La industria farmacéutica parece jugar un papel importante en este terreno con actividades en una cuarta parte de las Comunidades Autónomas. La financiación de iniciativas respecto a las GPC sigue un patrón similar aun con menor intensidad, excepto de la industria que incrementa su participación en este aspecto hasta 5 CC.AA.

La evaluación de la calidad de las GPC o de sus procesos de implantación, como sucedía con la acreditación, son actividades residuales, limitadas a unos pocos

Departamentos de Salud y algunas sociedades científicas en unas pocas Comunidades Autónomas.

Tabla 1. Número de Comunidades Autónomas en que los diferentes agentes realizan procesos en relación con las guías de práctica.

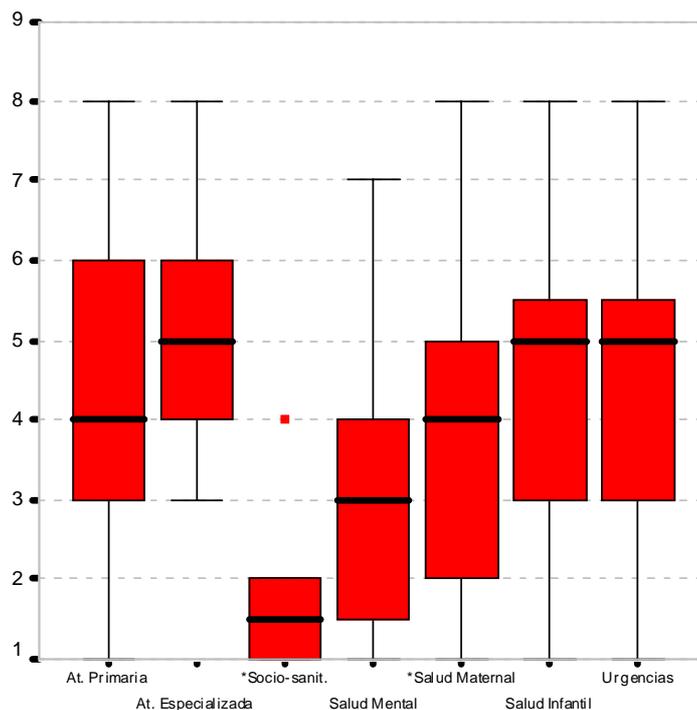
	Prioriza temáticas	Elabora	Acredita	Disemina	Promueve implantac.	Financia	Evalúa calidad	Evalúa implant.
Departamento Sanidad y organismos dependientes								
Servicio Salud	10	5	1	7	9	7	3	3
Dep. Asist. Sanitaria	10	5	0	7	8	4	3	5
Dep. Calidad	5	4	2	6	7	2	4	4
Ag. Evaluac. Tecnol.	4	2	1	1	0	1	2	1
Sociedades Científicas								
Medicina Familia	6	10	1	9	6	5	2	2
Pediatría	5	8	1	8	5	4	1	0
Cirugía General	5	8	2	7	4	3	1	0
Gine-Obstetricia	5	9	2	8	5	4	1	0
Enfermería	1	2	0	12	1	0	0	0
CNE	0	1	1	1	0	1	0	0
Centros Asistenciales								
Hospitales	2	5	1	1	3	1	1	1
Centros Primaria	2	4	0	2	3	0	0	2
061-Emergencias	1	2	0	0	0	0	0	0
Centros Orient. Fam.	1	1	0	0	0	0	0	0
Hospitales privados	0	1	0	0	0	1	0	0
Centros Sociosanitarios	0	1	0	1	1	0	0	1
Cetros de Salud Mental	0	1	0	1	1	0	0	1
Centros de Especialidades	0	1	0	0	0	0	0	0
Otros								
Fundaciones	1	2	0	1	2	2	1	0
Mutuas	2	1	0	1	2	1	0	1
Industria farmacéut.	2	4	0	5	4	5	0	0
Asoc. Pacientes	0	1	0	1	0	0	0	0
TOTAL	62	78	12	79	61	41	19	21

n=15 (1 observación sin datos)

Los entrevistados consideraron que, en conjunto, existe un desarrollo intermedio o moderado de la elaboración de GPC (Medianas [Md] de 4-5 sobre 9) en los ámbitos asistenciales clásicos (atención primaria, especializada, urgencias, pediatría y salud maternal), mientras que la elaboración de GPC sería mínima en los ámbitos de salud

mental y, sobre todo, en la atención socio-sanitaria (Gráfico 1). Respecto a las variaciones entre CC.AA., las valoraciones de los entrevistados sugieren que la elaboración de GPC tendría un desarrollo muy desigual en las diferentes Comunidades Autónomas (las puntuaciones varían desde 1 a 8 en la mayor parte de las áreas), con algunas Comunidades que no elaboran guías en determinadas áreas hasta otras en que existe un gran volumen de elaboración. En el ámbito socio-sanitario el escaso desarrollo de GPC parece ser consistente en la práctica totalidad de las CC.AA.

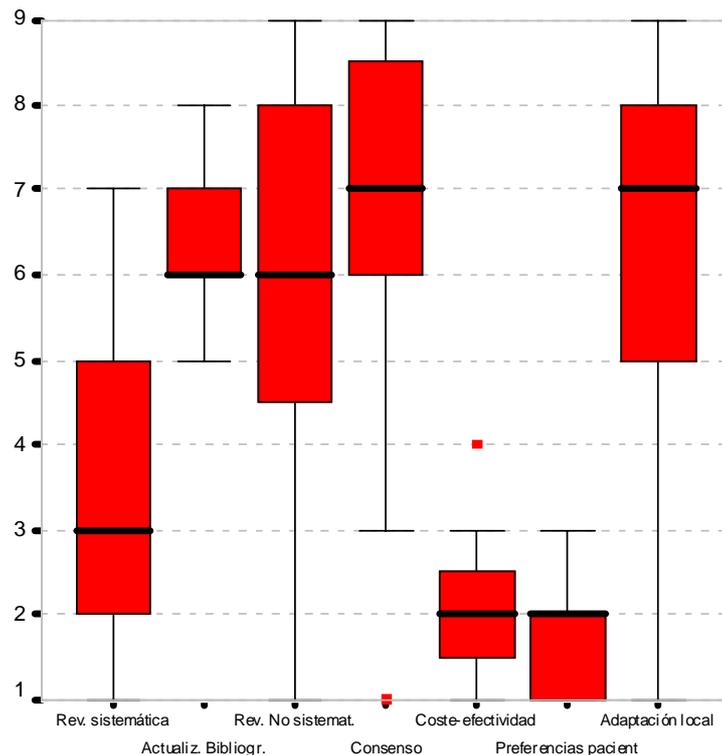
Gráfico 1. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en diferentes ámbitos asistenciales.



n=15; *n=14 (1 caso sin datos); Puntuación desde 1 (no se elaboran) a 9 (gran volumen de elaboración).

Respecto a los métodos utilizados para la elaboración de GPC (Gráfico 2), la actualización bibliográfica, la revisión no sistemática de la literatura, los métodos de consenso entre profesionales, así como la adaptación local de GPC internacionales son los métodos más utilizados ($Md \geq 6$), mientras que la revisión sistemática con/sin meta-análisis, el análisis coste efectividad y las preferencias de los pacientes, apenas se utilizan en la práctica (con excepción de alguna CC.AA.). Uno de los encuestados añadió entre los métodos de elaboración, el traslado directo –sin adaptación- de las GPC internacionales a la práctica local.

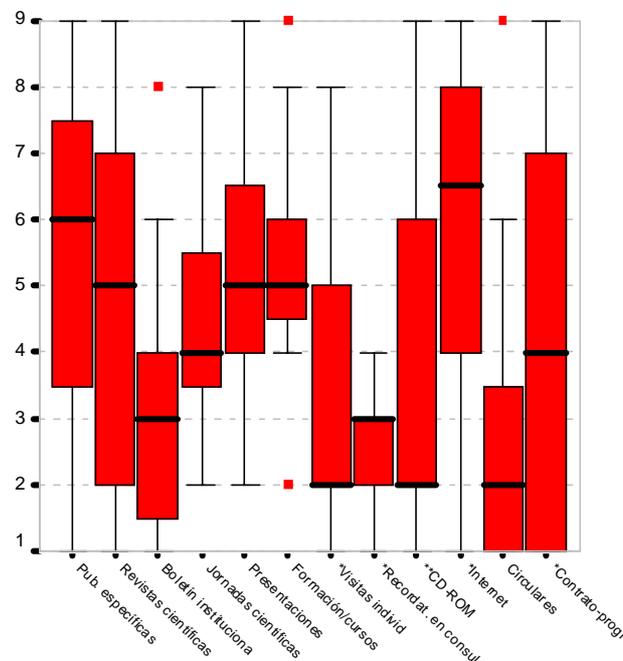
Gráfico 2. Métodos de elaboración de Guías de Práctica Clínica.



n=15; Puntuación desde 1 (no se utilizan) a 9 (amplia utilización).

Respecto a la utilización de los diferentes métodos de diseminación de las GPC (gráfico 3), las publicaciones específicas de guías e *Internet*, seguidas de las revistas científicas, las presentaciones públicas y los cursos de formación son los métodos utilizados con más frecuencia ($Md \geq 5$) seguidos de las jornadas científicas y la inclusión de GPC como anexo a los contratos-programa. Los boletines institucionales, la presentación individualizada en visita médica (*academic detailing*), los recordatorios en consulta, los CD-ROM y las circulares son los menos utilizados. Entre las CC.AA. existe una gran variabilidad en la utilización de diversos métodos (singularmente: publicaciones específicas, revistas científicas, CD-ROM, Internet y contrato-programa). Uno de los entrevistados señaló las sesiones clínicas como método utilizados en sus CC.AA. para la difusión de GPC.

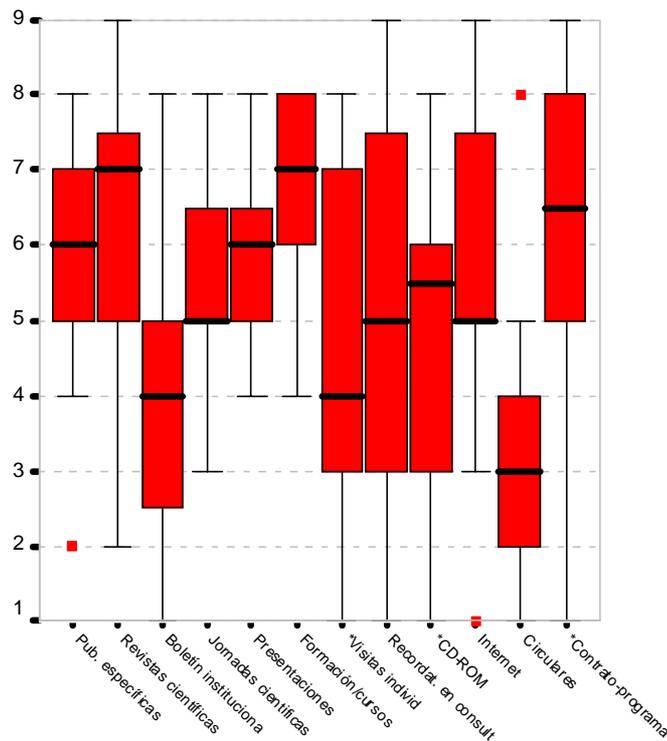
Gráfico 3. Utilización de métodos de diseminación de Guías de Práctica Clínica.



$n=15$; * $n=13$ (1 caso sin datos) - ** $n=12$ (2 casos sin datos); Puntuación desde 1 (no se utilizan) a 9 (amplia utilización).

Respecto a la opinión de los entrevistados sobre la efectividad de los diferentes métodos (Gráfico 4), las publicaciones específicas, las revistas científicas, las presentaciones públicas a los profesionales, las actividades educativas específicas y la inclusión de las GPC en los contratos-programa son bien valorados ($Md \geq 6$), mientras que la publicación en boletines institucionales, la presentación individualizada en visita médica y los circulares mostraba –aun con una amplia disparidad de opiniones- la peor valoración ($Md \leq 4$). Destaca también la controversia sobre las presentaciones individualizadas en visita médica y el uso de recordatorios en consulta que recorren todo el rango de valoraciones.

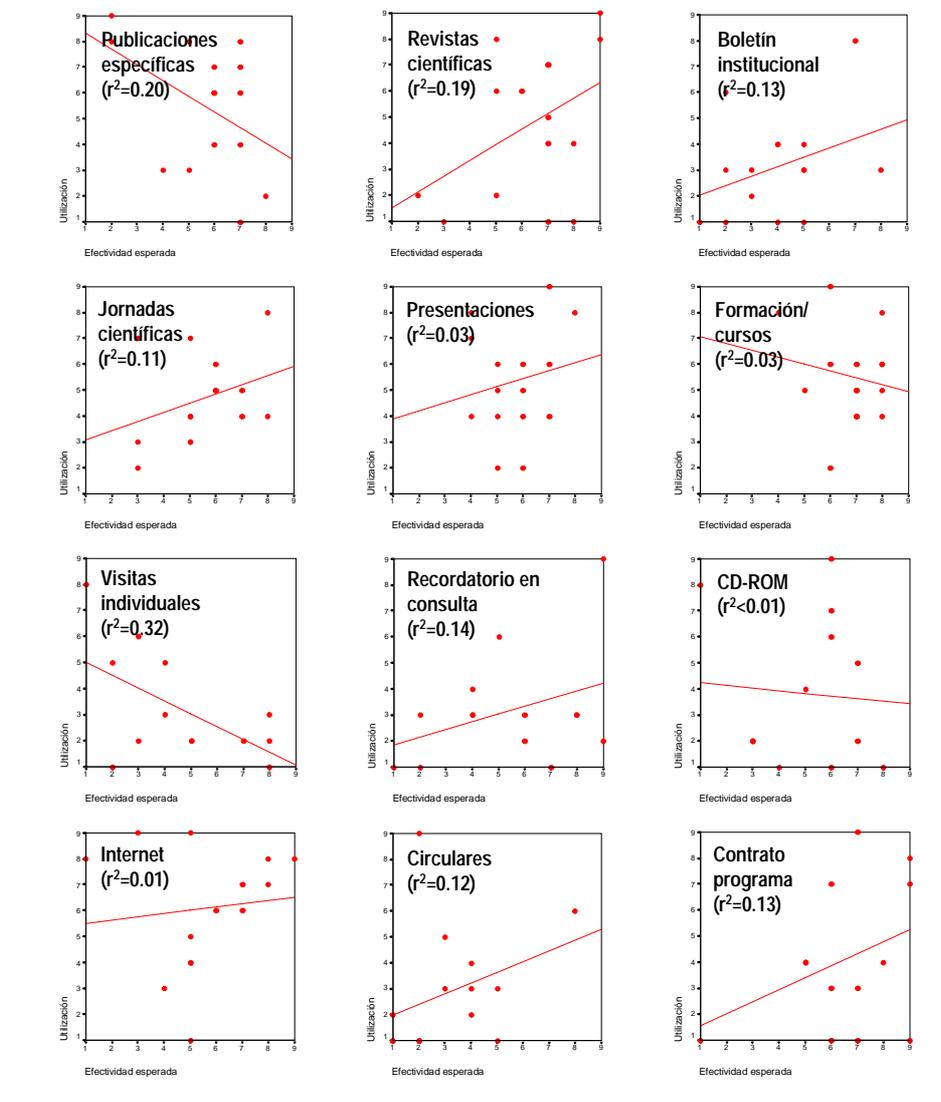
Gráfico 4. Efectividad de los métodos de diseminación de Guías de Práctica Clínica.



*n=15; *n=14 (1 caso sin datos); Puntuación desde 1 (no se utilizan) a 9 (amplia utilización).*

La correlación entre la utilización de los diversos métodos y la opinión sobre la efectividad de los mismos (Gráfico 5) es, en términos generales, nula o pequeña. Para las publicaciones en revistas científicas y boletines institucionales, el recordatorio en consulta médica, la utilización de circulares y la inclusión de la utilización de las GPC en los contratos programas, existe *alguna* correlación –en sentido positivo- entre utilización y opinión sobre efectividad, mientras que para las publicaciones específicas y los contratos-programa la correlación es negativa.

Gráfico 5. Correlaciones entre utilización de los métodos de diseminación y efectividad esperada



Sólo 5 de las 16 Comunidades Autónomas cuentan con mecanismos específicos de financiación o de incentivos diseñados para implantar y utilizar GPC y, en todos ellos, estos mecanismos se contemplan expresamente en los contratos-programa (gráfico 6). En 6 CC.AA. tienen programas específicos de implantación de GPC por parte de los Departamentos de Salud, y en 7 CC.AA (6 de las cuales tienen programas de implantación) se señala la existencia de actividades orientadas explícitamente a la evaluación de la implantación de GPC (gráfico 7).

Gráfico 6. Mecanismos Específicos de financiación o incentivos para las guías de Práctica Clínica.

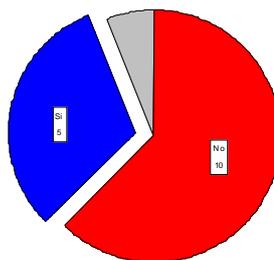
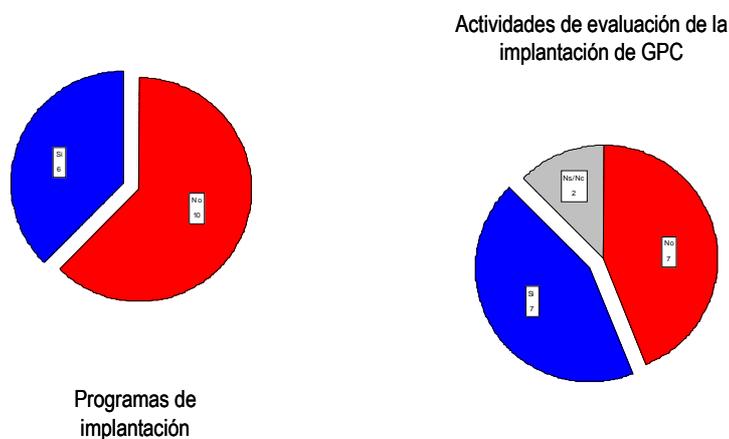
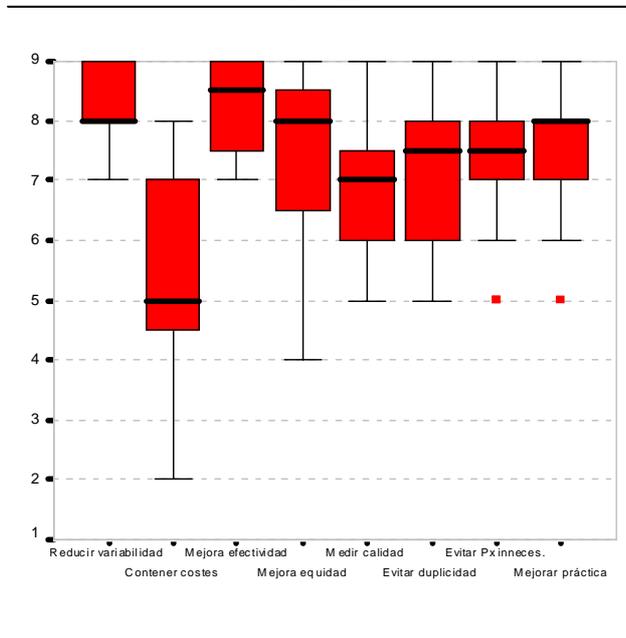


Gráfico 7. Programas de implantación y actividades de evaluación de la implantación.



Los entrevistados otorgaron gran importancia ($Md \geq 7$) a prácticamente todas las razones argumentadas para implantar GPC (gráfico 8), con un gran consenso entre todos ellos, especialmente en los aspectos de reducción de variabilidad y mejora de la efectividad. Cabe exceptuar de esta generalización la posibilidad de contención de costes que –aun con una Mediana de 5- muestra una gran variabilidad en opiniones sobre su importancia (desde 2 a 8). Uno de los expertos valoró también su importancia ante las reclamaciones legales.

Gráfico 8. Razones para implantar Guías de Práctica Clínica.

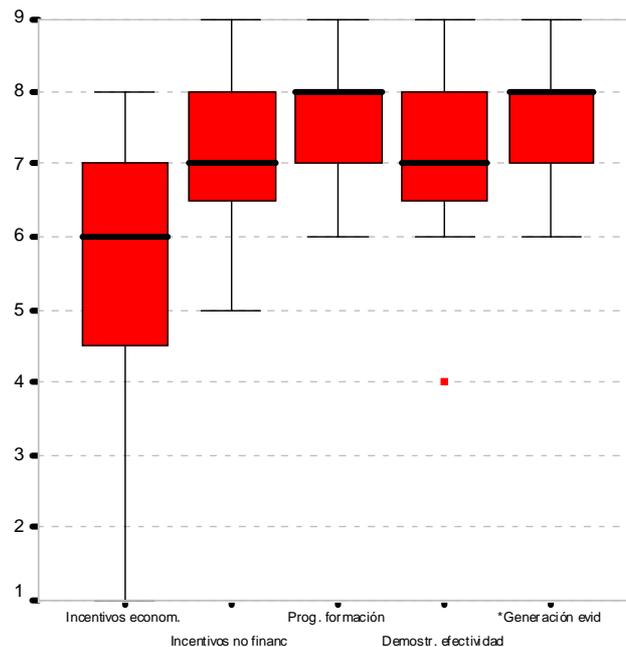


n=16; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

Respecto a la valoración de las estrategias para promover la implantación y utilización de GPC (gráfico 9), los incentivos no financieros a profesionales, los programas de formación específica, la demostración de la efectividad de las GPC y el desarrollo de evidencia generada por los propios profesionales, son bien valoradas por los encuestados ($Md \geq 6$), existiendo un alto grado de consenso sobre estas medidas. El uso de incentivos económicos, por el contrario, y pese a que la mediana se sitúa en un valor intermedio-alto, es objeto de discrepancia, con puntuaciones distribuidas por todo el espectro de valoraciones (desde 1 a 8). Hay que señalar que

dos de los expertos otorgaron gran importancia a la presentación individualizada en la visita médica, y uno de ellos a la “defensa” de las GPC por clínicos líderes de opinión en sus respectivas áreas.

Gráfico 9. Estrategias de promoción e implantación de Guías de Práctica Clínica.



*n=16; *n=15 (1 caso sin datos); Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).*

Al considerar los motivos del –en su caso- bajo nivel de implantación de las GPC en las respectivas CC.AA. (tabla 2) , la mayoría de los participantes (8 de 15) adujeron problemas de las políticas de desarrollo de las GPC, sobre todo el escaso énfasis en las estrategias de diseminación y en la formación, así como la ausencia de mecanismos de incentivación y el elevado esfuerzo de trabajo. En menor medida se reseñaron problemas del entorno (escasa sensibilización, cultura poco propicia) o problemas de las propias GPC.

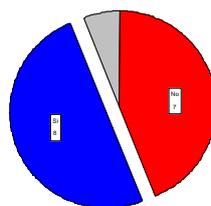
Tabla 2. Razones para el bajo nivel de implantación de las GPC en las respectivas Comunidades Autónomas

Razones	Citaciones
Escaso énfasis en las estrategias de diseminación, en los programas y actividades de diseminación y en la formación.	8
Ausencia de mecanismos de incentivación.	6
Elevada esfuerzo, sobrecarga de trabajo.	4
Falta de interés político y de priorización de su diseminación.	3
Escasa sensibilización, cultura, ...	3
Desconocimiento y desmotivación de los profesionales.	3
Ausencia de mecanismos de acreditación de GPC.	1
Iniciativas todavía recientes.	1
Baja calidad metodológica de las GPC.	1
Formatos de presentación poco adecuados.	1
Falta de liderazgo de los jefes de Servicio.	1
Falta de consenso.	1
Bajo interés, poca información, poco impulso por el departamento de sanidad.	1
No se ha incentivado el desarrollo de evidencia generada por los propios profesionales.	1
El esfuerzo va dirigido a la gestión por procesos y la elaboración de vías clínicas dentro del mismo hospital.	1
Sensación de pérdida de autonomía profesional.	1
Miedo a repercusiones legales.	1
No se evalúa la implantación.	1
Escaso seguimiento y apoyo	1

GPC: Guías de práctica clínica

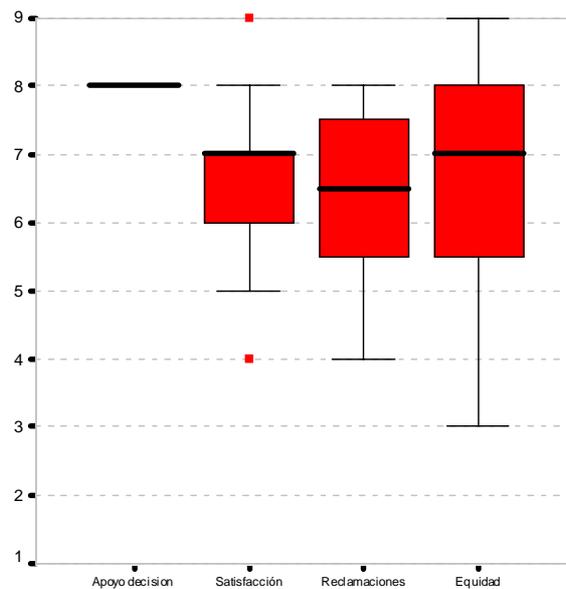
Siete de los entrevistados no estaría de acuerdo con la introducción de incentivos económicos para los profesionales que utilizan en mayor medida las GPC, por 8 favorables y 1 que no se pronunció (gráfico 10). Sin embargo, todos los encuestados serían partidarios de la introducción de incentivos no financieros.

Gráfico 10. Favorables a introducir incentivos económicos para el uso de Guías de Práctica Clínica.



Con respecto a la valoración de los beneficios que las GPC reportan a los facultativos (gráfico 11) existió un alto grado de acuerdo en valorar positivamente ($Md \geq 6$) los beneficios que suponen las guías en el apoyo a la decisión clínica, en la mejora de la satisfacción de los profesionales y en la protección frente a las reclamaciones; la mejora de la equidad en la prestación, aun con una mediana similar al resto de beneficios, muestra puntuaciones mas dispares. Adicionalmente, algunos de los encuestados añadieron otros posibles beneficios (mejoras en formación, reducción de la variabilidad, mejoras en la praxis clínica) a los que otorgaron elevadas puntuaciones.

Gráfico 11. Beneficios que reportan las Guías de Práctica Clínica a los facultativos.

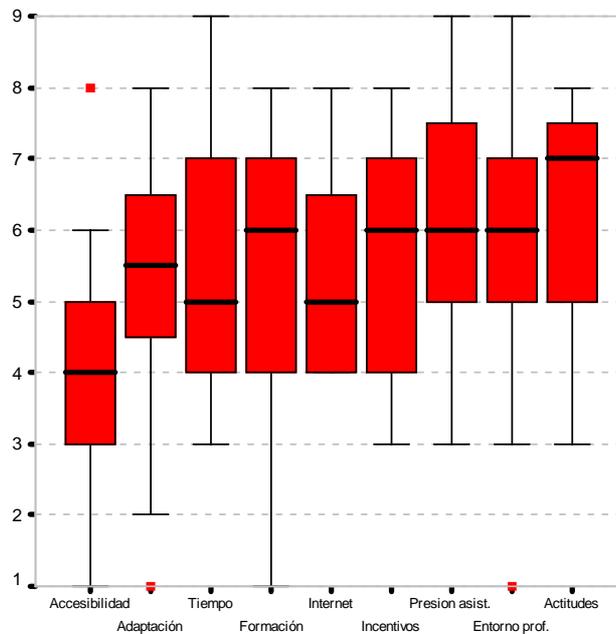


n=16; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

Respecto a los obstáculos que encuentran los facultativos para la utilización de GPC en la práctica clínica (Gráfico 12), las dificultades para acceder a las GPC, las dificultades para su adaptación, la falta de tiempo o las dificultades para acceder a Internet, fueron valoradas, en conjunto, como problemas intermedios ($Md \leq 5$, salvo la accesibilidad que es vista como un problema menor), aunque en algunas CC.AA.,

podrían ser problemas importantes ya que existe una importante dispersión en las puntuaciones. Las actitudes individuales reticentes, con mediana en torno a los 7 puntos, fueron valorada como más relevante. Algunos de los encuestados señalaron otras posibles dificultades como la ausencia de GPC en buena parte de las situaciones clínicas más prevalentes, la pobreza de las estrategias de diseminación, la escasa cultura de autoevaluación, ausencia de espacios de comunicación y falta de implicación de los directivos sanitarios.

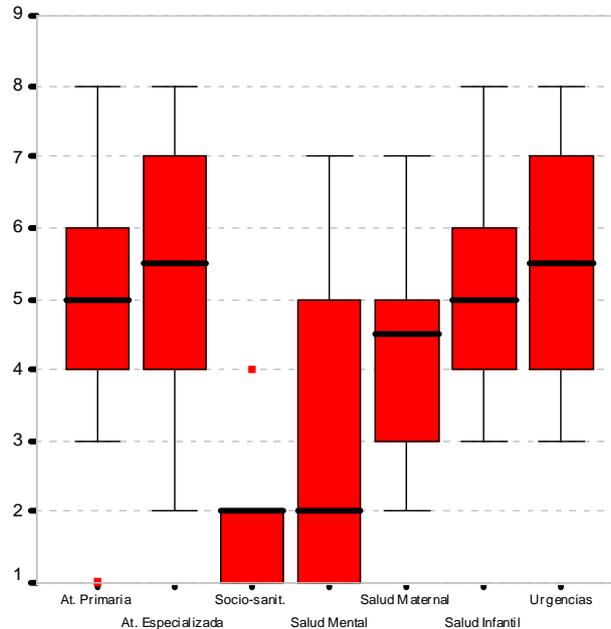
Gráfico 12. Principales obstáculos para la utilización de las Guías de Práctica Clínica.



n=16; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

Los ámbitos asistenciales con mayor utilización de GPC (Gráfico 13), y como sucedía con la elaboración (Gráfico 1), se concentran en las áreas asistenciales clásicas (atención primaria, especializada, urgencias, atención maternal y pediatría), mostrando menor utilización el área de salud mental y, sobre todo, la socio-sanitaria.

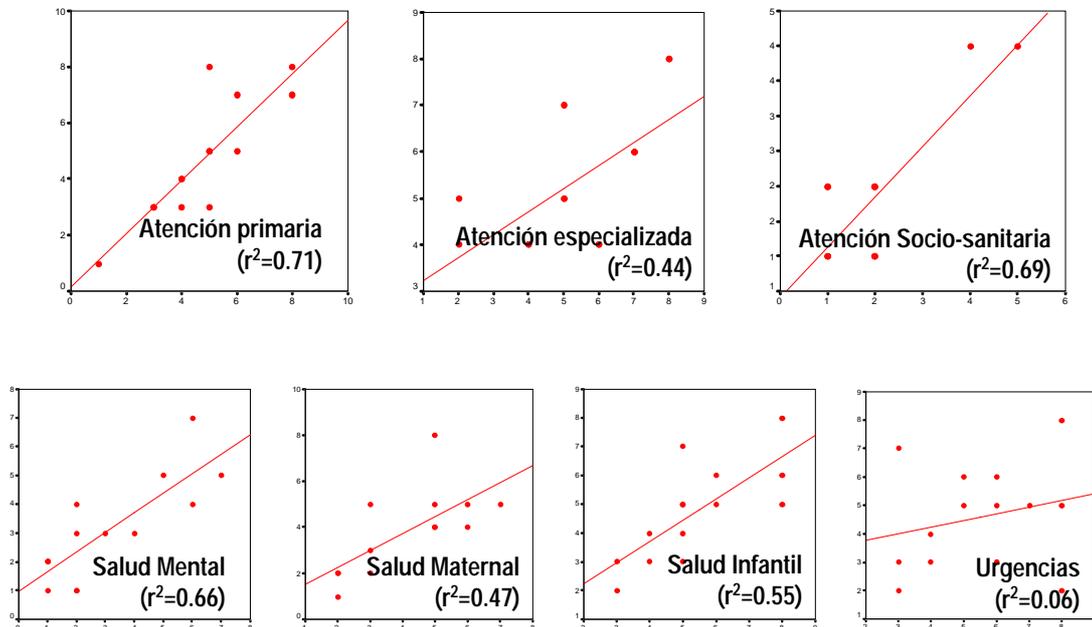
Gráfico 13. Ambitos asistenciales con mayor nivel de utilización de Guías de Práctica Clínica.



n=14; Puntuación desde 1 (no se utilizan) a 9 (utilización máxima).

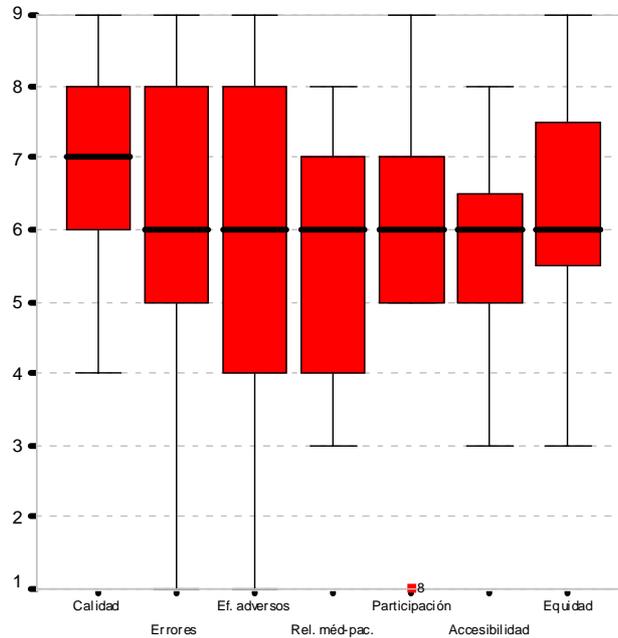
En el gráfico 14 se muestra la correlación entre las respuestas dadas por los encuestados a las pregunta sobre elaboración y utilización de guías en los diferentes ámbitos asistenciales. En general, las correlaciones son elevadas, sugiriendo que, en la mayor parte de los ámbitos asistenciales, en las Comunidades donde se elaboran más guías también se utilizan más. Una excepción a esta regla serían las Urgencias, donde la débil correlación sugiere la existencia de Comunidades donde se elaboran guías –en estos ámbitos- pero no se utilizan.

Gráfico 14. Correlaciones entre elaboración y utilización de guías de práctica en los diferentes ámbitos asistenciales



Respecto a los beneficios percibidos por los ciudadanos, derivados de la aplicación de las GPC (Gráfico 15), la mejora de la calidad asistencial y de la relación médico-paciente, la capacidad del paciente de poder participar en las decisiones que le afecten, la mejora de la accesibilidad y de la equidad en la prestación, con medianas superiores o iguales a 6, son los mejor valorados por los entrevistados. La disminución de errores médicos y de efectos adversos, aunque con medianas similares, muestran una dispersión más amplia de las puntuaciones, y por lo tanto una mayor variabilidad entre los encuestados en los beneficios esperados de estas medidas.

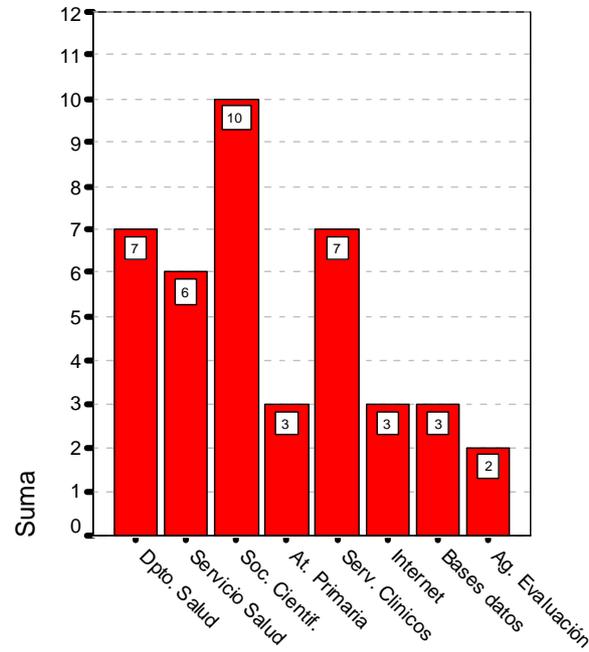
Gráfico 15. Beneficios para los ciudadanos de la utilización de las Guías de Práctica Clínica.



n=16; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

Finalmente, y en relación con las principales fuentes de información en relación con las GPC en las respectivas Comunidades Autónomas (gráfico 16), que era una pregunta abierta, las sociedades científicas, seguidos por los Departamentos y Servicios de Salud y los servicios clínicos parecen liderar los servicios de información al resto de la comunidad sanitaria, mientras que las Agencias de Evaluación de Tecnologías (citados en sólo 2 ocasiones) o la Atención primaria (citada en 3 ocasiones) se sitúan como fuentes de información relevantes en muy pocas Comunidades Autónomas. Hay que señalar la presencia de algunas respuestas transversales (Internet, bases de datos específicas) que, aunque a priori podrían depender de cualquier organización, probablemente se refieren a esfuerzos específicos internacionales.

Gráfico 16. Principales fuentes de información en relación con las Guías de Práctica Clínica.



n=16; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Las conclusiones de mayor interés incluyen:

1. **Las Sociedades Científicas son valoradas, en conjunto, como las organizaciones más implicadas en la elaboración, diseminación, implantación y evaluación de GPC (tabla 1) y la principal fuente de información respecto a las mismas (gráfico 16).** Los Departamentos de Sanidad de los Gobiernos Autonómicos y los organismos dependientes de los mismos juegan un papel importante en la mayor parte de estas actividades, pero probablemente deben realizar un mayor esfuerzo en este campo, tanto en iniciativas y actividades como en la señalización de la importancia estratégica de las GPC en sus políticas de mejora de la práctica clínica.
2. **Las actividades de acreditación, evaluación de la calidad de las guías o evaluación de su implantación son, en términos generales, reducidas.**
3. **Las áreas asistenciales clásicas –atención primaria, especializada, pediatría, etc.- cuentan con un mayor desarrollo de GPC que las áreas de salud mental y socio-sanitario.** Es probable que estas últimas áreas tengan mas dificultades para el uso de las GPC (pacientes con pluripatología en los que es más compleja la elaboración y uso de GPC, y donde existe menos evidencia por la menor inclusión de estos pacientes en ensayos clínicos), pero dada su creciente importancia debería prestarse una mayor atención a las ausencias en este campo.
4. **Sólo en 6 Comunidades se señala la existencia de programas de implantación, y los entrevistados muestran –con alguna excepción- un moderado grado de confianza en la efectividad de los diversos métodos**

de **diseminación** valorados separadamente. Destacan la **mínima confianza en las métodos de mayor imagen institucional** (boletines, circulares) y la mayor confianza en las publicaciones específicas, las revistas científicas, los cursos de formación e Internet. Probablemente un adecuado abordaje de la diseminación debe incluir el empleo combinado de diversos métodos, sin descartar la incorporación de objetivos de implantación en los contratos-programa.

5. Existe una gran **controversia respecto a la utilidad de los incentivos económicos** vinculados a la utilización de GPC.
6. Entre las razones para el bajo nivel de implantación de las GPC, cabe destacar el énfasis de los entrevistados en la **pobreza de las estrategias institucionales** actuales a este respecto. Este aspecto se refleja también en la valoración de los obstáculos para la utilización de GPC, aunque en este caso las respuestas que recurren a limitaciones centradas en los profesionales son también importantes.
7. El tiempo disponible y la accesibilidad a las GPC no son vistos como obstáculos de la magnitud de otros (formación, actitudes, entorno profesional, etc.).

La elaboración de GPC, aunque sean de elevada calidad, no es suficiente para que se produzca una mejora significativa en los resultados de la asistencia sanitaria, siendo especialmente importantes las consideraciones sobre el modo y grado de su difusión y adopción. El panorama actual de las GPC sugiere la coexistencia de una elevada tasa de producción de guías que no se acompaña de una tasa de adhesión proporcional. Aunque se han señalado numerosas barreras para la implantación de las GPC, las estrategias institucionales para su implantación –especialmente en

entornos semi-funcionariales como el Sistema Nacional de Salud- son un elemento determinante en el ritmo de incorporación de las guías a la práctica rutinaria.

El estudio realizado, pese a adoptar una perspectiva desde las propias instituciones (véase el ANEXO 2, sobre limitaciones), sugiere que **las estrategias institucionales de implantación son todavía muy pobres** y que deben realizarse importantes esfuerzos si se pretende que los Servicios de Salud lideren la implantación de GPC. Aunque no se preguntó específicamente, los resultados de la encuesta sugieren que los proyectos de diseminación e implantación de GPC, como el **PROYECTO GUIASALUD** tienen una importancia estratégica para las administraciones sanitarias de las diferentes Comunidades Autónomas.

Cabe señalar también el **mínimo desarrollo de la acreditación y evaluación de guías**. Desarrollar este aspecto puede ser importante desde la perspectiva de las Comunidades Autónomas, tanto porque la adopción de guías desarrolladas por diversos agentes no es, probablemente, neutral, como porque parece necesario simplificar el trabajo de búsqueda y obtención de GPC de “calidad” para sus usuarios, aspecto cada vez más complejo por la proliferación de iniciativas de elaboración. **Se trata de un aspecto que, probablemente, el PROYECTO GUIASALUD deberá abordar en un momento u otro.**

Respecto a las estrategias de implantación, existe una importante controversia respecto a la utilidad de algunas de ellas que, en parte, esta basada en aspectos opinables (por ejemplo, respecto al uso de incentivos financieros, o contratos-programa). Probablemente la **realización de estudios empíricos con grupo control** podría contribuir a establecer el verdadero valor de las diferentes alternativas y reducir las discrepancias.

ANEXO 1. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio de investigación cualitativa mediante la administración de cuestionarios estructurados a informadores clave.

Ámbito

La investigación se encuadra en el marco del PROYECTO GUIASALUD, un proyecto de promoción de la implantación de GPC que incluye diferentes estrategias y actividades. En el proyecto colaboran 16 Comunidades Autónomas que, de un modo formal, se han implicado en el mismo y han designado responsables de la coordinación del proyecto en sus respectivos ámbitos territoriales.

Participantes

Se seleccionaron como informadores clave (Tabla A1) a 16 expertos, uno por Comunidad Autónoma, que habían sido previamente designados por las Autoridades Sanitarias de los correspondientes Gobiernos autonómicos para la coordinación del **PROYECTO GUIASALUD** en sus respectivas Comunidades. Esta designación fue realizada en función de su posición en el Departamento de Sanidad o sus conocimientos sobre guías de práctica. Todos los informadores clave eran buenos conocedores del entorno sanitario en sus respectivas Comunidades y de los procesos de implantación de las GPC.

TABLA A1. INFORMADORES CLAVE

Informador clave	Unidad	Comunidad
Briones Pérez de la Blanca, Eduardo	Consejería de Salud, Junta de Andalucía	Andalucía
Pradas Arnal, Felix	S. Evaluación y aseguramiento	Aragón
González Agundez, Juan José	S. Calidad y Atención Ciudadana	Asturias
Castaño Riera, Eusebi	Consejería de Salud de las Islas Baleares	Baleares
Sánchez Janáriz, Hilda	D.G. de Programas Asistenciales	Canarias
Solanas, Concepción	Agencia Evaluación Tecnologías	Cantabria
Pariente, Emilio	S. Calidad Asistencial	
Fernández Martín, Juan	S. Calidad Asistencial	Castilla-La Mancha
Revilla Ramos, Fernando	S. Calidad Asistencial	Castilla-León
Aymerich, Marta	Agencia Evaluación Tecnologías	Cataluña
Fernandez Mastro, José Miguel	S. Evaluación y Calidad Sanitarias	Extremadura
Puime Montero, Paloma	S. Programas Asistenciales	Galicia
Lorenzo Martínez, Susana	Instituto Madrileño de salud	Madrid
Gomis Cebrián, Rafael	Consejería de Sanidad y Consumo	Murcia
Ayendi Navarro Karnele	Dirección de Atención Primaria	Navarra
Asua, José	Agencia Evaluación Tecnologías	País Vasco
Pascual de la Torre, Manuel	Consejería de Sanidad	Valencia

Instrumentos

Se diseñó un cuestionario estructurado (anexo 5) con tres bloques de cuestiones. El primer bloque, relativo a organismos y funciones, buscaba identificar las instituciones y agentes que intervienen en los diferentes procesos de relacionados con las GPC (priorización de temáticas, elaboración, acreditación, actividades de diseminación, de promoción de la implantación, financiación de iniciativas, y evaluación de la calidad o de los procesos de implantación) en cada una de las CC.AA. El bloque incluía respuestas cerradas para la identificación del papel de determinados agentes, con la posibilidad de añadir otros agentes que pudieran ser importantes en algunas CC.AA. El segundo bloque, relativo a la elaboración, diseminación y difusión de GPC, buscaba obtener información cualitativa sobre los ámbitos asistenciales con mayor elaboración de GPC, los métodos utilizados para la elaboración y diseminación, la opinión de los expertos sobre la efectividad de tales métodos, la presencia de programas oficiales de implantación de GPC y la opinión sobre las estrategias de implantación, así como las actitudes respecto a la introducción de incentivos para favorecer esta implantación. Finalmente, el tercer bloque, destinado a obtener información sobre la utilización real de GPC en las CC.AA., incluía preguntas sobre beneficios esperables de las GPC, obstáculos a su implantación, ámbitos con mayor utilización y beneficios percibidos por los ciudadanos.

Algunas preguntas eran abiertas o del tipo sí/no, pero la mayor parte se contestaban en una escala desde 1 (mínima importancia) a 9 (máxima importancia), utilizada típicamente en los procesos de consenso profesional, que facilita la representación gráfica de las opiniones de los encuestados mediante diagramas de caja, y permite visualizar fácilmente los valores centrales y la dispersión de las respuestas.

Proceso

Los encuestados dispusieron de varios meses para la contestación de las encuestas. Estos tiempos se diseñaron para que los entrevistados pudieran leer detenidamente el cuestionario, reflexionar sobre las respuestas y consultar otras fuentes cuando lo considerasen oportuno.

Autorizaciones, confidencialidad y aspectos éticos

La investigación no comporta problemas éticos.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas, utilizando básicamente diagramas de caja, señalizando la mediana, los percentiles 25 y 75, el rango y las puntuaciones extremas. Una forma orientativa de interpretar estos gráficos, en el contexto de este trabajo, sería:

- Puntuaciones medianas de 1 a 3: escasa importancia
- Puntuaciones medianas de 4 a 6: importancia intermedia

- Puntuaciones superiores a 6: elevada importancia
- Amplitud en 3-4 puntos: respuestas homogéneas de todos los encuestados.
- Amplitud mayor de 4 puntos: dispersión en las valoraciones de los encuestados.

ANEXO 2. LIMITACIONES A TENER EN CUENTA EN LA INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Perspectiva homogénea de los entrevistados

Los objetivos de la encuesta –obtener información acerca de la elaboración, diseminación, implantación, utilización y evaluación de GPC en diversas Comunidades- se han abordado desde una perspectiva relativamente homogénea, ya que los informadores clave seleccionados tenían un perfil relativamente similar. En investigación cualitativa se utiliza el concepto de “triangulación” (aplicación simultánea de diferentes métodos y/o perspectivas) para abordar la realidad de un modo mas completo y conseguir resultados que la reflejen mejor y con mayor complejidad. La ausencia de triangulación en este estudio no es un problema si los resultados se refieren a la perspectiva institucional, que era el objetivo buscado, pero no debe considerarse que esta es la única perspectiva posible, ni que se ha obtenido información completa sobre la situación de las guías en las Comunidades revisadas. De hecho, es probable que los resultados –o, al menos, algunos resultados- fueran notablemente diferentes si se hubieran incorporado clínicos (partidarios y adversos a las guías), enfermeros o incluso gestores de instituciones sanitarias, en lugar de sólo personas vinculadas a los Departamentos de Sanidad o Servicios Centrales de los Servicios de Salud.

Sesgos subjetivos de los entrevistados

Como en todas las aproximaciones cualitativas, el valor de la información obtenida depende del conocimiento que los informadores tengan sobre el problema tratado y de su disponibilidad a ofrecer información detallada y sincera. Los informadores clave, no obstante, están sujetos a sesgos –en relación con sus organizaciones, actividades, profesión, etc- que deben ser tenidos en cuenta. En este estudio, todos los informadores clave tenían un importante conocimiento de sus organizaciones y participaban activamente en la diseminación e implantación de GPC desde las mismas, condiciones que, si bien son favorables respecto a su capacidad de ofrecer información, podrían conllevar sesgos de entusiasmo respecto a la utilidad de las GPC y de infravaloración de su implantación actual. En todo caso, hay que señalar que la selección de grupos específicos de personas con determinadas características es un abordaje usual en investigación cualitativa que –a diferencia de la investigación cuantitativa- no debe ser visto como un sesgo de no-representatividad, sino como un abordaje específico para explorar aspectos particulares del objeto a estudio, relevantes para la investigación, mediante personas con un conocimiento importante de tales aspectos particulares.

Características de la encuesta

Respecto a la encuesta utilizada, hay que tener en cuenta que el uso preferencial de respuestas cerradas puede haber producido la omisión de aspectos relevantes simplemente porque no se consideraron. La posibilidad de incorporar respuestas abiertas en la mayor parte de las preguntas minimiza, pero no evita, este problema. Del mismo modo, la valoración subjetiva en escalas de 1 a 9 de buena parte de las preguntas no necesariamente es consistente entre entrevistados ni en diferentes respuestas del mismo entrevistado, con la posibilidad de que los resultados incluyan un componente importante de error derivado de la escala de valoración. Los efectos de la variabilidad en la elección de respuestas en escalas de este tipo (incluyendo las que utilizan conceptos como “bueno regular malo” o “demasiado bastante normal poco muy-poco” pueden ser reducidos mediante la definición previa de los conceptos -o valores de la escala- y el entrenamiento de los entrevistados, mecanismos que –al margen de entrañar sus propios problemas- en este trabajo no pudieron ser utilizados. Finalmente, y a la hora de interpretar las respuestas, debe tenerse en cuenta que, en muchos casos, las puntuaciones diferenciales pueden deberse a que el ítem concreto sea valorado como poco importante por un entrevistado o a que tal ítem sea poco importante en su Comunidad (por ejemplo, por estar resuelto).

ANEXO 3. RESPUESTAS INDIVIDUALES AL CUESTIONARIO

Funciones realizadas por los Departamentos de Sanidad y organismos dependientes

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País vasco	Valencia	Media
Prioriza	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	13/16
Elabora	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	11/16
Acredita	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	3/16
Diseminación	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	10/16
Prom. Implantac.	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	11/16
Financia iniciat.	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	9/16
Evalúa GPC	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	7/16
Evalúa implant.	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	6/16

Puntuación tipo si/no. Respuestas agregadas de todos los organismos dependientes del Departamento.

¿En qué ámbitos asistenciales existe en la actualidad un mayor volumen de elaboración de GPCs en su Comunidad Autónoma?

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	Media
At. Primaria	NC	3	7	3	3	1	1	4	5	5	8	5	4	7	3	8	4
At. Especializada	NC	4	6	4	6	3	4	4	5	5	6	8	7	4	5	8	5
Socio-sanit.	NC	1	4	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	NC	4	1	2
Salud Mental	NC	1	7	1	1	1	3	5	2	2	3	2	3	4	4	5	3
Salud Maternal	NC	2	5	2	2	1	3	4	1	4	5	8	5	NC	4	5	4
Salud Infantil	NC	3	5	3	2	1	4	5	3	6	5	7	5	6	4	8	4
Urgencias	NC	3	8	3	3	1	5	6	2	6	5	7	4	2	5	5	4

Puntuación desde 1 –no se elaboran- a 9 –gran volumen de elaboración-

Las respuestas se interpretan como una ordenación en cada Comunidad, pero no entre Comunidades.

¿Qué métodos de elaboración de GPC considera usted que se utilizan más frecuentemente en su Comunidad Autónoma?

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	Media
Rev. Sistemática	NC	1	7	5	6	2	4	3	4	2	2	2	2	2	7	5	4
Actualiz. Bibliogr.	NC	5	7	6	6	3	7	7	5	6	8	8	7	6	6	8	6
Rev. No sistemat.	NC	5	3	5	6	2	4	7	6	9	8	9	8	8	6	1	6
Consenso	NC	8	6	6	9	3	6	7	6	9	7	9	9	8	8	1	7
Coste-efectividad	NC	1	6	2	2	2	3	3	2	1	2	2	1	2	4	1	2
Prefer. Pacientes	NC	1	2	2	1	1	2	3	2	1	1	2	1	2	2	1	2
Adaptación local	NC	5	7	5	9	1	7	6	4	9	8	6	7	2	8	8	6
Uso sin adaptar	--	--	--	--	--	--	--	8	--	--	--	--	--	--	--	--	8

Puntuación desde 1 –no se utiliza- a 9 –amplia utilización-

Las respuestas se interpretan como una ordenación en cada Comunidad, pero no entre Comunidades.

¿Qué métodos de diseminación de GPC cree usted que se utilizan con más frecuencia en su Comunidad Autónoma?

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	Media
Pub. Específicas	9	6	6	3	3	NC	2	4	6	1	8	7	4	8	7	8	5
Rev. Científicas	1	4	7	2	1	NC	4	6	6	1	5	9	8	2	7	8	5
Boletín instituc.	6	1	4	3	1	NC	3	3	2	3	4	4	1	3	8	1	3
Jorn. Científicas	7	4	4	3	3	NC	5	5	3	4	7	5	4	2	6	8	5
Presentaciones	8	4	4	6	9	NC	5	6	2	4	6	4	2	7	5	8	5
Formación/cursos	8	2	5	5	5	NC	4	5	4	6	6	6	4	9	6	8	6
Visitas individual	1	2	5	2	2	NC	2	2	1	6	3	1	3	5	8	8	3
Record. Consulta	3	1	6	3	9	NC	3	2	2	--	3	1	3	3	4	1	3
CD-ROM	9	1	4	2	5	NC	2	2	1	--	6	7	2	NC	1	8	4
Internet	9	6	5	1	7	NC	4	6	4	--	8	7	8	9	3	8	6
Circulares	9	1	4	5	1	NC	2	3	1	6	1	2	1	3	3	1	3
Contrato-progr.	9	1	4	4	1	NC	7	7	1	3	1	--	4	3	4	8	4
Sesiones Clínicas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	9	--	--	--	--	--	--	9

Puntuación de 1 –no se utiliza- a 9 –amplia utilización-

Las respuestas se interpretan como una ordenación en cada Comunidad, pero no entre Comunidades.

¿Qué métodos de diseminación de GPC cree usted que son más efectivos en su Comunidad Autónoma?

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	Media
Pub. Específicas	2	6	7	5	4	NC	8	6	6	7	7	7	7	2	6	5	6
Rev. Científicas	3	8	7	5	7	NC	7	6	5	8	7	9	9	2	7	5	6
Boletín instituc.	2	2	4	3	1	NC	5	5	3	8	5	4	4	2	7	5	4
Jorn. Científicas	3	5	5	5	5	NC	6	6	3	7	5	7	8	3	6	8	5
Presentaciones	4	6	4	6	7	NC	5	7	5	5	5	7	6	4	6	8	6
Formación/cursos	4	6	5	7	8	NC	7	7	7	8	6	7	8	6	8	8	7
Visitas individual	--	3	4	5	8	NC	5	7	8	3	8	2	4	2	4	1	5
Record. Consulta	8	7	5	6	9	NC	4	6	9	1	8	2	4	2	4	1	5
CD-ROM	6	6	5	3	7	NC	3	3	8	4	6	6	7	NC	4	1	5
Internet	5	7	5	5	8	NC	5	6	5	8	8	7	9	3	4	1	6
Circulares	2	2	4	3	2	NC	4	5	5	8	1	1	2	3	4	1	3
Contrato-progr.	7	7	5	5	9	NC	9	6	1	7	6	--	5	6	8	9	6
Sesiones Clínicas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	8	--	--	--	--	--	--	8

Puntuación de 1 – no es efectivo - a 9 – máximo grado de efectividad –

Mecanismos específicos de financiación, implantación o evaluación de la implantación

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	TOTAL
Mecanismos específicos de financiación/incen-tivos para GPC	SI	NO	NS NC	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	5/15
Se contemplan en los contratos-programa	SI	--	--	SI	--	--	--	SI	--	--	SI	--	SI	--	--	--	5/5
Programas especí-ficos de implanta-ción de GPC por la Consejería	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	6/16
Actividades explícitas de evaluación de la implantación GPC	NS NC	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NS NC	NO	7/13

Respuestas tipo si/no

¿A su juicio, cuáles son las principales razones para implantar GPCs en su Comunidad Autónoma?

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	Media
Red. Variabilidad	9	9	8	8	8	9	8	8	8	8	8	8	8	7	9	9	8
Contener costes	5	7	7	5	3	6	7	8	3	5	5	5	4	2	7	5	5
Mejora efectiv.	8	9	8	7	7	9	8	9	9	9	8	7	9	7	9	9	8
Mejora equidad	8	7	8	6	9	7	5	8	7	6	8	8	9	4	9	9	7
Medir calidad	7	7	8	5	9	6	7	7	6	6	7	8	6	7	8	5	7
Evitar duplicidad	5	7	8	5	9	8	6	6	8	8	8	8	9	6	7	5	7
Evitar Px inneces.	8	7	8	5	9	7	7	8	8	8	8	7	9	6	7	5	7
Mejorar práctica	8	8	7	7	9	6	6	7	7	8	8	8	9	8	8	5	7
Evitar reclamac.	--	--	--	--	--	--	--	--	--	8	--	--	--	--	--	--	8

Puntuación de 1 –nada importante- a 9 –muy importante-

Cuáles serían a su juicio las estrategias más importantes para promover la implantación y utilización de GPCs en su Comunidad?

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	Media
Incentivos económicos	7	6	3	6	6	1	5	3	5	8	6	7	4	5	8	8	6
Incentivos no financieros	7	9	5	7	8	5	7	9	6	5	8	7	7	8	8	8	7
Programas formación	8	7	8	7	7	6	8	8	6	9	7	8	9	6	8	8	8
Demostración efectividad GPC	7	7	8	7	6	7	6	8	8	6	7	8	9	4	7	9	7
Generación evidencia	8	6	8	8	--	9	7	7	7	7	8	9	4	4	8	9	7
Visita médica	--	--	--	--	--	8	--	--	9	--	--	--	--	--	--	--	9
Líderes profesionales	--	--	--	--	--	--	--	--	7	--	--	--	--	--	--	--	7

Puntuación de 1 –nada importante- a 9 –muy importante-

Estaría de acuerdo con introducir incentivos ... para aquellos profesionales que utilizan en mayor medida GPCs en su entorno de práctica clínica?

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	Media
Incentivos económicos	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	NS NC	NO	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SI	SÍ	NO	8/15
Incentivos no financieros	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	--	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SÍ	SÍ	15/15

Respuestas tipo si/no

¿Cuáles considera que son los principales beneficios que reportan a los facultativos de su Comunidad la utilización de las GPCs?

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	Media
Apoyo decisión	7	8	8	8	6	8	8	8	7	8	8	9	9	8	8	9	8
Satisfacción	6	6	7	6	8	4	7	7	5	7	7	8	4	6	7	9	7
Reclamaciones	6	7	7	5	6	6	7	8	4	8	7	6	4	8	8	5	6
Equidad	6	7	8	5	8	6	6	8	4	5	7	9	8	3	8	9	7
Comunicación	--	--	--	7	--	8	--	--	--	7	--	9	--	--	--	--	8
Variabilidad	--	--	--	7	--	--	--	8	--	7	--	9	--	--	--	--	8
Formación	--	--	--	--	--	--	--	7	8	--	--	--	--	--	--	--	8
Mejora praxis	--	--	--	--	--	--	--	8	--	--	--	--	--	--	--	--	8
Mejora coord. niveles	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	8	--	--	8

Puntuación de 1 –nada importante- a 9 –muy importante-

¿Cuáles considera que son los principales obstáculos que a su juicio encuentran los facultativos de su Comunidad para la utilización de GPCs en la práctica clínica.?

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	Media
Accesibilidad	3	8	3	6	5	4	2	4	5	1	4	2	4	5	8	5	4
Adaptación	4	8	3	5	7	8	2	6	6	5	6	1	5	8	6	5	5
Tiempo	8	9	4	6	7	4	3	5	7	3	3	4	5	8	7	5	6
Formación	4	8	4	7	7	2	4	6	4	6	7	6	8	6	7	1	5
Internet	5	5	6	4	7	4	4	8	4	7	4	4	4	8	5	5	5
Incentivos	4	8	4	7	7	3	4	6	6	8	7	4	4	8	7	5	6
Presion asist.	8	8	6	6	7	6	5	5	7	6	3	7	4	9	8	5	6
Entorno prof.	5	5	3	5	7	5	3	8	7	6	6	9	6	7	7	1	6
Actitudes	5	5	5	8	7	6	4	7	3	8	8	7	8	7	7	5	6
Faltan GPC	--	--	--	--	--	--	--	--	9	--	--	--	--	--	--	--	9
Diseminación	--	--	--	--	--	--	--	--	8	--	--	--	--	--	--	--	8
Cultura eval.	--	--	--	--	--	--	--	7	--	--	--	--	--	--	--	--	7
Comunicación	--	--	--	--	--	--	--	--	--	7	--	--	--	--	--	--	7
Directivos	--	--	--	--	--	--	--	--	--	7	--	--	--	--	--	--	7

Puntuación de 1 –nada importante- a 9 –muy importante-

¿En qué ámbitos asistenciales considera usted que existe un mayor nivel de utilización de GPCs en su Comunidad Autónoma?

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	Media
At. Primaria	--	3	6	4	3	--	1	4	5	6	8	5	4	8	5	5	5
At. Especializada	--	4	7	6	7	--	4	6	5	2	7	8	5	2	5	8	5
Socio-sanit.	--	1	4	2	2	--	1	2	1	1	2	1	2	1	5	2	2
Salud Mental	--	1	6	2	2	--	3	7	1	1	4	1	2	2	6	5	3
Salud Maternal	--	3	6	2	2	--	3	5	2	6	7	5	3	4	5	5	4
Salud Infantil	--	3	6	4	3	--	4	5	5	6	8	5	5	8	5	8	5
Urgencias	--	6	8	4	3	--	5	6	3	5	7	3	4	8	6	8	5

Puntuación desde 1 –no se utilizan- a 9 –gran volumen de utilización-

Las respuestas se interpretan como una ordenación en cada Comunidad, pero no entre Comunidades.

¿Cuáles cree que serían los beneficios percibidos por los ciudadanos derivados de la aplicación de GPCs en su Comunidad Autónoma?

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia	Media
Mejora de la calidad de la asistencia	6	8	6	7	5	9	4	7	7	6	8	9	8	8	7	8	7
Disminución de errores médicos	6	5	7	5	1	9	6	8	5	1	8	9	4	5	7	8	6
Disminución de efectos adversos	6	5	7	5	1	9	4	8	6	1	8	8	4	4	7	8	6
Mejora de la relación médico-pac.	5	4	5	6	7	6	3	7	7	4	6	8	4	4	7	8	6
Capacidad partici-par en decisiones que le afectan	7	7	5	5	8	6	5	7	5	1	7	6	9	6	5	8	6
Mejora de accesibilidad	6	6	6	5	8	6	3	6	4	5	6	8	5	7	4	8	6
Mejora de la equidad	6	6	7	6	4	6	7	6	4	5	8	9	8	3	7	8	6
Calidad científico-técnica	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	7	--	--	

Puntuación de 1 –nada importante- a 9 –muy importante-

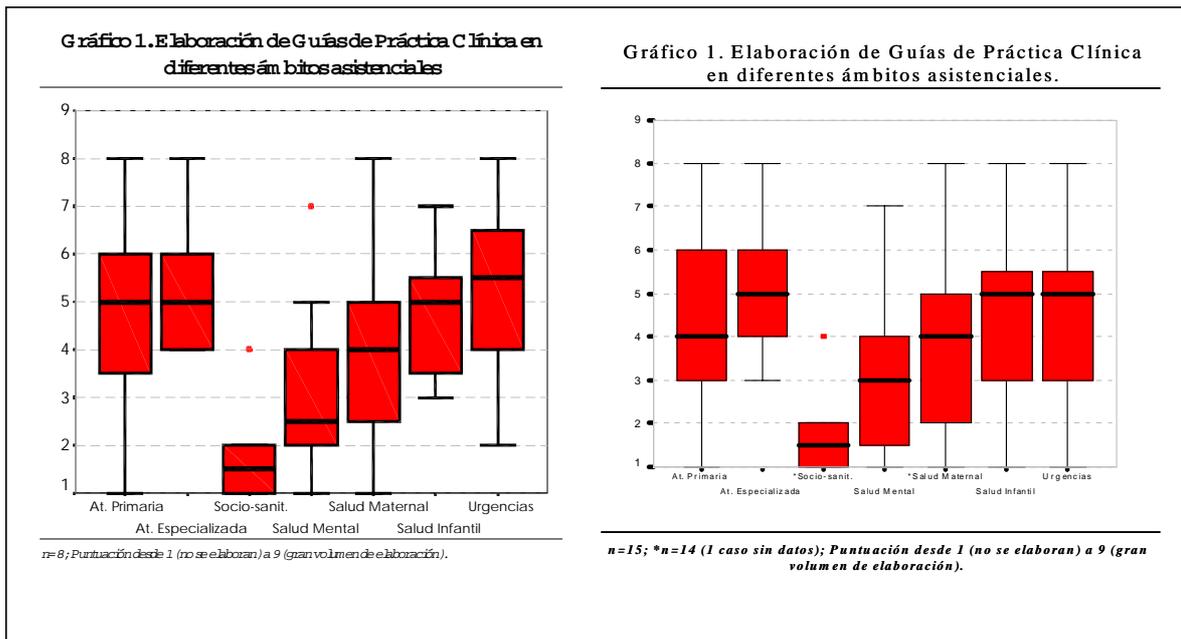
ANEXO 4. COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL INFORME-2000 (8 CC.AA.) Y EL ACTUAL (16 CC.AA.)

A continuación se comparan los resultados globales obtenidos en el primer Informe realizado en Diciembre de 2000 (con sólo 8 CC.AA.) y el actual, en el que se incluyen estas 8 CC.AA. más las 8 que cumplieron el cuestionario durante los primeros meses de 2003. En términos generales, y pese a la existencia de algunos cambios (sobre todo un esperable incremento de la dispersión), los resultados de este segundo informe son muy consistentes con los del primer análisis, sugiriendo la validez del “diagnóstico” a nivel global del Sistema Nacional de Salud.

Quizás

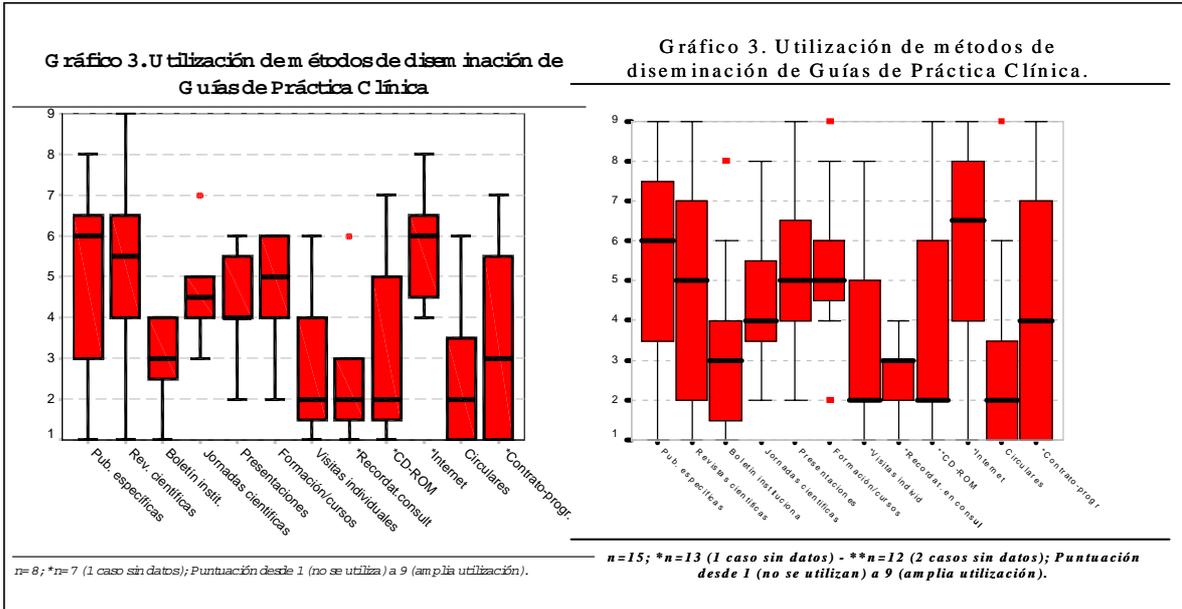
Informe 8 CC.AA.

Informe 16 CC.AA.



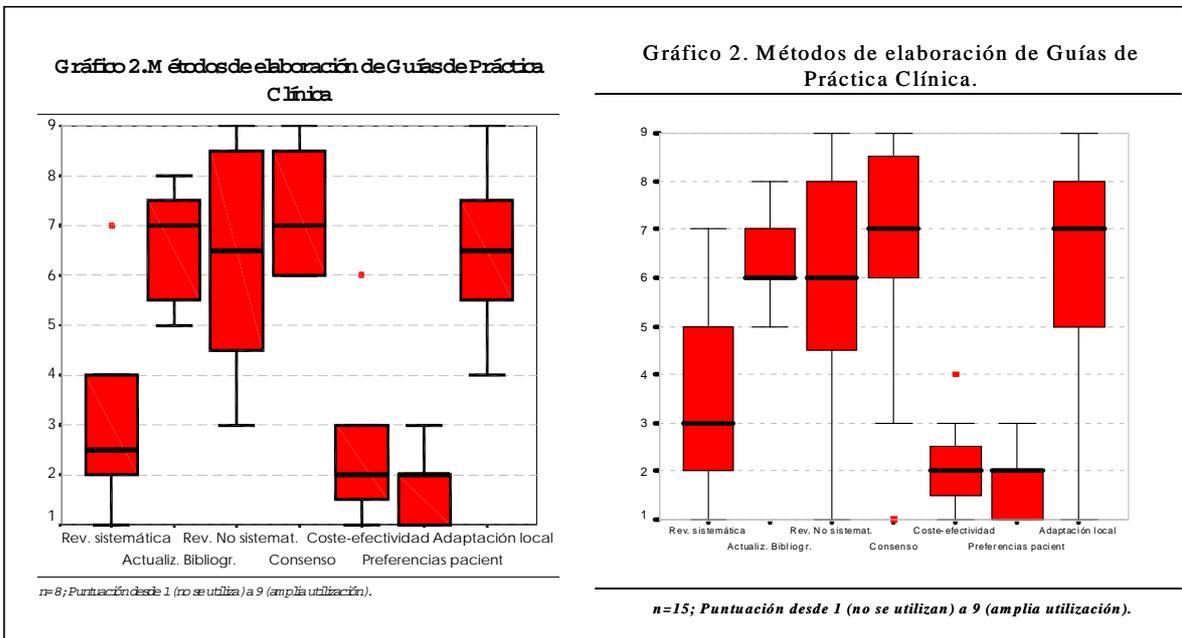
Informe 8 CC.AA.

Informe 16 CC.AA.



Informe 8 CC.AA.

Informe 16 CC.AA.



Informe 8 CC.AA.

Informe 16 CC.AA.

Gráfico 4. Efectividad de los métodos de diseminación de Guías de Práctica Clínica

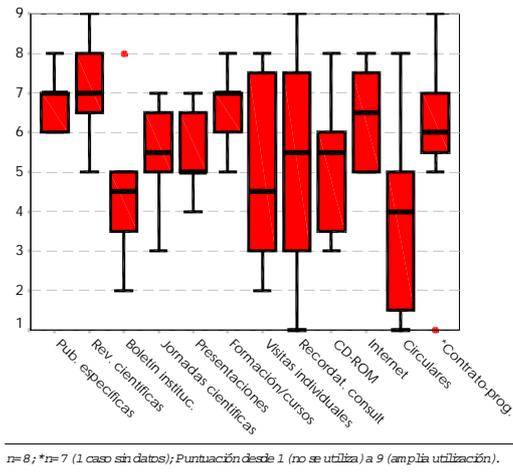
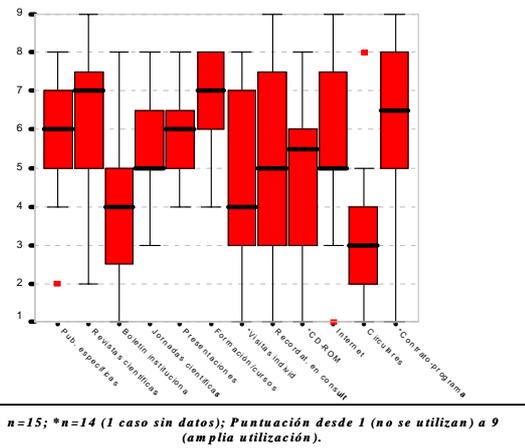


Gráfico 4. Efectividad de los métodos de diseminación de Guías de Práctica Clínica.



Informe 8 CC.AA.

Informe 16 CC.AA.

Gráfico 5. Mecanismos específicos de financiación o incentivos para las Guías de Práctica

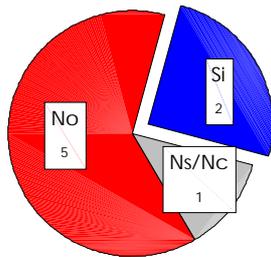


Gráfico 5. Mecanismos Específicos de financiación o incentivos para las guías de Práctica Clínica.

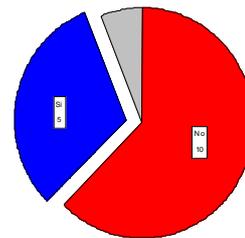
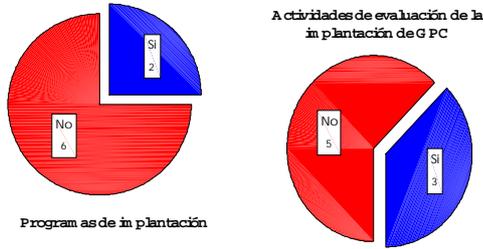


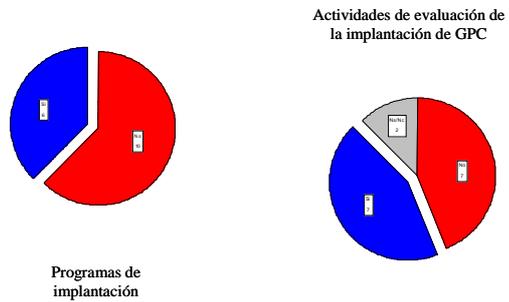
Gráfico 6. Programas de implantación y actividades de evaluación de la implantación



Informe 16 CC.AA.

Gráfico 6. Programas de implantación y actividades de evaluación de la implantación.

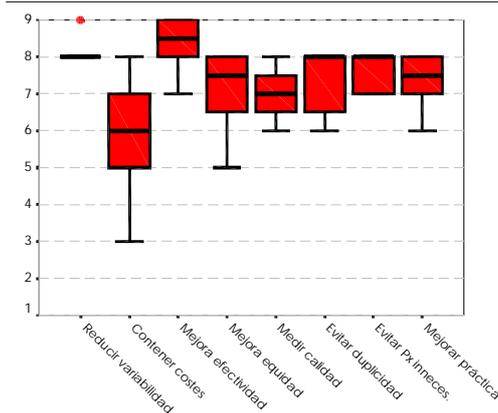
Informe 8 CC.AA.



Informe 8 CC.AA.

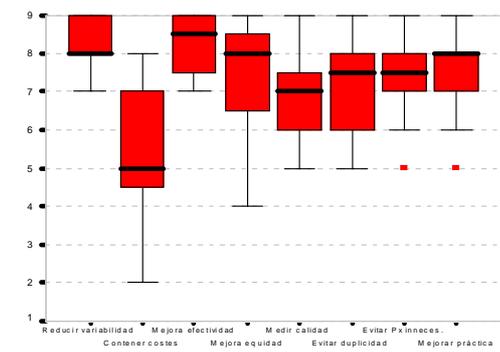
Informe 16 CC.AA.

Gráfico 7. Razones para implantar Guías de Práctica Clínica



n=8; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

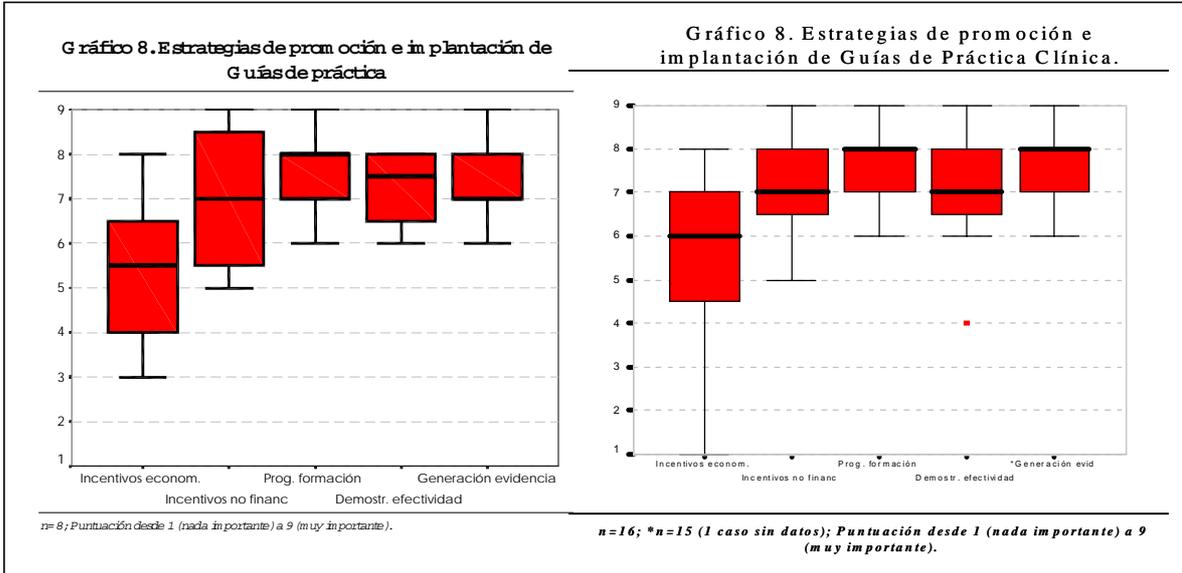
Gráfico 7. Razones para implantar Guías de Práctica Clínica.



n=16; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

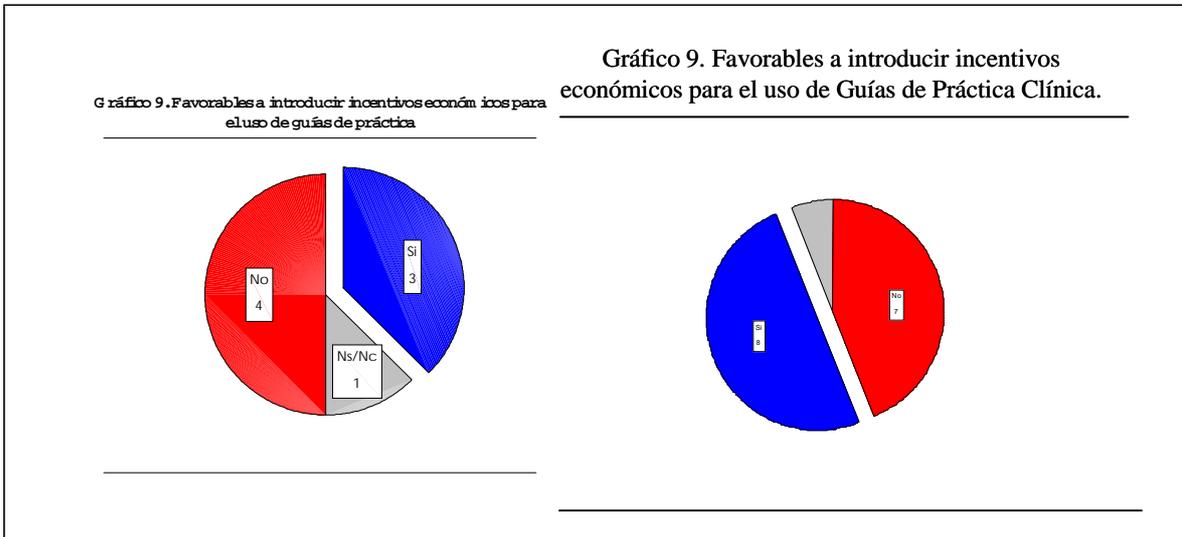
Informe 8 CC.AA.

Informe 16 CC.AA.



Informe 8 CC.AA.

Informe 16 CC.AA.

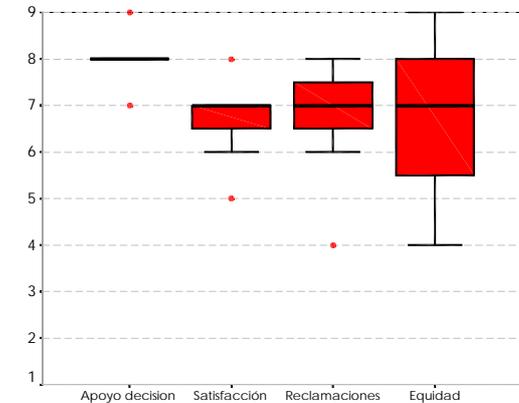


Informe 8 CC.AA.

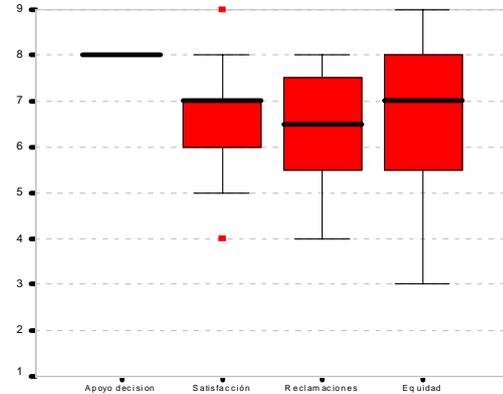
Informe 16 CC.AA.

Gráfico 10. Beneficios que reportan las GPC a los facultativos

Gráfico 10. Beneficios que reportan las Guías de Práctica Clínica a los facultativos.



n=8; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).



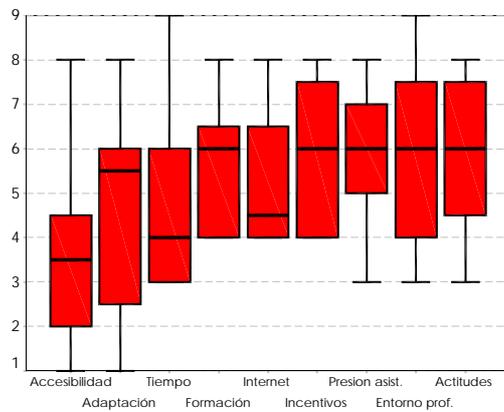
n=16; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

Informe 8 CC.AA.

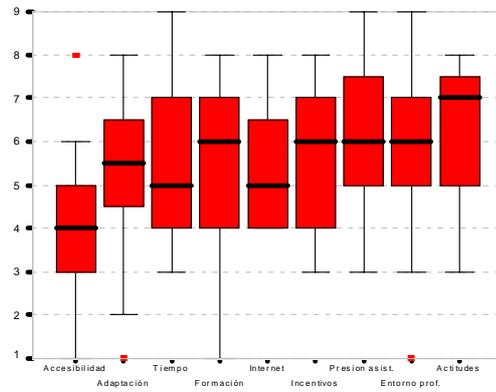
Informe 16 CC.AA.

Gráfico 11. Principales obstáculos para la utilización de Guías en la práctica clínica

Gráfico 11. Principales obstáculos para la utilización de las Guías de Práctica Clínica.



n=8; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

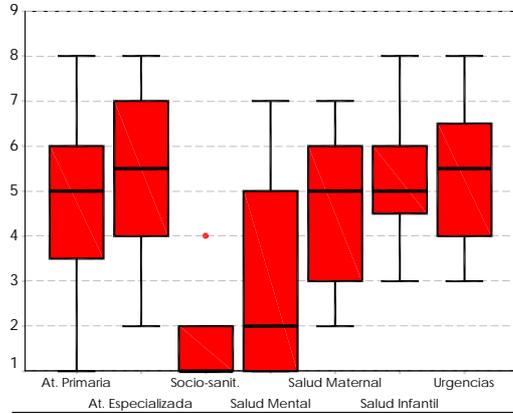


n=16; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

Informe 8 CC.AA.

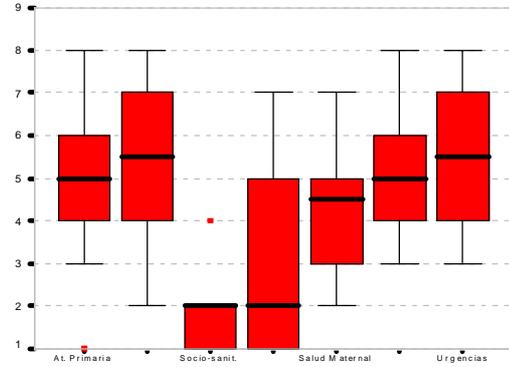
Informe 16 CC.AA.

Gráfico 12. Ámbitos asistenciales con mayor nivel de utilización de guías de práctica



n=8; Puntuación desde 1 (no se utilizan) a 9 (utilización máxima).

Gráfico 12. Ámbitos asistenciales con mayor nivel de utilización de Guías de Práctica Clínica.

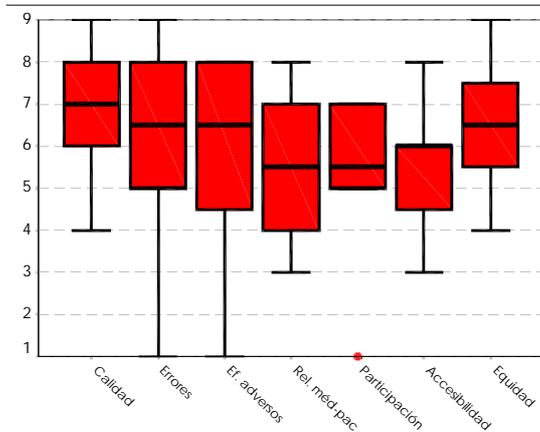


n=14; Puntuación desde 1 (no se utilizan) a 9 (utilización máxima).

Informe 8 CC.AA.

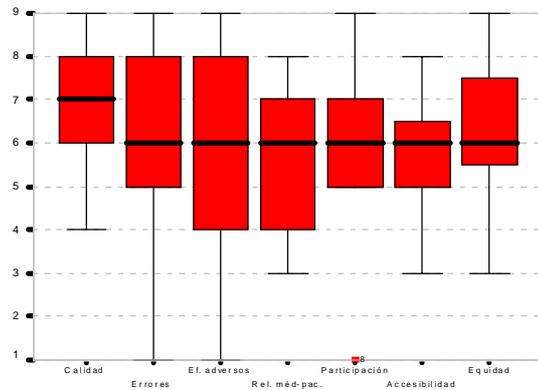
Informe 16 CC.AA.

Gráfico 14. Beneficios para los ciudadanos de la utilización de Guías de Práctica Clínica



n=8; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

Gráfico 14. Beneficios para los ciudadanos de la utilización de las Guías de Práctica Clínica.

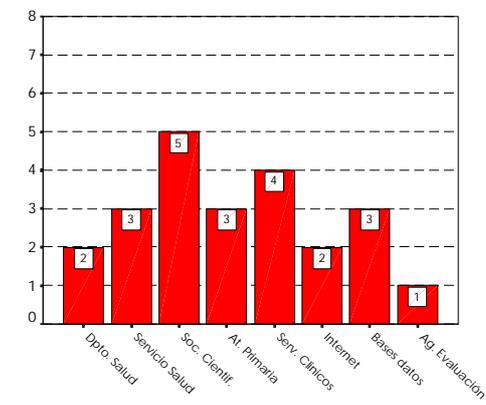


n=16; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

Informe 8 CC.AA.

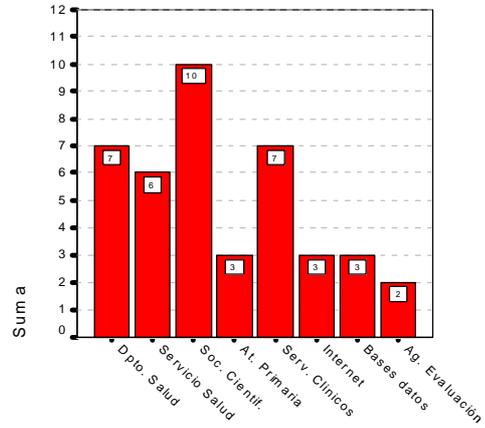
Informe 16 CC.AA.

Gráfico 15. Principales fuentes de información en relación con las guías de práctica



n=8; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

Gráfico 15. Principales fuentes de información en relación con las Guías de Práctica Clínica.



n=16; Puntuación desde 1 (nada importante) a 9 (muy importante).

GUÍAS SALUD

Red de Guías del SNS

IMPLANTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: INSTRUMENTOS, RECURSOS Y REDES

**CUESTIONARIO REVISADO
8 DE JULIO DE 2002**

Composición y objetivos del cuestionario

El cuestionario está compuesto por tres bloques de cuestiones. Cada bloque persigue unos objetivos diferentes.

Bloque 1: organismos y funciones.

El objetivo de esta cuestión es conocer los organismos y agentes que intervienen en los diferentes procesos relacionados con las Guías de Práctica Clínica (GPCs).

Bloque 2: elaboración, diseminación e implementación de GPCs.

El objetivo es obtener información acerca de cómo se elaboran GPCs, cómo se diseminan, cuáles son las principales razones por las que se utilizan y cómo se promueve su implantación.

Bloque 3: utilización de GPCs.

El objetivo es conocer el juicio de la institución participante con respecto a la utilización de GPCs en su Comunidad.

El Gerente del Proyecto, **Sr. Aníbal García**, y su red de colaboradores prestarán en todo momento asistencia para facilitar la cumplimentación del cuestionario.

Teléfonos: 93 306 46 12 / 629 64 74 94

Fax: 93 231 32 20

E-mail: agsempere@aragob.es

Así mismo estarán a disposición de los representantes designados de cada Consejería participante:

Ilmo. Sr. D. Enrique Bernal. Jefe de Gabinete del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo del Gobierno de Aragón.

Teléfono: 976 71 43 35

E-mail: ebernal@aragob.es

Fax: 976 71 43 39

Dr. Juan José Artells Herrero. Director de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

Teléfono: 93 306 46 12

Fax: 93 231 32 20

El cuestionario se cumplimenta por la persona de contacto designada por las Consejerías.

Datos de la persona de contacto

Nombre: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Organismo que representa
(Dirección postal):

Bloque 2: elaboración, diseminación e implantación de GPCs.

El objetivo es obtener información acerca de cómo se elaboran GPCs, cómo se diseminan, cuáles son las principales razones por las que se utilizan y cómo se promueve su implantación.

1. ¿En qué *ámbitos asistenciales* existe en la actualidad un mayor volumen de elaboración de GPCs en su Comunidad Autónoma? Puntúe de 1 –no se elaboran- a 9 –gran volumen de elaboración-.

- | | | |
|----|------------------------|-----------------------|
| a. | Atención primaria | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| b. | Atención especializada | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| c. | Socio-sanitario | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| d. | Salud mental | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| e. | Salud maternal | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| f. | Pediátrica | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| g. | Urgencias | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| h. | Otros: _____ | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| i. | Otros: _____ | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |

2. ¿Qué *métodos de elaboración* de GPC considera usted que se utilizan más frecuentemente en su Comunidad Autónoma? Puntúe de 1 –no se utiliza- a 9 –amplia utilización-.

- | | | |
|----|---|-----------------------|
| a. | Revisión Sistemática de la Evidencia Científica o meta-análisis | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| b. | Actualización bibliográfica | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| c. | Revisión no sistemática de la literatura | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| d. | Métodos de consenso profesional | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| e. | Análisis coste-efectividad | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| f. | Preferencias de los pacientes | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| g. | Adaptación local de guías reconocidas internacionalmente | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| h. | Otros: _____ | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| i. | Otros: _____ | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |

3. ¿Qué *métodos de diseminación* de GPC cree usted que se utilizan con más frecuencia en su Comunidad Autónoma? Puntúe de 1 –no se utilizan- a 9 –amplia utilización-.

- | | | |
|----|---|-----------------------|
| a. | Publicaciones específicas | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| b. | Publicación en revistas científicas | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| c. | Publicación en boletines institucionales | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| d. | Jornadas científicas | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| e. | Presentaciones públicas a los profesionales | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| f. | Actividades educativas específicas (cursos) | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| g. | Presentación individualizada en visita médica | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| h. | Recordatorios en la consulta médica | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| i. | CD Rom | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| j. | Internet | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| k. | Circulares | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| l. | Anexo al Contrato-programa o similar | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| m. | Otros: _____ | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| n. | Otros: _____ | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |

4. ¿Qué métodos de *diseminación* de GPC cree usted que son más efectivos en su Comunidad Autónoma? Puntúe de 1 –no es efectivo- a 9 –máximo grado de efectividad-.

- | | | |
|----|---|-----------------------|
| a. | Publicaciones específicas | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| b. | Publicación en revistas científicas | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| c. | Publicación en boletines institucionales | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| d. | Jornadas científicas | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| e. | Presentaciones públicas a los profesionales | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| f. | Actividades educativas específicas (cursos) | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| g. | Presentación individualizada en visita médica | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| h. | Recordatorios en la consulta médica | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| i. | CD Rom | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| j. | Internet | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| k. | Circulares | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| l. | Anexo al Contrato-programa o similar | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| m. | Otros: _____ | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| n. | Otros: _____ | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |

5. ¿Existen *mecanismos específicos de financiación o de incentivos diseñados para implantar y utilizar GPCs* en su Comunidad Autónoma?

[Sí] [No] [Ns/Nc]

En caso afirmativo, ¿estos mecanismos se contemplan explícitamente en los contratos-programa o similares?

[Sí] [No] [Ns/Nc]

6. ¿Existen *programas específicos de implantación* de GPCs por parte de la Consejería / Departamento de Salud en su Comunidad Autónoma?

[Sí] [No] [Ns/Nc]

7. ¿Existe alguna actividad orientada explícitamente a la *evaluación de la implantación* de GPCs en su Comunidad?

[Sí] [No] [Ns/Nc]

8. ¿A su juicio, cuáles son las principales *razones para implantar GPCs* en su Comunidad Autónoma? Puntúe de 1 –nada importante- a 9 –muy importante- por orden de importancia.

- | | | |
|----|---|-----------------------|
| a. | Reducir la variabilidad en la práctica médica | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| b. | Contener los costes | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| c. | Mejorar la efectividad de la atención sanitaria | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| d. | Mejorar la equidad asistencial | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| e. | Realizar mediciones de calidad asistencial | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |

- f. Evitar la duplicidad de procedimientos [1 2 3 4 5 6 7 8 9]
- g. Evitar la realización de pruebas innecesarias [1 2 3 4 5 6 7 8 9]
- h. Mejorar las condiciones de práctica para los facultativos [1 2 3 4 5 6 7 8 9]
- i. Otros: _____ [1 2 3 4 5 6 7 8 9]
- j. Otros: _____ [1 2 3 4 5 6 7 8 9]

9. Cuáles serían a su juicio las *estrategias* más importantes para promover la *implantación* y utilización de GPCs en su Comunidad? Puntúe de 1 –nada importante- a 9 –muy importante- por orden de importancia.

- a. Políticas de incentivos económicos a profesionales [1 2 3 4 5 6 7 8 9]
- b. Políticas de incentivos no financieros a profesionales [1 2 3 4 5 6 7 8 9]
- c. Programas de formación específica [1 2 3 4 5 6 7 8 9]
- d. Demostración de efectividad [1 2 3 4 5 6 7 8 9]
- e. Desarrollo de evidencia generada por los propios Profesionales [1 2 3 4 5 6 7 8 9]
- f. Otros: _____ [1 2 3 4 5 6 7 8 9]
- g. Otros: _____ [1 2 3 4 5 6 7 8 9]
- h. Otros: _____ [1 2 3 4 5 6 7 8 9]

10. En el caso en que considere que el nivel de implantación de GPCs en su Comunidad es bajo, ¿cuáles son las tres razones por las existe un bajo nivel de implantación?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

11. ¿Estaría de acuerdo con *introducir incentivos económicos* para aquellos profesionales que utilizan en mayor medida GPCs en su entorno de práctica clínica?

[Sí] [No] [Ns/Nc]

12. ¿Estaría de acuerdo con *introducir incentivos no financieros* (desarrollo carrera profesional, distinciones y premios,...) para aquellos profesionales que utilizan en mayor medida GPCs en su entorno de práctica clínica?

[Sí] [No] [Ns/Nc]

Bloque 3: utilización de Guías de Práctica Clínica

El objetivo es conocer el criterio institucional de la Consejería o Servicio de Salud con respecto a la utilización de GPCs en su Comunidad.

1. ¿Cuáles considera que son los *principales beneficios* que reportan a los facultativos de su Comunidad la *utilización* de las GPCs? Puntúe de 1 –nada importante- a 9 –muy importante- por orden de importancia.

a.	Apoyo a la decisión clínica	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
b.	Mejora de la satisfacción	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
c.	Protección ante reclamaciones	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
d.	Mejorar la equidad en la prestación	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
e.	Otros: _____	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
f.	Otros: _____	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
g.	Otros: _____	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]

2. ¿Cuáles considera que son los *principales obstáculos* que a su juicio encuentran los facultativos de su Comunidad para la *utilización* de GPCs en la *práctica clínica*? Puntúe de 1 –nada importante- a 9 –muy importante- por orden de importancia.

a.	Dificultades para acceder a las GPCs	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
b.	Dificultades para su adaptación	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
c.	Falta de tiempo	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
d.	Bajo nivel de formación	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
e.	Dificultad de Acceso a Internet o redes	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
f.	Falta de incentivos	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
g.	Elevada presión asistencial	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
h.	Entorno profesional desfavorable	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
i.	Actitudes individuales reticentes	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
j.	Otros: _____	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
k.	Otros: _____	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
l.	Otros: _____	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]

3. ¿En qué ámbitos asistenciales considera usted que existe *un mayor nivel de utilización* de GPCs en su Comunidad Autónoma? Puntúe de 1 -prácticamente no se utilizan- a 9 –utilización máxima-.

a.	Atención primaria	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
b.	Atención especializada	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
c.	Socio-sanitario	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
d.	Salud mental	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
e.	Salud maternal	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
f.	Pediatría	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
g.	Urgencias	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
h.	Otros: _____	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]
i.	Otros: _____	[1 2 3 4 5 6 7 8 9]

4. ¿Cuáles cree que serían los *beneficios percibidos por los ciudadanos* derivados de la aplicación de GPCs en su Comunidad Autónoma? Puntúe de 1 –nada importante- a 9 –muy importante- por orden de importancia.

- | | | |
|----|---|-----------------------|
| a. | Mejora de la calidad de la asistencia | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| b. | Disminución de errores médicos | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| c. | Disminución de efectos adversos | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| d. | Mejora de la relación médico-paciente | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| e. | Capacidad de participar en la decisiones que le afectan | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| f. | Mejora de accesibilidad (reducción de lista de espera) | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| g. | Mejora de la equidad en la prestación | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| h. | Otros: _____ | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| i. | Otros: _____ | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |
| j. | Otros: _____ | [1 2 3 4 5 6 7 8 9] |

Por favor, por último indique cuáles considera que son las principales fuentes de información (organismos, unidades administrativas, centros y profesionales) en su Comunidad en relación con las GPCs.

Muchas gracias por su tiempo y su colaboración.

El INFORME “ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO SOBRE IMPLANTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: INSTRUMENTOS, RECURSOS Y REDES” fue realizado durante mayo-junio de 2003 en el marco de una colaboración entre la **Fundación SALUD INNOVACION SOCIEDAD** y la **Fundación INSTITUTO DE INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD (f.IISS)**.

El análisis fue realizado por Anibal García Sempere (Gerente del PROYECTO GUIA SALUD), Edith Leutscher y Salvador Peiró (Fundación IISS).

GUÍAS SALUD

Red de Guías del SNS