

Hospitalizaciones evitables. ¿Quién soporta la carga de la prueba?

Salvador Peiró^{a,b}, Enrique Bernal-Delgado^{b,c}

^aEscuela Valenciana de Estudios de la Salud. Valencia. España.

^bRed sobre Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (Red IRYSS G03/202).

^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza. España.

Hospitalizaciones evitables: implicaciones en Europa y Estados Unidos

El concepto de "hospitalizaciones evitables" (*avoidable hospitalizations* o *ambulatory care sensitive conditions*, ACSC) fue desarrollado por Billings al final de la década de los 80, como un indicador indirecto de problemas de accesibilidad a la atención sanitaria y, en especial, a los cuidados efectivos de atención primaria¹. La lógica de esta aproximación es seductora: estimar, a partir de bases de datos rutinariamente disponibles (tipo conjunto mínimo de datos básicos, CMBD) las tasas de aquellos ingresos hospitalarios que, en teoría, se evitarían o reducirían si los pacientes hubieran recibido una *adecuada* atención previa, infiriendo, así, la presencia de problemas de calidad en la atención, sean por accesibilidad o por cualquier otro motivo.

En la década y media transcurrida desde el trabajo seminal de Billings, un notable volumen de literatura de investigación en servicios de salud, sobre todo en el entorno de Estados Unidos, ha mostrado que las tasas de ACSC son más altas en las áreas más pobres, con menor nivel educativo, en las áreas suburbanas de las grandes ciudades, en algunos grupos étnicos, en personas sin cobertura sanitaria y en las zonas urbanas con menor oferta de médicos. En Europa estas asociaciones no son tan obvias. Por ejemplo, los trabajos de Carmen Casanova no encontraron que el nivel socioeconómico se asociara con las tasas de ACSC en el entorno del Sistema Nacional de Salud español (SNS)^{2,4}. Sobre estas premisas, no es de extrañar que las implicaciones de las ACSC para la política sanitaria se hayan orientado hacia las deficiencias en cobertura aseguradora, accesibilidad a la atención y volumen de la oferta de atención primaria en Estados Unidos, mientras que en la Europa desarrollada, donde el aseguramiento es universal o casi universal y la atención primaria está más desarrollada, las implicaciones se han orientado hacia la evaluación de la calidad de los servicios de atención primaria.

El trabajo de Calle et al⁵ que aparece en este número de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, sigue la estela de la literatura europea para concluir que existe "un importante margen para la mejora en la capacidad de resolución" de la atención primaria en la Región de Murcia, especialmente en las enfermedades cardiovasculares y alguna otra. El trabajo, modélico en su diseño, tiene la virtud adicional de discutir en forma muy lúcida las limitaciones e incertidumbres de esta aproximación a la evaluación de la calidad de la atención primaria, así como las limitaciones concretas del propio estudio realizado.

La solidez del trabajo permite que los comentarios típicos de un editorial puedan desplazarse desde los posibles problemas de validez interna del estudio realizado, y derivar hacia otros aspectos de los ACSC y, en concreto, hacia aquellos que sugieren la necesidad de ser cuidadosos en las conclusiones que se extraen de este tipo de estudios, y en las recomendaciones de política y gestión sanitaria que se pretenden derivar de sus resultados. Calle et al, como se ha dicho, revisan en su discusión buena parte de estos aspectos (validez de los indicadores, limitaciones del CMBD, inestabilidad de algunas tasas, influencia de factores del paciente, de los otros niveles de atención y otros), por lo que este comentario sólo se centra en algunos de ellos.

¿Cuál es el significado de los ACSC?

Existen muchas dudas sobre si los ACSC miden resultados atribuibles (en exclusiva) a la accesibilidad o calidad de la atención primaria. Muchas de estas condiciones se manejan bajo cuidados compartidos entre la atención primaria y la especializada. Por ejemplo, los tratamientos índice en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica (aspirina, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, estatinas) son prescritos inicialmente en hospitales, y estos muestran una increíble variabilidad en el manejo de estos fármacos⁶ que se trasladará hacia la atención primaria. De este modo, las áreas servidas por hospitales con diferentes comportamientos pueden tener tasas de ACSC muy diferentes que no son tan atribuibles a la atención primaria como al propio hospital. El estudio de esta cuestión no es complejo y, probablemente, el análisis multinivel permitiría separar la varianza atribuible a la atención especializada de la atribuible a la atención primaria. En este mismo sentido, tampoco es obvio que en otras ACSC haya sido la atención primaria la responsable del problema (¿la prescripción de anti-inflamatorios que se supone en el origen de las hemorragias digestivas evitables se realiza en atención primaria, en especializada o en ambas? ¿La demora diagnóstica que contribuyó a una mayor tasa de abscesos apendiculares se produjo en atención primaria o en la puerta de urgencias?

Por otra parte, muchas ACSC (enfermedad cardiovascular e hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes y otras) requieren un tiempo más o menos largo de manejo inadecuado para producir desenlaces negativos en forma de reingresos, implicando que tasas bajas de ACSC no son incompatibles

con cuidados actuales de baja calidad. Por su parte, un tiempo largo de control inadecuado, contribuiría al desarrollo de ACSC en la actualidad, aunque en este momento los pacientes se manejaran correctamente. Las ACSC que aportan los mayores volúmenes de casos corresponden a este tipo patológicas y, teóricamente, permitirían valorar como "idóneos" a servicios de baja calidad actual (que se benefician de una atención histórica adecuada) y, viceversa, valorar como problemáticos servicios de calidad que tengan que enfrentar una atención histórica deficiente.

Además, y como han mostrado extensamente los estudios de variaciones en la práctica médica, los hospitales mantienen criterios de admisión muy diferentes que no tienen relación con la morbilidad en sus áreas. Para el caso de varias de las enfermedades crónicas incluidas en las ACSC es bien conocido que la tasa de ingresos se explica, antes que por cualquier variable de necesidad, por la disponibilidad de camas hospitalarias⁷. Así, los hospitales con criterios de admisión más estrictos producirán tasas de ACSC bajas en las poblaciones que sirvan, con independencia de la calidad de sus servicios de primaria y, en sentido inverso, los hospitales con criterios de admisión más laxos sugerirán una atención primaria de baja calidad.

Estas circunstancias sugieren que habrá que ser muy cauto en la interpretación de las tasas de ACSC, a) al atribuir su presencia a uno de los niveles asistenciales y no al conjunto de la organización asistencial, b) en su capacidad para valorar los servicios actuales o un largo periodo de atención, y c) en determinar si las diferentes tasas tienen más relación con problemas de calidad o con el uso de criterios de admisión hospitalaria diferenciales.

¿Son evitables las hospitalizaciones evitables? ¿Más es mejor?

La asunción que subyace bajo el concepto de ACSC es que el acceso, a tiempo y durante tiempo, a una atención primaria efectiva dará como resultado una reducción de ingresos hospitalarios para determinadas enfermedades. Esta hipótesis fue evaluada experimentalmente en un ensayo clínico aleatorizado en los Veterans Affairs Medical Centers^{8,9}, una organización con relativas similitudes organizativas con el SNS. De forma resumida, 1396 pacientes ingresados por una de tres ACSC fueron aleatorizados a cuidados habituales o a un programa de atención primaria intensiva. El grupo intervención mostró mayor satisfacción con la atención, pero ninguna diferencia en calidad de vida relacionada con la salud y, de forma contraria a lo esperado, su tasa de reingresos fue significativamente mayor que la del grupo con cuidados usuales. En el mismo sentido, un reciente trabajo en Canadá confirmó que las áreas más pobres tenían tasas más altas de ACSC pero, y otra vez de forma contraria a la lógica de las ACSC, estas áreas también mostraban una utilización mucho mayor que el resto de los servicios de atención primaria¹⁰.

Fisher y Wennberg han desarrollado recientemente una clasificación de las tecnologías médicas en tres grupos, en función de su base de evidencia y su variabilidad¹¹. En la ca-

tegoría de "atención efectiva" incluyen aquellas tecnologías en las que existe una sólida evidencia científica de su eficacia (balance riesgo-beneficio suficientemente favorable) en una condición clínica concreta (por ejemplo, el uso de betabloqueantes en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica). La atención "sensible a las preferencias de los pacientes" sería aquella en la que existen evidencias inconcluyentes o aquella en la que los cursos de acción se asocian a diferentes resultados con amplio espacio para que pacientes distintos elijan alternativas diferentes en función de sus preferencias. La atención "sensible a la oferta" estaría integrada por aquellas tecnologías o servicios caracterizados por la escasez de evidencia sobre su valor en circunstancias clínicas concretas, amplias discrepancias sobre su indicación y tasas de utilización asociadas positivamente a la disponibilidad de recursos¹².

Las interpretaciones de que las ACSC sugieren la necesidad de incrementar la oferta de servicios de atención primaria, sólo tendrían sentido cuando se refieren a "atención efectiva". Hasta la fecha, numerosos estudios han mostrado que las organizaciones sanitarias, incluyendo la atención primaria, son perfectamente capaces de combinar la subutilización de servicios sanitarios (por ejemplo, el uso de estatinas en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica y en pacientes con riesgo cardiovascular elevado) con la sobreutilización de los mismos servicios (prescripción de estatinas a un importante volumen de población muy por debajo de los límites de tratamiento de las tablas de riesgo).

Hoy por hoy, para reducir los ingresos evitables, estén o no en el listado de las ACSC, parece más importante centrarse en la atención efectiva que en el incremento de recursos (y su correlato de atención sensible a la oferta: análisis innecesarios, antibióticos en las viriasis, estatinas a pacientes de mínimo riesgo cardiovascular, antiosteoporóticos a mujeres de bajo riesgo, etc.). Los incrementos de la oferta pueden ser importantes en muchas situaciones, pero lo es mucho más la mejora de calidad de la actual organización sanitaria. En palabras de Leslie Roos¹⁰ es poco probable que "más de lo mismo" (más médicos de atención primaria haciendo lo mismo, una atención más intensiva con los mismos componentes) sea capaz de alterar de forma sensible las tasas de hospitalizaciones evitables, siendo necesario ser reflexivo sobre las recomendaciones de política y gestión sanitaria ante las ACSC.

El uso de las ACSC en el Sistema Nacional de Salud

Quedan muchas cuestiones pendientes de aclarar sobre el significado de las ACSC y sus implicaciones para la toma de decisiones de política y gestión sanitaria en el SNS. Y la investigación en servicios de salud debe comenzar a buscar respuestas a las nuevas preguntas que plantean las ACSC: ¿Cuál es el papel del hospital y el de atención primaria? ¿Qué componentes de la atención primaria integran la atención efectiva para los pacientes con condiciones crónicas? ¿Cuál es el papel de las urgencias hospitalarias en la atención de las ACSC? ¿Las ACSC son diferenciales por género, etnia, ni-

vel de estudios u otras características? ¿Qué intervenciones podrían reducirlas?

Pero también es cierto que esta búsqueda de respuestas debe ir acompañada del traslado a la gestión rutinaria, y con toda la prudencia necesaria, del conocimiento ya disponible. Un uso juicioso de las ACSC (como herramienta de cribado, sugieren Calle et al.)⁵ puede tener interés para la gestión sanitaria. La *Agency for Healthcare Research and Quality* del Departamento de Salud de Estados Unidos los ha incorporado desde hace tiempo a sus *Quality Indicators*. En el SNS ya han pasado 5 años desde que Caminal et al., publicaran su importante trabajo de adaptación de las ACSC para nuestro entorno,¹³ y el uso de este instrumento parece aún confinado a los trabajos de investigación. Se trata de otro aspecto *evitable* de las hospitalizaciones evitables que el SNS debería abordar cuanto antes.

Bibliografía

1. Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff (Millwood)*. 1990; 9:158-65.
2. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Serv*. 1995; 25:283-94.
3. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care*. 1996; 8:51-9.
4. Casanova Matutano C, Peiró Pérez R, Barba Albos G, Salvador Vilalta X, Colomer Revuelta J, Torregrosa Bertet MJ. Hospitalización pediátrica evitable en la Comunidad Valenciana y Cataluña. *Gac Sanit*. 1998; 12:160-8.
5. Calle JE, Parra P, Gomis R, Ramón T, Más A. Hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions (ACSC) en la Región de Murcia. *Rev Calidad Asistencial*. 2006. Referencia cruzada.
6. Peiró Moreno S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortun V, ed. *Gestión clínica y sanitaria: de la práctica a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson; 2003:17-87.
7. Bernal E, Martínez N, Librero J, Sotoca R, grupo VPM-IRYSS. Necesidad u oferta ¿Que hay detras de las variaciones geográficas de la práctica?. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2005; 1:5-10.
8. Oddone EZ, Weinberger M, Horner M, Mengel C, Goldstein F, Ginier P, et al. Classifying general medicine readmissions. Are they preventable? *Veterans Affairs Cooperative Studies in Health Services Group on Primary Care and Hospital Readmissions*. *J Gen Intern Med*. 1996; 11:597-607.
9. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? *Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission*. *N Engl J Med*. 1996;334:1441-7.
10. Roos LL, Walld R, Uhanova J, Bond R. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a canadian setting. *Health Serv Res*. 2005; 40:1167-85.
11. Fisher ES, Wennberg JE. Health care quality, geographic variations, and the challenge of supply-sensitive care. *Persp Biol Med*. 2003; 46:69-79.
12. Peiro S, Bernal-Delgado E. ¿A que incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud?. *Gac Sanit*. 2006; 20 (Suppl 1):110-6.
13. Caminal J, Mundet X, Ponsa J, Sanchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit*. 2001; 15:128-41.